



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARIA REGIANE TRINCAUS

**HISTÓRIAS E TRAJETÓRIAS DE PESSOAS COM ÚLCERA
DE PERNA EM BUSCA DE TRATAMENTO**

LONDRINA - PR

2015

MARIA REGIANE TRINCAUS

**HISTÓRIAS E TRAJETÓRIAS DE PESSOAS COM ÚLCERA
DE PERNA EM BUSCA DE TRATAMENTO**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor.

Orientadora:

Profa. Dra. Regina Melchior

LONDRINA - PR
2015

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca
Central da Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

T832h Trincaus, Maria Regiane.

Histórias e trajetórias de pessoas com úlcera de perna em busca de tratamento /
Maria Regiane Trincaus. – Londrina, 2015.
120 f. : il.

Orientador: Regina Melchior.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina,
Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

Inclui bibliografia.

1. Pernas – Úlceras – Teses. 2. Úlceras – Cuidado e tratamento – Teses.
3. Doenças crônicas – Teses. 4. Cuidados primários de saúde – Teses. I. Melchior,
Regina. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614.2:616-002.44

MARIA REGIANE TRINCAUS

HISTÓRIAS E TRAJETÓRIAS DE PESSOAS COM ÚLCERA DE PERNA EM BUSCA DE TRATAMENTO

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor.

COMISSÃO EXAMINADORA

Professora Doutora Regina Melchior
Universidade Estadual de Londrina

Professora Doutora Rossana Staeve Baduy
Universidade Estadual de Londrina

Professora Doutora Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina

Professora Doutora Maria do Carmo L Haddad
Universidade Estadual de Londrina

Professora Doutora Maria Isabel Raimondo Ferraz
Universidade Estadual do Centro Oeste

Londrina, 30 de julho de 2015.

DEDICATÓRIA

À Deus, minha fortaleza.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS, por não me deixar desistir, ser minha força em todas as coisas que faço.

Aos meus PAIS por preocuparem-se comigo, aceitarem minhas escolhas e respeitarem meus momentos de isolamento para poder escrever.

Aos meus IRMÃOS por me socorrerem nos meus momentos de sofrimento e estarem sempre ao meu lado.

Aos meus amigos do Projeto Órtese e Prótese: CARLOS, SILVANA, KARINE, JACI, JOSIANE, SISSA, VANESSA, CASSIO, VIVIANE E JANETE, por compreenderem minha necessidade de afastamento e manterem este projeto vivo, dando exemplo de assistência sempre.

Às minhas grandes amigas CARINE, MARIA ISABEL, ALEXANDRA E MARIA LUCIA por sempre me incentivarem e não deixassem eu desistir.

Aos PACIENTES do Ambulatório de Feridas, participantes ou não desta pesquisa, que me ensinam diariamente a ser melhor pessoa e me incentivam sempre na minha prática profissional.

Às minhas colegas de Ambulatório de Feridas: ALINE, ALESSANDRA, LETÍCIA e TATIANE, obrigada por acreditarem nesta causa.

Aos ALUNOS do curso de enfermagem da UNICENTRO que sempre me desafiam a buscar coisas novas.

Aos membros da banca por aceitarem me ajudar nesta etapa.

MARIA DO CARMO, obrigada pelo exemplo de enfermeira que foi e tem sido sempre durante toda minha vida acadêmica.

ROSSANA, obrigada por orientar-me nos momentos de descaminho.

BRÍGIDA, obrigada por seu olhar diferenciado.

Professora REGINA, primeiramente obrigada por não desistir de mim. Por saber lidar com a minha teimosia, mostrando-me de forma carinhosa que as coisas não são tão rígidas e certas como parecem, que não podemos afirmar com tanta segurança, pois tudo tem mais de um lado, mais de uma versão sempre. Que o ser humano é falho, mas não podemos desistir dele.

Não sei se a vida é curta ou longa para nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve,
palavra que conforta, silêncio que respeita,
alegria que contagia, lágrima que corre,
olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa
demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto
durar.
"Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que
ensina."

Cora Coralina

RESUMO

TRINCAUS, M. R. **Histórias e trajetórias de pessoas com úlceras de perna em busca de tratamento**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

As úlceras, mais especificamente as de perna, levam os indivíduos a passar por uma experiência de enfermidade que abrange múltiplos aspectos (físicos, sociais, cognitivos, culturais e psicológicos) necessitando de abordagens mais amplas para que o problema/aflição deles seja resolvido ou pelo menos amenizado. A pessoa com úlcera de perna sofre estigmatização, dor intensa e tende a isolar-se socialmente com o intuito de autoprotoger-se, além do longo período de evolução destas lesões. O objetivo desta pesquisa foi compreender como as pessoas com úlceras de perna constroem suas trajetórias na busca pelo tratamento destas feridas. A metodologia escolhida foi a qualitativa. Foi utilizada a história de vida como perspectiva de abordagem metodológica, a qual culminou na construção dos itinerários terapêuticos. Foram realizadas entrevistas utilizando-se de uma questão norteadora: Conte-me a sua história com esta ferida. Foram entrevistados nove pacientes, em tratamento no Ambulatório de Feridas do CEDETEG, e três itinerários foram analisados em profundidade. A presença da úlcera foi utilizada como situação marcadora. Para análise do itinerário terapêutico foram utilizados os conceitos de rizoma de Deleuze e Guatarri (2011), redes vivas de Merhy (2014) e redes de Feuerwerker. A dor e o (auto)preconceito foram evidenciados nos relatos chegando a interferir no cotidiano familiar. A análise do itinerário terapêutico nos leva a um movimento rizomático pelo qual as pessoas constroem suas trajetórias em busca de tratamento para estas feridas. Ferramentas como acolhimento, escuta, vínculo, responsabilização, mostraram-se imprescindíveis para a relação profissional-usuário e a manutenção do paciente no serviço, dando-lhe assim oportunidade digna de tratamento. Compreendemos que os itinerários terapêuticos foram construídos conforme novas entradas surgiam no rizoma, enquanto outras linhas mais frágeis eram rompidas. A fragilização dos serviços de saúde e das condutas contribuíram para a cronicidade deste agravo. A busca por melhor qualificação tende, além de melhorar a autoestima do profissional, melhorar também a assistência prestada à comunidade, mas necessita, contudo, do reconhecimento do gestor. A proximidade dos serviços com Instituições de ensino pode ser uma alternativa para estimular a busca por qualificação. A abertura do profissional para acolher e responsabilizar-se pelas pessoas com feridas crônicas ou outros agravos são imprescindíveis para que o cuidado ocorra. Verificamos que na maioria dos serviços de atenção básica e especializada o modelo assistencial biomédico ainda é hegemônico. A transformação das práticas em saúde passa pela formação dos profissionais, mas também pela gestão dos serviços, que carecem de um trabalho integrado e colaborativo em rede, onde Atenção Básica e Especializada se complementem e se apoiem mutuamente. A reflexão pelos profissionais de saúde sobre essas práticas e a educação permanente são essenciais para esse processo.

Palavras-chave: itinerário terapêutico, úlcera de perna, doença crônica.

ABSTRACT

TRINCAUS, M. R. **Histories and trajectories of people with leg ulcer reaching for treatment.** 2015. Thesis (Doctorate in Collective Health) - Londrina State University

The ulcer, more specifically the leg ones, lead individuals to go through an illness experience which is related to multiple aspects (physical, social, cognitive, cultural and psychological) needing some wider approaches in order to their problem/distress may be solved or at least eased. The individual with leg ulcer suffers stigmatization, intense pain and tends to isolate itself socially in order to self-protect, besides a long period of evolution of this injuries. The aim of this research was to understand how the people with leg ulcer has been built their trajectories searching for these injuries treatment. The qualitative methodology was chosen. It was used life history as perspective of methodology approach, which resulted in constructing therapeutic itineraries. Were performed interviews, being used of a main question: Tell me your history with this injury. Were interviewed nine patients, in treatment in Cedeteg Injuries Ambulatory, and three itineraries were deeply analyzed. For analysis of therapeutic itinerary were used concepts from Deleuze and Guatarri rhizome (2011), Merthy living networks (2014) and Feuerwerker networks. The pain and (self) prejudice were evident in the reports, interfering in the family's daily routine. The analysis of the therapeutic itinerary lead us to a rhizomatic movement by people build their trajectories looking for a treatment for these injuries. Tools for acceptance, listening, bond, accountability, have showed necessary to the professional- user relationship and the maintenance of the patient at work, giving him a worthy opportunity of treatment. It is understood that the therapeutic itineraries were constructed according to new entrances had arisen in the rhizome, while other lines more fragile were broken. The fragilization of the health services and the behaviors have contributed for the chronicity of this harm. Reaching for a better qualification tends to, improve the professional self-esteem, also improve the assistance given to the community, but it is necessary, however, the manager's recognition. The closeness of the services with Teaching Institutions may be an option to stimulate the search for qualification. The access of the professional to welcome and be responsible for the people with chronic injuries and other harms are essential in order to make the attendance possible. Were verified in most of the services of basic and specialized attention the biomedical assistance model is still hegemonic. The transformation of health practices goes through the professional's formation, but also for the management of services, which lacks an integrated and cooperative work in network, where the specialized and basic attention might be complemented and supported themselves mutually. The reflection by the health's professional about these practices and frequent education are essential for this process.

Keywords: therapeutic itinerary, Leg Ulcer, chronic disease.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

5RS – 5ª Regional de Saúde do Paraná

AMPDS – Ambulatório Médico de Pneumologia e Dermatologia Sanitária

BPA-I – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado

CAEE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAPS – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CEDETEG – Centro de Desenvolvimento Tecnológico de Guarapuava, Campus da Universidade Estadual do Centro Oeste.

CISGAP – Consórcio Intermunicipal de saúde Guarapuava - Pinhão

CONUEI - Conferência Nacional de Consenso sobre Úlceras de Extremidade Inferior

CP – Coeficiente de prevalência

DENF – Departamento de Enfermagem

GNEAUPP - Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IAPS – Instituto de Aposentadoria E Pensão

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

MH – Mal de Hansen / Hanseníase

NASF - *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*

OMS – Organização Mundial Da Saúde

PR – Paraná

PSF – Programa Saúde da Família

RS – Regional de Saúde

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SUS – Sistema único de Saúde

TVP – Trombose Venosa Profunda

UBS – Unidade Básica de Saúde

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UM – Urgência Municipal, unidade 24hs

UNICENTRO – Universidade Estadual do Centro Oeste

SUMÁRIO

1.	Minha aproximação ao tema	10
2.	Objetivos	14
2.1.	Geral	14
2.2.	Específicos	14
3.	Convivendo com as feridas crônicas	15
4.	O acesso e acessibilidade aos serviços de saúde	23
5.	Construindo itinerários terapêuticos	28
6.	Produzindo redes na saúde	32
7.	Entendendo a dimensão do cuidado	41
8.	Aspectos metodológicos	46
8.1.	Tipo de pesquisa	46
8.2.	Os participantes da pesquisa	47
8.3.	O trabalho de campo	47
8.4.	Local da pesquisa	48
8.5.	Análise dos dados	49
8.6.	Aspectos Éticos	50
9.	Conhecendo os participantes da pesquisa	51
10.	Histórias de sofrimento: da descoberta do problema, à dor e ao sofrimento que o usuário enfrenta	56
11.	Buscando tratamento, construindo caminhos: o itinerário terapêutico de pacientes com feridas crônicas	68
12.	Considerações finais	95
13.	Referências	99
	Anexos	110

1. Minha aproximação ao tema

Discutir a trajetória das pessoas com úlceras de perna como foco desta pesquisa implica, inicialmente, em apresentar minhas vivências pessoais e profissionais como enfermeira, as quais foram gerando questionamentos e inquietações, fazendo-me refletir sobre como ocorre o cuidar do outro nesta condição.

As úlceras, mais especificamente as de perna, levam os indivíduos a passar por uma experiência de enfermidade que abrange aspectos não somente físicos, mas também sociais, cognitivos, culturais e psicológicos, necessitando de abordagens mais amplas para que o problema/aflição deles seja resolvido ou, ao menos, amenizado.

Abro aqui um parêntese pela necessidade de conceituar o termo úlcera de perna. Segundo a Conferência Nacional de Consenso sobre Úlceras de Extremidade Inferior (CONUEI, 2009), ocorrida na Espanha, o conceito de úlcera de perna deve ser utilizado para definir uma lesão na extremidade inferior que ocorra espontaneamente ou de forma acidental, cuja etiologia possa ser indicativa de um processo patológico sistêmico ou da extremidade do membro e que não cicatrize no intervalo de tempo esperado, neste caso, em até seis semanas. Neste tipo de úlcera, as quatro etapas do processo de cicatrização tecidual se encontram alteradas: fase inflamatória prolongada, defeitos na remodelação da matriz extracelular, formação de radicais livres, inibição tanto na geração de fatores de crescimento quanto na migração de queratinócitos.

Minha primeira experiência com feridas e que talvez, inconscientemente, tenha me levado a trabalhar com este tema foi ainda na infância quando minha madrinha passou seus últimos dias de vida conosco, em casa. A mesma sofria com uma ferida profunda e muito dolorida em sua perna. Lembro do seu sofrimento silencioso, do odor da lesão e dos curativos domiciliares que minha mãe realizava.

Na graduação, a temática feridas despertou meu interesse novamente, quando participei, durante dois anos, como estagiária junto ao Projeto de Extensão “Atendimento Interdisciplinar na Assistência aos Portadores de Feridas com a

integração Academia/Serviço/Comunidade”, na sala de curativos do Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina - PR, experiência que me fez compreender a complexidade que envolve esta afecção. Talvez naquele momento, com o pouco entendimento que tinha sobre o processo do cuidado, trabalhar com feridas me remetia à realização de um cuidado que para mim era resolutivo.

Meu primeiro emprego depois de formada, no ano 2000 foi como supervisora noturna em um hospital de médio porte da cidade de Guarapuava. Na mesma época fui contratada como professora colaboradora pela Universidade Estadual do Centro Oeste, UNICENTRO, no Paraná, para ministrar aulas no curso de graduação em Enfermagem. Nesta época não tive oportunidade de trabalhar diretamente com pessoas com feridas, mas sempre que possível, no campo de estágio, assumia algum paciente que apresentava alguma ferida mais complexa.

Em novembro deste mesmo ano encerrei meu trabalho no hospital e ingressei em um ambulatório de atendimento a pacientes oncológicos. Este emprego me abriu as portas para a pesquisa qualitativa.

Em 2003, por demanda da região e interesse institucional, o Departamento de Enfermagem da UNICENTRO assumiu um projeto de extensão que presta atendimento, até hoje, aos 20 municípios da 5ª Regional de Saúde do Paraná (5RS). Este projeto tem por objetivo promover a reabilitação de pessoas com deficiência física. Após seis anos de funcionamento, observamos que o número de pessoas amputadas devido à problemas vasculares estava aumentando significativamente. Ao entrarmos em contato com o Centro de Especialidades da Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava para entender o que ocorria com a demanda desta especialidade, identificamos que as consultas com o único médico especialista em cirurgia vascular do município, que era credenciado no Sistema Único de Saúde (SUS), eram preenchidas por pessoas que apresentavam lesões abertas, feridas crônicas. Estas, acabavam utilizando as consultas para acompanhamento/realização de curativos. Assim, muitas pessoas que se encontravam com problemas vasculares mais sérios, necessitando de intervenções cirúrgicas, ficavam em fila de espera por atendimento, o que resultava em amputações maiores, por não conseguirem ser atendidas em tempo hábil no sistema de saúde.

Para entendermos este contexto é necessário esclarecer que o município de Guarapuava possui aproximadamente 176.924 habitantes segundo as estimativas para o ano de 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015). Este município é sede da 5RS do Estado do Paraná, a qual abrange 20 municípios, totalizando quase meio milhão de habitantes. É também uma das regiões mais pobres do Estado, com vários municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo.

Este quadro nos levou, em 2009, com auxílio e incentivo da professora Carine Sangaleti, a assumir o desafio de estruturar, por meio de um projeto de extensão denominado “Assistência de Enfermagem Especializada em Feridas – Projeto Feridas”, um ambulatório para tratamento de Feridas no campus universitário CEDETEG (Centro de Desenvolvimento Tecnológico de Guarapuava) da Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO. Este projeto teve, inicialmente, o objetivo de estruturar um ambulatório para tratamento de feridas o qual permitisse que mais pessoas tivessem acesso a um cuidado diferenciado no tratamento das feridas e, conseqüentemente, outras pessoas tivessem acesso à consulta com o médico vascular. Desta forma, indiretamente, poderíamos tentar reduzir o número de amputações, assim como estimular mais profissionais a tratar de pessoas com feridas crônicas. Atualmente este local é conhecido como Ambulatório de Feridas do CEDETEG e é reconhecidamente referência estadual para o tratamento desta afecção.

Nas renovações subseqüentes desse projeto de extensão, além do objetivo principal de manter o Ambulatório para Tratamento de Feridas do CEDETEG para atendimento à população, ele passou também a funcionar como campo de estágio para alunos de graduação, especialização e outros profissionais do Estado. Assim, passamos a promover capacitação para o cuidado às pessoas com úlceras (feridas crônicas) para enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem da rede básica dos municípios do Paraná.

Os atendimentos realizados neste Ambulatório englobam sempre a consulta de enfermagem, além da execução do curativo. E, dependendo da extensão da úlcera, estes curativos podem durar de uma a duas horas, período no qual o profissional que está cuidando desta pessoa com ferida crônica passa a conhecer

suas histórias, seus sofrimentos, cria-se um vínculo verdadeiro entre profissional e usuário do serviço.

Após quatro anos de funcionamento e análise do atendimento de mais de 250 pessoas com feridas crônicas neste Ambulatório, observamos que a maioria deles, quando chegava para o primeiro atendimento no Ambulatório de Tratamento de Feridas, relatava na sua história que as feridas estavam abertas já há muito tempo, normalmente apresentavam alguns anos ou até mesmo décadas em evolução.

As histórias relatadas e o fato de essas pessoas apresentarem estas úlceras há tanto tempo intrigou-me e me fez questionar: Quais os motivos que levam os portadores de feridas crônicas a desenvolver um período tão longo de evolução das úlceras e quais elementos influenciam na escolha do tratamento? Como as pessoas com úlceras de perna constroem suas trajetórias de busca por serviços de saúde na intenção de tratar estas lesões?

Compreender como as pessoas ou os grupos sociais realizam suas escolhas em termos de tratamento de saúde e os aspectos envolvidos com a aderência ou não aos tratamentos propostos é de primordial importância para que os serviços reflitam sobre as práticas já existentes, organizem e/ou incluam novas práticas terapêuticas para todas as situações de doença encontradas, inclusive esta enfermidade, a úlcera de perna.

Para responder a essas questões, a análise do itinerário terapêutico dos portadores de úlceras de perna abriu-se como uma possibilidade de desvelar o que hoje se revela obscuro pelo próprio pré-conceito existente em relação a este agravo. Além disso, a análise poderá mostrar se a acessibilidade destas pessoas aos serviços, o acompanhamento, o tratamento, a orientação e a promoção foram garantidos, ou se, contrariamente, ocorre a fragmentação e/ou a interrupção da assistência.

Para abordar a trajetória das pessoas com úlcera de perna na busca pelo tratamento destas feridas, esta pesquisa contará com o seguinte apoio contextual: um capítulo que aborda os problemas que os pacientes enfrentam na convivência com as feridas; outro sobre acesso e acessibilidade nos serviços de saúde; um terceiro acerca do itinerário terapêutico; um quarto sobre a produção de redes em saúde e um último sobre a compreensão da dimensão do cuidado. Na sequência,

apresentarei a metodologia da pesquisa e os resultados e discussões sobre os dados encontrados.

2. Objetivos

2.1. Geral

Compreender como as pessoas com úlceras de perna constroem suas trajetórias na busca pelo tratamento destas feridas.

2.2. Específicos

Analisar as percepções e experiências das pessoas com úlceras de perna em relação ao processo saúde-doença e ao seu itinerário terapêutico.

Compreender como as pessoas com úlceras de perna realizam suas escolhas para o tratamento das lesões.

3. Convivendo com as feridas crônicas

O corpo ferido aparece como expressão de dor, sofrimento, um corpo desfigurado e rechaçado, indesejável ou escondido, mas acima de tudo um corpo nunca esquecido (CARVALHO; PAIVA; APARÍCIO, 2011).

Perder a integridade da pele implica em ingressar em experiências culturais, sociais, históricas e afetivas diferentes (CARVALHO; PAIVA; APARÍCIO, 2011), remete a imagens antigas, descritas biblicamente, de corpos feridos atingidos pela lepra e que, àquela época, mereciam o isolamento social e familiar completo.

As mesmas autoras apresentam a importância social do corpo. Enquanto as pessoas consideradas “saudáveis” buscam modificar seus corpos com cirurgias, as pessoas com feridas buscam eliminar suas lesões, pois as consideram marcas negativas do corpo, buscando assim um corpo aceitável, cicatrizado, que seja apresentável para avaliação social, tão cheia de normas e classificatória.

Para Evangelista *et al.* (2012), o portador de úlcera venosa sofre com a estigmatização e tende a isolar-se socialmente com o intuito de auto-protoger-se, evitando situações embaraçosas para si próprio e para terceiros.

De acordo com Oliveira e Poles (2006) e Carvalho, Paiva e Aparício (2013) o corpo sofrido em condições extremas leva as pessoas a pensar, em algum momento de suas vidas, em pôr um fim em si mesmo, desejar a morte, para acabar com o sofrimento provocado pelas feridas.

Uma das principais causas deste sofrimento é a dor. Ela é o sintoma mais presente e referido pelos pacientes que sofrem com feridas crônicas, interferindo nas suas atividades cotidianas (EVANGELISTA *et al.*, 2012; OLIVEIRA; POLES, 2006; LACERDA *et al.*, 2005), sendo que nestes casos, a dor intensa foi evidenciada na maioria dos pacientes. Este tipo de dor leva a estados depressivos graves, piorando o isolamento social e dificultando o convívio familiar.

As pessoas com feridas crônicas adquirem nova rotina de vida, a qual inclui visitas constantes aos serviços de saúde para consultas e curativos - o que gera a espera em filas e desconforto por causa da dor e do cheiro que exala das lesões -

mudanças no vestuário, incluindo roupas que escondam as ataduras do curativo, dificuldades no deslocamento e medo de novos traumas que piorem as lesões (OLIVEIRA; POLES, 2006)

Os mesmos autores ainda relatam que as limitações físicas impostas pelas feridas levam estas pessoas a abandonar o trabalho, seja ele formal, informal ou doméstico/do lar, gerando certo sentimento de incapacidade. Também “impedem” que elas saiam de casa, tenham uma vida ou atividades sociais que as façam sentir-se como integrantes da sociedade.

O fato de muitas vezes essas pessoas estarem confinadas em seus lares pode esconder situações veladas de violência. Violência não física, mas emocional e social, como relatado na pesquisa realizada por Carvalho, Paiva e Aparício (2013) com 18 pessoas com algum tipo de ferida que realizam tratamento em um hospital público de Salvador (BA).

A permanência em tratamentos prolongados - muitas vezes não resolutivos - a cura que custa a acontecer e a situação que se mantém inalterada, levam, muitas vezes, as pessoas a mudarem suas atitudes, adquirirem comportamentos de barganha, buscarem por outros serviços, por outros profissionais, inclusive por atendimentos em serviços privados, acreditando que estes podem levar a tratamentos diferenciados que resolvam sua situação. Fazem promessas, pactos com entes divinos, oram e inclusive convertem-se a religiões que antes não professavam (CARVALHO; PAIVA; APARÍCIO, 2013).

Mais além deste sofrimento, para as mulheres com feridas crônicas, seus corpos são vistos como repugnantes e pouco atrativos, ainda denotam menor interesse sexual associado à perda da autoestima. Já os homens com feridas crônicas veem seus corpos como frágeis, inabilitados para o trabalho, confinados ao espaço doméstico. Essa imagem confronta-se com a de um "ser homem" forte, agressivo e viril. Há redução na frequência das relações sexuais, associadas à dor física e à falta de interesse das parceiras, fazendo com que eles se sintam submissos às mulheres (CARVALHO; PAIVA; APARÍCIO, 2011).

Nesse sentido, para as mesmas autoras, mulheres e homens elaboram formas de mostrar-se dependendo do tipo de espaço. No espaço privado são permitidas, às vezes, roupas leves e curtas, expondo o corpo. Já no espaço público,

as roupas largas mascaram um corpo "incompleto" frente a um mundo social que cultiva o corpo "perfeito".

É possível, desta forma, evidenciar que por trás de uma ferida crônica não existe apenas um contexto biológico, mas, certamente, um contexto social, familiar e psicológico muito importante a ser conhecido pelos profissionais que atuam com esses pacientes, pois podem revelar sentimentos e situações que necessitem de uma intervenção multiprofissional, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

As úlceras de perna, apesar de promoverem alterações tão significativas na vida das pessoas, não ocorrem com tanta frequência entre a população e, talvez por isso, os profissionais de saúde tenham tanta dificuldade em reconhecer o sofrimento dessas pessoas.

Embora considerada um problema de saúde pública, a problemática das feridas é pouco abordada, epidemiologicamente, em estudos brasileiros (SILVA *et al.*, 2009; LOPES de FIGUEIREDO; BONATO ZUFFI, 2012; PRADO FIRMINO *et al.*, 2013). Estudos internacionais apresentam prevalências bem distintas: em 2002, a partir do relato de profissionais ligados ao Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), da Espanha, identificou-se uma prevalência de 0,165% naquele país (TORRA I BOU *et al.*, 2004); entre os anos de 1997 e 1998, a partir de autnotificação ou da indicação de profissionais de saúde, foi identificada uma prevalência de 0,039% da população com úlcera de perna na Nova Zelândia (WALKER *et al.*, 2002). Briggs e Closs (2003), em estudo de revisão, identificaram uma grande variação da prevalência: de 0,19% no Reino Unido, em 1992, a partir de dados obtidos do relato de enfermeiros, a 1,69% nos Estados Unidos, em 2002, por meio de estudo de coorte usando uma base de dados de enfermeiras inglesas.

Dados epidemiológicos publicados pela CONUEI (2009) informam que a prevalência internacional de úlceras de membros inferiores está entre 0,1% a 0,3%, com uma incidência de 3 a 5 novos casos por mil habitantes por ano. Quando considerada a faixa etária de 65 anos ou mais, deve-se duplicar esses dados. Ainda, entre 75% e 80% das úlceras de extremidade inferior são de etiologia venosa, tendo

de 0,8% a 0,5% de prevalência e incidência de 2 e 5 casos novos por mil habitantes/ano.

Nos Estados Unidos da América ocorrem mais de 600.000 casos novos de úlceras de perna ao ano, sendo esperado um aumento de 10% até o ano 2030. Na Suécia, entre 4 e 5% da população acima de 80 anos apresenta essa patologia e, neste país, o custo anual para tratamento dessas pessoas está estimado em 25 milhões de dólares (ABDALLA; DADALTI, 2003).

Recentemente um grupo de pesquisadores realizou, na cidade de Bandeirantes, município com pouco mais de 30 mil habitantes, localizado no norte do estado do Paraná, uma pesquisa epidemiológica na qual encontraram uma prevalência estimada de 0,6% naquela população (PRADO FIRMINO *et al.*, 2013).

De uma forma geral, as úlceras afetam cerca de 5% da população adulta nos países ocidentais, trazendo consigo grandes consequências socioeconômicas e psicológicas (FRADE *et al.*, 2005; ABBADE; LASTÓRIA, 2006).

Nas referências internacionais (CONUEI, 2009), as úlceras de etiologia isquêmica possuem maiores informações. Para este tipo de úlcera considera-se uma prevalência de 0,2% a 2% e uma incidência de 22 novos casos por cem mil habitantes por ano. No entanto, esses casos trazem consigo mal prognóstico, pois aproximadamente 25% desses pacientes sofrerão amputação maior e outros 25% evoluirão a óbito.

Considerando-se as úlceras neuropáticas, temos dados internacionais somente referentes a úlceras de origem diabética. As úlceras decorrentes de neuropatia diabética têm prevalência de 15% a 25%, com incidência de 5 a 10 novos casos por mil pacientes diabéticos por ano, sendo que este tipo de úlcera é a primeira causa de amputação não traumática no mundo, o que corresponde a um índice de 14% a 20% dos pacientes diabéticos com úlcera (CONUEI, 2009).

No entanto, as úlceras neuropáticas ou neurotróficas - comuns em agravos que atingem o sistema nervoso periférico - estão presentes também em indivíduos que apresentam sequelas de hanseníase ou de neuropatia alcoólica, as quais atingem grande parcela da população brasileira, além do *Diabetes Mellitus* (BRASIL, 2008). Assim, ainda, faz-se importante considerar a alta endemicidade da Hanseníase declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no Brasil, o que

pode ressignificar as estatísticas internacionais sobre os casos de úlceras neurotróficas. Em um período de 13 anos no Brasil, houve um aumento no número de casos registrados de hanseníase, passando de 34.235, em 1993, para 38.410 em 2006, ocupando o segundo lugar em número de casos no mundo (SILVA SOBRINHO; MATHIAS, 2008). O diagnóstico tardio deste agravo pode ser crucial no desenvolvimento posterior de úlceras neuropáticas.

Nesse sentido, ressalta-se a pesquisa realizada por Silva Sobrinho e Mathias (2008). Estes autores descrevem a situação epidemiológica da Hanseníase no Estado do Paraná, que apresentava até o ano de 2005 o maior coeficiente de prevalência de Mal de Hansen (MH) dentre os estados da região sul, com 1,12 caso por 10 mil habitantes. Quando este resultado foi estratificado por regional de saúde (RS), a 5RS, neste ano analisado, dentre as 22 regionais de saúde apresentou o maior coeficiente de prevalência (CP) da doença no estado, com 3,01, inclusive sendo a única regional com CP igual ou acima de três. Este grande número de casos de hanseníase remete também à possibilidade de ocorrência de casos em igual proporção de úlceras neuropáticas ou neurotróficas.

As úlceras neurotróficas decorrentes das sequelas da hanseníase se formam em virtude do infiltrado inflamatório intenso com presença de pápulas, nódulos e hansenomas e, ainda, por este infiltrado bloquear os vasos sanguíneos periféricos devido à grande quantidade de macrófagos que contém em seu interior os bacilos de Koch. Alterações na hidratação da pele, ausência de sudorese e comprometimento na microcirculação também podem contribuir para o aparecimento das úlceras (VILANI-MORENO *et al.*, 2012).

Outra causa bastante comum de úlceras, na prática clínica, é a insuficiência venosa crônica, tendo como principal complicação a úlcera de estase venosa (FRANÇA; TAVARES, 2003).

A fisiopatologia da úlcera de estase ainda não está bem descrita, várias teorias foram formuladas (DODD; COCKETT, 1976¹ citados por MAFFEI, 1995;

¹ DODD, H.; COCKETT, F. B. *The pathology and surgery of the veins of the lower limb*. Second edition. Edinburgh: Churchill Livingstone 1976.

BROWSE; BURNAND, 1982²; COLERIDGE SMITH *et al.*, 1988³; FALANGA; EAGLSTEIN, 1993⁴ citados por YAMADA; SANTOS, 2005; BURNAND *et al.* 1982), no entanto, todas têm em comum que a úlcera de estase surge com as pressões venosas elevadas ao longo do tempo, provocando alterações na microcirculação, danificando a parede dos vasos. A partir deste ponto as teorias divergem.

Para Browse e Burnand (1982)² citados por Yamada e Santos (2005) essas alterações liberariam macromoléculas do interior dos vasos para a pele, ocasionando as alterações dérmicas observadas e que são características deste tipo de úlcera, como o edema, eczema, hiperpigmentação parda e a lipodermatoesclerose. Já para Coleridge Smith e cols (1988)³ também citados por Yamada e Santos (2005), em resposta à estase venosa, leucócitos se acumulam nos capilares, o que por sua vez leva a um aumento da resistência perivascular. As células presas são ativadas e liberam metabólitos tóxicos e enzimas proteolíticas que resultam em danos para os capilares. Os leucócitos agrupam-se na parede do endotélio, como *cuffs*, bloqueando a passagem de hemácias e outros nutrientes, ocasionando, assim, anóxia, morte celular e conseqüente ulceração. Falanga e Eaglstein (1993)⁴ acreditam que o fibrinogênio e outras macromoléculas como a albumina e alpha 2-macroglobulina, em virtude da hipertensão venosa, tornam-se indisponíveis para a manutenção da integridade tecidual. Para Burnand *et al.* (1982) a fibrina está presente na pele de pacientes com lipodermatoesclerose, formando um manguito ao redor dos capilares que poderia inibir a formação de novos capilares, limitando, assim, a angiogênese e a neovascularização, bem como atuaria como uma barreira a gases e nutrientes, aumentando ainda mais a pressão venosa.

Outro fator importante no desenvolvimento das úlceras é a insuficiência do sistema venoso da panturrilha que, em associação com os tecidos circundantes – músculos gastrocnêmio e sóleo - formam uma unidade funcional conhecida como bomba muscular ou coração periférico, responsáveis pela drenagem do sangue

² BROWSE, N. L.; BURNAND, K. G. The cause of Venous Ulceration. *Lancet*. v. 2, p. 243-245, 1982.

³ COLERIDGE SMITH, P. D. et al. Causes of venous ulceration: a new hypothesis. *British Medical Journal*, v. 296, n. 6638, p. 1726-1727, 1988

⁴ FALANGA, V.; EAGLESTEIN, W. H. The trap hypothesis of venous ulceration. *Lancet*, v.341, p. 1006-1008, 1993.

venoso durante o exercício, comprimindo as veias profundas da panturrilha (músculo tríceps sural) durante a contração. No entanto, na presença de refluxo sanguíneo, esta bomba torna-se insuficiente e instala-se um quadro de hipertensão venosa crônica permanente (FRANÇA; TAVARES, 2003).

Independente da fisiopatologia que tenha ocasionado a úlcera de estase, o processo de cicatrização desta está condicionado a fatores sistêmicos, como a idade, a obesidade, o estado nutricional e outros. Além destes, ainda existem os fatores locais que incluem déficit sanguíneo, infecção e tratamento tópico inadequado. Nos pacientes com doenças crônicas como diabetes, insuficiência circulatória arterial ou venosa, a resposta cicatricial tenderá a ser retardada favorecendo a infecção local. Este é o desafio para a enfermagem: promover a cicatrização dessas lesões que devem ser mantidas limpas, com exsudato controlado e livres de tecido necrótico, por meio de curativos que promovam um ambiente fisiológico à ferida, favorecendo a cicatrização e evitando desidratação e/ou morte celular (BERSUSA; LAGES, 2004)

Historicamente, o tratamento das feridas evoluiu sobremaneira. Os primeiros registros sobre esta prática vêm dos egípcios, os quais acreditavam que as feridas funcionavam como porta de entrada e saída de demônios dos corpos, assim as tratavam com excrementos de burros, considerado como o material mais temido, inclusive pelos próprios demônios (SIPOS *et al.*, 2004).

Atualmente, preconiza-se para o tratamento deste tipo de lesão uma assistência integrada, em rede, e em muitos momentos especializada, com curativos e coberturas que normalmente não se encontram disponíveis na atenção básica, terapias compressivas com bandagem elásticas e/ou bota de unna, além de tratamento local da úlcera, medicamentos sistêmicos e, algumas vezes, tratamento cirúrgico. Além de curativos diferenciados, e em virtude de todas as alterações que ocorrem na vida destas pessoas, o atendimento multiprofissional e interdisciplinar com enfermagem, medicina (cirurgia vascular e dermatologia), análises clínicas, fisioterapia, psicologia, nutrição e serviço social são de extrema importância para a plena reabilitação destas pessoas (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Recentemente foi publicada a Portaria GM nº 483/2014 do Ministério da Saúde que *Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças*

Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Esta Portaria em seu Artigo 11 define os componentes desta rede: Atenção Básica; Atenção Especializada dividida em ambulatorial especializado, hospitalar e de urgência e emergência; os Sistemas de Apoio; Sistemas Logísticos; Regulação; e Governança (BRASIL, 2014). Outro componente importante nesta rede é a educação permanente.

Assim, para que a rede funcione adequadamente, é necessário que o trabalho seja compartilhado entre os profissionais da atenção básica e os especialistas locais, mas não somente os médicos, também outros profissionais, como os enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais que atuam de forma efetiva e eficiente (BRASIL, 2013), e espaço propício para que ocorra a educação continuada nos serviços. Isto mostra-se útil no caso do Ambulatório de Tratamento de feridas do CEDETEG, pois este tem funcionado como referência para o Estado do Paraná no tratamento deste tipo de ferida e recebe, constantemente, pacientes acompanhados de profissionais de outros municípios para avaliação, discussão de casos e definição conjunta de condutas a serem seguidas nos seus municípios sede.

Em se tratando de feridas crônicas, ou seja, úlceras de perna estes componentes são extremamente importantes, pois muitas vezes, como dito anteriormente, os pacientes com feridas crônicas necessitam de insumos tecnológicos que normalmente não estão disponíveis na atenção básica. No entanto, dependem essencialmente das tecnologias⁵ leves, prioritária na atenção básica, para que possam adentrar ao sistema de saúde e ter seu acesso, enquanto continuidade de tratamento, garantido.

⁵ Nos reportamos a definição de Gonçalves (1994) citada por Franco e Franco (s/d) “entendemos tecnologia como o conjunto de conhecimento utilizado para realizar algo, neste caso, para realizar a assistência à saúde”

4. O acesso e acessibilidade aos serviços de saúde

No conceito de uso está inserido todo contato direto ou indireto do usuário com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde advém da interação do comportamento do indivíduo, responsável pelo primeiro contato com o serviço de saúde, e do profissional de saúde que o conduz dentro deste sistema e é responsável pelos contatos subsequentes.

Para que haja utilização dos serviços de saúde, faz-se necessário que a pessoa tenha acesso ao sistema de saúde. Uma das primeiras definições de acesso aos serviços de saúde vem de Donabedian⁶. O autor definiu acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, ou seja, o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm os serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Jesus e Assis (2010), em uma revisão sistemática sobre acesso, apresentam o conceito fazendo uma relação do termo acesso conforme é definido no dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, referindo-se a ele como sendo a porta de entrada, o local de acolhimento do usuário no momento em que externa a sua necessidade e, também, os caminhos percorridos por ele no sistema, na busca pela resolução dessa necessidade.

Apesar dos avanços na produção bibliográfica ainda há a manutenção do conceito de acesso de autores consagrados como Donabedian (1999)⁷ citado por Mitre, Andrade e Cotta (2012). Neste artigo Donabedian apresenta o conceito de acesso como a capacidade de o usuário do serviço de saúde conseguir, diante da sua necessidade, cuidado à sua saúde de maneira fácil e conveniente.

Já para Sanchez e Ciconelli (2012), com base em outros autores consagrados na temática de acesso a serviços de saúde como Aday e Andersen (1974), Ronald e

⁶ DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2003.

⁷ DONABEDIAN, A. *Garantí y monitoria de la calidad de la atención médica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1999.

Newman (1973), Penchansky e Thomas (1981) e Donabedian (1973) o conceito de acesso não se restringe à simples utilização do serviço de saúde, mas está relacionado ao uso adequado dos serviços em ocasiões que permitam o seu uso apropriado, conceito este compartilhado por Travassos, Oliveira e Viacava (2006). Ainda, que o acesso à saúde é um conceito de múltiplas dimensões, composto por fatores financeiros e não financeiros. Em virtude disto atualmente, seu conceito vem sendo discutido também em termos de justiça social e de equidade.

Penchansky e Thomas (1981) utilizam o termo acesso como um conjunto de dimensões específicas que descrevem o grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde. Essas dimensões são: a disponibilidade, a acessibilidade, o acolhimento, a capacidade de compra e a aceitabilidade.

O *Institute of Medicine Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Service* (IOM, 1993) apresenta um modelo para monitoramento do acesso aos serviços de saúde. Nesta proposta ele não considera o acesso como um fim em si mesmo, mas como a oportunidade de obter outros resultados como, por exemplo, alívio dos sintomas ou, ainda, evitar uma morte prematura. Millman, o editor deste livro, vai além à definição de acesso equitativo, apresentando-o como a garantia de que todos os cidadãos tenham assegurados serviços de saúde adequados e sem encargos excessivos. Neste sentido, o IOM propôs como definição de acesso o uso adequado dos serviços individuais de saúde com o intuito de obter o melhor resultado possível. Assim, o acesso torna-se importante quando o uso dos serviços de saúde é destinado a alterar positivamente o estado de saúde das pessoas.

Andersen (1995), nesta mesma linha, considera que o termo acesso abrange, além da entrada nos serviços, o recebimento de cuidados subsequentes. No modelo do autor, a influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais, definidos como: fatores predisponentes (idade, estado civil, gênero/sexo, grau de escolaridade e etnia), fatores capacitantes (renda/situação financeira, seguro de saúde e ter uma fonte habitual de atendimento médico/família) e necessidades de saúde (estado de saúde e saúde percebida/auto-relatada).

Para Merhy (1995), o acesso ao serviço de saúde também perpassa pela conquista do direito de qualquer cidadão em poder chegar a um serviço de saúde e não somente ser recebido, mas ter uma resposta ao seu problema, sem que lhe seja

negada uma ação de saúde, ou seja, garantia de atendimento no momento em que recorre a um serviço de saúde.

O conceito de acessibilidade, muitas vezes, anda junto com o conceito de acesso e, em outras, é tratado como sinônimo. Para Donabedian (1988), acessibilidade é considerada como a facilidade para a utilização dos serviços de saúde pelos usuários, decorrente tanto de características organizacionais dos serviços como de possibilidades dos usuários superarem barreiras que porventura existam, ou seja, trata-se das características dos serviços que permitem que eles sejam mais facilmente utilizados pelos usuários. Neste sentido, a acessibilidade compreende não somente os aspectos geográficos, mas também a organização dos serviços.

Fekete (1997, p. 116) apresenta o conceito de acessibilidade como “*a relação existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de ‘ações de saúde’, e a oferta de recursos para satisfazê-las*”. Ainda segundo a mesma autora, em uma compreensão ampliada, o estudo da acessibilidade permite “*identificar os fatores que obstaculizam, bem como os que facilitam a busca e obtenção de assistência*”. Este enfoque permite identificar os fatores que facilitam ou impedem a busca e/ou acesso a esta assistência.

Donabedian (1988) sugere a observação de duas dimensões que estão em contínua interação para a sistematização do conceito de acessibilidade: a acessibilidade sócio-organizacional, a qual compreende os aspectos de funcionamento dos serviços que interferem na relação usuário e serviços, tendo em vista a sua plena utilização (horários de funcionamento das unidades e tempo de espera para o atendimento) e a acessibilidade geográfica, a qual compreende a distribuição espacial dos recursos, existência de transporte e localização das unidades.

Já Fekete (1997) propõe, para a avaliação da acessibilidade, a combinação de quatro dimensões: geográfica, organizacional, sociocultural e econômica. A acessibilidade geográfica pode ser medida em termos de distância entre a população e os serviços disponíveis, tempo que se consome para obter determinado serviço, barreiras físicas, humanas e organizacionais que impedem a utilização do serviço, ou seja, os motivos que levam a população a procurar por um serviço mais

distante da sua casa. Já a dimensão organizacional refere-se aos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos assistenciais, podendo ser os originários no contato inicial, na prestação da assistência dentro da unidade e na continuidade desta. A dimensão sociocultural diz respeito aos fatores pessoais dos pacientes, que determinam a busca por assistência à saúde e a distância social dos profissionais e pacientes. Na avaliação da acessibilidade econômica deve-se considerar as outras dimensões de acessibilidade e também a taxa de emprego da população assistida, pois quanto maior a taxa de emprego, maior é o índice de utilização dos serviços de saúde.

Cunha e Vieira-da-Silva (2010), em estudo realizado em um município da Bahia, identificaram que apesar da melhora na acessibilidade geográfica conseguida com a implantação de unidades de saúde da família, as quais permitiram, na prática, maior proximidade do serviço com a população, existem obstáculos persistentes na organização dos serviços de saúde, muitos advindos da falta de protocolos de atendimento, que servirão de referência e apoio para o trabalho cotidiano. Assim, os autores identificaram como barreiras para garantia de acessibilidade: a) a ausência de ações voltadas para o acolhimento, como longos períodos à espera de atendimento; b) sistema de marcação de consultas ineficiente como: não utilização de lista de espera para a substituição dos faltosos, dificuldades e falta de critérios e organização para a marcação de consultas; c) fragilidade do sistema de referência e contra referência; d) distâncias geográficas entre as unidades de saúde entre si e a residência dos usuários; e) incompatibilidade entre horário de funcionamento e a necessidade dos usuários: falta de flexibilidade no horário de funcionamento da UBS, horário de funcionamento vinculado à disponibilidade do profissional.

Segundo Paim (2003), o modo de aparelhamento dos serviços, com base na oferta constituída de ações, tende a superar as formas tradicionais de reorganização da produção de ações de saúde, cabendo às unidades atender tanto indivíduos em busca de consultas e pronto atendimento (demanda espontânea) quanto desenvolver ações visando ao controle de agravos e ao atendimento de grupos populacionais específicos (oferta organizada). A garantia do acesso a diferentes níveis de cuidados decorre, desta forma, da implantação de modelos de atenção que sejam capazes de responder às necessidades de saúde da população.

O Ministério da Saúde, na sua Cartilha da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2011), entende por acesso as seguintes condições: Acesso às unidades e serviços (garantia do cuidado); Acesso à qualidade da/na assistência (escuta/vínculo/responsabilização/resolutividade); Acesso à continuidade do cuidado; Acesso à participação nos projetos terapêuticos e de produção de saúde (autonomia e protagonismo do cidadão-usuário e sua rede social); Acesso à saúde como bem com “valor de uso” e não como mercadoria (formas dignas/potentes de viver a vida com autonomia).

Aproximando-se a condição de doença crônica, encontramos cinco estudos avaliando a acessibilidade nesta condição, sendo quatro em situações específicas. Apenas um estudo realizado por Carreira e Rodrigues (2010) buscou identificar as dificuldades vivenciadas pelas famílias de idosos em condição crônica e que buscam assistência na Unidade Básica de Saúde. As famílias relataram dificuldades devido à falta de continuidade dos programas realizados pelas UBS com a mudança da gestão política ou com a alteração dos membros da equipe de saúde, tais situações podem levar à interrupção do tratamento e ao rompimento de vínculos entre população e profissionais de saúde.

De acordo com Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, partindo dos seguintes princípios: garantir a acessibilidade universal a partir do atendimento de todas as pessoas; reorganizar o processo de trabalho, a fim de que se desloque o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional (equipe de acolhimento), qualificando a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania. Somados a isso, acrescenta-se que o acolhimento propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia ao acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado.

No entanto, muitas vezes as pessoas fazem escolhas diferentes daqueles fluxos pré-determinados pelo sistema de saúde, na intenção de garantir acesso aos serviços de saúde no momento que mais necessitam. Estas escolhas vão definir ações que instituirão uma determinada trajetória, que podem ser estudadas e compreendidas como itinerários terapêuticos, tema que abordaremos a seguir, no próximo capítulo.

5. Construindo itinerários terapêuticos

Os itinerários terapêuticos são bons indicadores para avaliar as práticas e estratégias da população para enfrentar seus problemas de saúde. Rabelo, Alves e Souza⁸ (1999 apud MÂNGIA; MURAMOTO, 2008) descrevem o itinerário terapêutico como sendo “*um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição*” (p. 179) ou ainda “*processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento*” (p. 180).

O termo itinerário terapêutico é utilizado por Gerhardt (2006, p. 2449) como “*sinônimo de busca de cuidados terapêuticos e procura descrever e analisar as práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos [...], na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde*”.

Para o mesmo autor, a procura de cuidados individuais e coletivos é determinada por uma série de variáveis, sejam elas de cunho social, situacional, psicológico, econômico e/ou de outras. Assim, a procura por cuidados depende tanto de atitudes pessoais, valores, ideologias e posição social quanto da característica/tipologia da doença, representação da doença, das condições econômicas e sociais do portador do agravo/doença, além da oferta de tecnologias disponíveis nos serviços de saúde. Todas estas situações culminam na necessidade de desenvolver projetos terapêuticos.

Neste sentido, Mangia e Muramoto (2008) relatam ser fundamental para o processo de produção de projetos terapêuticos cuidadores, o exercício de escuta ampliada do profissional sobre as aflições do usuário, sem fazer interpretações apressadas sobre o sofrimento do outro, o que acaba reduzindo à áreas técnicas a magnitude dos problemas emergentes. A recorrência simultânea a vários tratamentos e a existência de visões discordantes – e até mesmo contraditórias – sobre a questão terapêutica evidenciam que tanto a doença como a cura são experiências que são construídas nas relações estabelecidas em determinados

⁸ RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 264 páginas.

contextos históricos, em que o doente, sua família e aqueles que vivem próximos estão continuamente negociando significados.

Complementando esta ideia de escolha terapêutica, Gerhardt (2006) descreve a necessidade de que o sujeito desse processo seja alguém que compartilhe com os outros as suas crenças e as maneiras de lidar com o mundo, as quais foram sendo revisadas ao longo da sua trajetória de vida. Só assim, estas escolhas terapêuticas terão sentido e importância para serem seguidas.

Nesse sentido, entendemos que a narrativa do adoecimento está intimamente ligada com o que é criado a partir das vivências com os serviços de saúde, das demandas e/ou da aceitação de estratégias terapêuticas (FAVORETO, 2006). Nessa mesma linha, Alves (1993) descreve que as maneiras como as pessoas respondem a uma determinada experiência de enfermidade é resultado de diferentes formas ou contextos nos quais elas se inserem e adquirem seus conhecimentos médicos. Ou seja, com o transcorrer do tempo os indivíduos adquirem novos conhecimentos, as interpretações são confrontadas por diferentes diagnósticos estabelecidos por familiares, amigos, vizinhos e profissionais de saúde e essas ideias passam a ser confirmadas ou refutadas, dependendo da evolução dos casos por eles conhecidos. E assim, a busca por cuidados também passa a ser modificada diante das experiências vividas.

É a partir dessa linha de pensamento que a construção de itinerários terapêuticos de pessoas em diversas condições de saúde-doença, mas acima de tudo em busca de atenção à saúde, vem sendo utilizada muito frequentemente, nos últimos anos, em pesquisas na área de saúde como ferramenta de análise de dados, como poderemos ver a seguir. Tais itinerários podem auxiliar na compreensão do comportamento das pessoas e dos serviços frente à necessidade de cuidados e também da forma como os serviços de saúde são utilizados, configurando-se como uma importante ferramenta para a qualificação da assistência à saúde.

Cabral *et al.* (2011) realizaram uma revisão da literatura sobre o tema itinerário terapêutico. Nesta pesquisa eles consideraram o que havia sido produzido no Brasil no período de janeiro de 1989 a dezembro de 2008. De um total de 242 referências encontradas nas bases de dados Medline, LILACS, ADOLEC e Scielo, resultaram 11 artigos, sendo que 10 deles foram publicados após o ano 2000.

Nesses artigos, o itinerário terapêutico foi utilizado em pesquisas qualitativas como uma ferramenta complementar, associada a técnicas de análise de conteúdo.

Após este período, 25 outros artigos foram publicados utilizando essa mesma ferramenta de análise de dados. As condições crônicas como AIDS, câncer, Diabetes Mellitus, hanseníase e a área de saúde mental foram os temas mais investigados, sendo que o Diabetes foi a temática campeã a utilizar esta ferramenta, com cinco artigos publicados. Condições que envolviam situações crônicas em crianças e idosos foram também abordadas, com três artigos cada.

Apesar da condição crônica ser a mais associada ao itinerário terapêutico, também foram desenvolvidas pesquisas em situações agudas, tanto em serviço de urgência e emergência quanto de busca por atendimento para crianças em situação aguda de doença até o momento do seu internamento.

Outra utilização para esta metodologia foi descrita por Camargo Junior *et al.* (2006) como uma ferramenta utilizada para análise da qualidade dos serviços de saúde. Na sua pesquisa, a partir da análise do itinerário terapêutico de usuários dos serviços de saúde, dentro de uma unidade de saúde, foi possível construir um fluxograma, ou seja, fazer uma representação gráfica do caminho percorrido pelos usuários dentro de um determinado serviço de saúde. Assim, com este fluxograma, pode-se observar/analisar como estava organizado o processo de trabalho dentro do serviço, podendo inclusive apontar possíveis problemas na prestação do cuidado.

É importante salientar que não há uma homogeneidade no uso do termo itinerário terapêutico. A maioria das pesquisas utiliza-o como forma de descrever o caminho que os pacientes percorrem em determinados serviços em busca de tratamentos, sendo mostrado como um dos resultados da pesquisa. No entanto, uma pesquisa relata, nas suas considerações finais, o itinerário terapêutico como um caminho obrigatório a ser seguido pelo usuário no serviço de saúde (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012).

Além disso, encontramos o itinerário terapêutico sendo utilizado como ferramenta complementar de análise de dados em pesquisas etnográficas, mas também usado conjuntamente para construção de genograma (instrumento elaborado por terapeutas familiares, que representa a composição interna familiar e permite compreender a complexidade da dinâmica familiar) e/ou ecomapa

(representa os recursos disponíveis e acessados por determinada família) sendo duas ferramentas que se complementam para análise da dinâmica familiar e que ajudam a compor a análise do itinerário terapêutico (MUSQUIM *et al.*, 2013; NEPOMUCENO *et al.*, 2012).

Independentemente da técnica a ele associada, entendemos que o itinerário terapêutico se mostrou como uma ferramenta muito útil em pesquisa para qualificação da assistência dos serviços de saúde, podendo ser utilizada pelos serviços para refletir e discutir sobre a sua prática profissional. O itinerário terapêutico pode ser uma ferramenta útil para conhecermos a rede de serviços de saúde que é constituída a partir da necessidade de cuidados dos usuários do sistema de saúde em situação de doença. Neste sentido, abordaremos no próximo capítulo o entendimento de rede de saúde, na perspectiva das redes vivas.

6. Produzindo redes na saúde

Para chegarmos à discussão da modalidade de intervenção em saúde na forma de redes, faz-se necessária a compreensão da evolução dos modelos assistenciais de saúde no Brasil. Primeiramente é preciso conhecer o conceito de modelo assistencial. Para Silva Junior e Alves (2007), o modelo assistencial refere-se ao modo como são constituídas, na sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo a organização e a articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos que se dispõem para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde de uma coletividade. Para Merhy, Malta e Santos (2004), os modelos assistenciais incorporam uma dimensão articulada de saberes e tecnologias de dados grupos sociais que, apoiados na dimensão política, disputam dada forma de organizar a assistência.

É importante também, compreender que a adoção de um modelo assistencial depende muito da ação das múltiplas linhas de força que agenciam os trabalhadores, ou seja, os coletivos dos trabalhadores da saúde, o mercado da saúde, as diretrizes governamentais e dispositivos que os próprios trabalhadores adotam no seu cotidiano. A adoção de um modelo nem sempre se dá por ação da máquina, mas pela ação do próprio trabalhador, que muitas vezes adota práticas com base em modelos e assistência que se compuseram como dispositivos de realização do mercado e, por assim dizer, que visam lucro, conseqüentemente, são práticas centradas em atos prescritivos, de enorme consumo de insumos e procedimentos (FRANCO; MERHY, 2012).

Retomando um pouco da história da saúde no Brasil, os modelos assistenciais instituídos no país vêm desde a implantação da República, quando predominava o modelo Sanitarismo Campanhista, o qual tinha como principal interesse a agroexportação e necessitava de um modelo de controle ou erradicação de doenças que pudessem afetar a exportação. A partir da década de 20, com o crescimento industrial, inicia-se a constituição das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) e a ascensão do modelo Liberal Privatista, ou médico assistencial privatista, com a implantação de políticas previdenciárias e de assistência à saúde aos trabalhadores urbanos e industriais com o intuito único de

manter corpos saudáveis e assim sustentar, também, a capacidade produtiva. Posteriormente, as CAPS foram instituídas como Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS) destinados a cada classe trabalhadora. Cada IAPS tinha a sua própria rede de hospitais e ambulatórios. Já na década de 30 inicia-se a construção de postos de saúde com a implantação dos programas que eram mais necessários na época, como pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007; MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

A partir da década de 40, vemos a implantação de um modelo voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia, mas ainda mantendo a lógica do modelo liberal privatista. Esse modelo foi chamado de medicina científica ou biomedicina ou modelo flexneriano. A partir da década de 60, o modelo biomédico ampliou-se com o financiamento e a compra de serviços de hospitais privados, com isso houve expansão de hospitais e clínicas e consequente aumento do consumo de equipamentos e medicamentos. A incorporação tecnológica na saúde, bem como o uso de instrumentos e exames cada vez mais complexos e caros para diagnosticar doenças, tornam os custos com a saúde cada vez mais caros, sem muitas vezes verificarmos vantagens adicionais (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Do ponto de vista tecnológico, ocorreu um predomínio no uso das chamadas tecnologias duras (dependem do uso de equipamentos) em detrimento das leves (relação profissional-paciente), ou seja, prima-se pelos exames diagnósticos e imagens fantásticas, mas não necessariamente cuida-se dos pacientes em seus sofrimentos. Entretanto, a biomedicina tornou-se o modelo hegemônico na prestação de serviços de saúde no Brasil e em muitos países do mundo (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007, p. 30).

A partir da década de 70 o setor saúde enfrenta uma crise financeira, burocrático-administrativa e de cobertura. Assim, surgem algumas tentativas de implantação de modelos que ampliassem a cobertura para a população excluída pela assistência previdenciária (COSTA *et al.*, 2009). Um dos modelos apresentados é o de Saúde Comunitária, financiado por organizações internacionais, mas que não consegue sucesso no Brasil, pois até o presente momento o modelo Flexneriano ou biomédico é hegemônico na formação médica. Na década de 80, a atenção médica

suplementar passa a ocupar espaço no cenário da saúde com estímulo da Previdência. Em 1986, na Conferência Sanitária Pan Americana, é apresentado um novo modelo de assistência os chamados Sistemas Locais de Saúde (SILOS), estes têm por missão a busca por uma maior articulação da rede de serviços, com a racionalização de gastos e esforços. Na mesma época surge o conceito de Cidades Saudáveis, modelo que visa à melhoria da qualidade de vida com a implantação de políticas públicas articuladas e saudáveis (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Ainda nesta década é apresentado o movimento em Defesa da Vida, neste, defende-se a mudança no processo de trabalho dos serviços de saúde. A clínica, principal tecnologia disponível para o cuidado individual, deveria ser ampliada, enriquecida por novos referenciais, pelo resgate da dimensão cuidadora e pela produção de tecnologias leves, relacionais, de modo a ampliar a capacidade dos trabalhadores de lidar com a subjetividade e com as necessidades de saúde dos usuários no sentido de acolhê-los, possibilitando a identificação de problemas de saúde, criando vínculos e se co-responsabilizando pela saúde destes (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004; FEUERWERKER , 2005).

Com a implantação do SUS a partir da década de 90, o ministério da Saúde adota como política de intervenção assistencial e estratégia de reorganização dos serviços de saúde o Programa/Estratégia/Política Saúde da Família (PSF), que teria um caráter substitutivo das práticas assistenciais convencionais, adotando-se um novo processo de trabalho que fosse centrado na vigilância à saúde, com a atenção centrada na família. No entanto, esse modelo apresenta algumas situações problema que reduzem a sua capacidade de torná-lo um modelo hegemônico no Brasil, como o formato único para todo o país. Há necessidade de readequação de recursos humanos e espaço físico para atender as diferentes realidades da clientela do sistema de saúde (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004). Enquanto programas como estes acabam por produzir efetivamente certo ordenamento das práticas de saúde, ao mesmo tempo em que criam uma carga grande de "procedimentos obrigatórios", acabam por restringir a ação do cuidado clínico ou reproduzir a ação hegemônica (FEUERWERKER, 2005).

A partir da implantação do SUS inicia-se também o reconhecimento e a compreensão de que os problemas que as populações apresentam, especialmente na área urbana, requerem uma abordagem multiprofissional e em rede (integralidade

na rede de serviços) (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007), e assim surge a possibilidade de articulação dos serviços em rede.

Na saúde é essencial que os serviços se interconectem ou interatuem entre si e com outros serviços a fim de compor uma rede de serviços que possa ser capaz de garantir ao cidadão a integralidade da assistência à saúde. No entanto, esta interconexão pode acontecer não por vontade dos serviços, mas sim por busca direta dos usuários do sistema de saúde que constroem sua própria rede na procura por uma solução para o problema que lhes aflige, ou seja, frequentemente é possível observar que os usuários constroem suas próprias redes com diferentes conexões.

Pensando no perfil que as redes adquirem no espaço da saúde, pode-se identificar dois tipos de redes: as modelares, que se organizam em cenários de práticas de reprodução da realidade, repetindo velhos métodos de gestão do cuidado, isto é, agem em sistemas normativos realizando suas práticas de cuidado sem considerar a singularidade existente tanto no trabalhador quanto no usuário; há as de alto fluxo contínuo, ou seja, organizam-se em conexões e fluxos contínuos de cuidado, são produto e ao mesmo tempo produtoras da ação dos sujeitos singulares, têm alta potência para constituir o novo (FRANCO; MERHY, 2012).

Considerando as redes de alto fluxo, entendemos que as pessoas são efetivas redes vivas em produção, no sentido de não serem estanques, mas redes móveis que se modificam conforme a necessidade ou até mesmo oportunidades que se apresentam, são redes que vão “*produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados*”, elas é que irão produzir as linhas e suas infinitas possibilidades. Mas há que se considerar que estas redes vivas são fragmentárias, estão em pleno acontecimento, às vezes são circunstanciais, montam e desmontam e, em outros momentos, tornam-se estáveis. Comportam-se como redes digitais, “*que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer um ordenamento lógico das redes analógicas*”, encontrarão e serão atravessadas por inúmeras outras redes, analógicas ou não (MERHY, 2014, p. 156-157), ou seja, são construídas nos diversos territórios pela singularidade e especificidade de cada caso que se apresenta (BADUY, 2010).

É preciso levar em conta que a construção destas redes vivas também ocorre pela disponibilidade, vontade e/ou interesse e, muitas vezes, por oportunidades que se apresentam a esta pessoa, ainda pelas trocas e partilhamento de experiências que ocorrem entre os indivíduos fora dos “muros institucionais” da saúde ao buscar por auxílio nos diversos serviços de saúde, formais ou não, que estejam disponíveis na situação. Assim, estas redes vão se formando, atravessando e conectando-se com outras redes (MERHY, 2014).

A formação deste tipo de rede nos remete novamente à característica de nômades dos usuários do sistema de saúde (LANCETTI, 2014) na produção de suas vidas, sendo capazes de circular em diferentes territórios, que muitas vezes são inclusive imperceptíveis para as equipes de saúde. *“Como um nômade, o usuário produz e protagoniza, de forma singular, os acontecimentos no seu processo de cuidado”* (MERHY *et al.*, 2014, p. 157). Este fato permite que eles construam múltiplos vínculos de vida. Esta forma de circulação dos usuários, tecendo suas próprias redes de apoio social e de cuidado, faz com que eles saiam de seus territórios, ou seja, incorporem movimentos de desterritorialização (BADUY, 2010; GOMES; MERHY, 2014; MERHY *et al.*, 2014).

Mas, ao mesmo tempo em que o usuário incorpora estes novos movimentos, ele assume novas atitudes e esta ação interfere de alguma forma no cotidiano e na forma como as equipes veem seus próprios territórios de atuação, entendidos pelos profissionais de saúde como *“território de convicções normatizadoras do comportamento que objetivam a legitimação de prescrições”* (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015, p. 533). No entanto, experimentar este movimento de desterritorialização não é tarefa simples para as equipes, afinal força-as a sair de um terreno, ou território de normas e rotinas, já pré-concebido e confortável de trabalho, força-as a enxergar além de seus próprios “muros” (BADUY, 2010; GOMES; MERHY, 2014; MERHY *et al.*, 2014).

Esta rede viva de busca por cuidado de saúde pode ser melhor compreendida apropriando-se da cartografia formulada por Deleuze e Guattari (2011) em 1995, que nos apresenta o conceito de rizoma. Segundo estes autores, as características de um rizoma são: as linhas podem ser conectadas com qualquer outro ponto (conexão) e isto lhe confere diversidade nas suas características (heterogeneidade); ele não é feito de unidades, mas de dimensões, de direções móveis (multiplicidade).

Apesar de ter múltiplas entradas, não tem início nem fim, apenas um meio que varia suas linhas, produzindo-as abstratas e tortuosas. Estas linhas, em sua heterogeneidade, são atravessadas por cadeias biológicas, políticas, materiais, culturais, econômicas, em todas as suas modalidades (TURINO, 2008), ou seja, o rizoma é influenciado por todas as cadeias que o cercam.

Neste sentido é importante destacar que:

O rizoma conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer e cada um de seus traços não remete necessariamente a traços de mesma natureza [...]. Ele não é feito de unidades, mas de dimensões, ou antes de direções movediças. Ele não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p.43).

As linhas de um rizoma nunca cessam de remeter-se umas às outras, podem romper-se e com isto originar linhas de fuga, que são processos de desterritorialização, mas por carregar informações reterritorializam este novo espaço (princípio da ruptura a-significante). Já o princípio de cartografia e decalcomania⁹ confere ao rizoma a capacidade de receber modificações constantemente, como um mapa, por meio de uma realidade sempre mutante, contrariamente ao decalque que possui uma imagem estanque. Já a propagação de linhas fora deste território é reconhecida como desterritorialização (SOUZA, 2012).

Neste sentido o mesmo autor descreve o território como um mapa representativo dos diversos agenciamentos que ocorrem. Ainda:

O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos (GUATTARI e ROLNIK, 1986¹⁰, p.323).

Estes agenciamentos são reconhecidos como conexões entre os diferentes estratos da realidade, pois cada indivíduo e cada objeto estão repletos de

⁹ O decalque remete sempre a mesma imagem, é cópia da mesma imagem, diferentemente do mapa que é algo aberto, susceptível a receber modificações (SOUZA, 2012)

¹⁰ GUATTARI, E.; ROLNIK, S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

potencialidade, que ao encontrarem-se com outros objetos produzem saltos, rupturas e conexões com outros devires, ou seja, com outras linhas (SOUZA, 2012).

O rizoma é constituído também por linhas de fuga, atravessamentos que ocorrem nas linhas rizomáticas que geram situações de delírio, de medo, de rompimento com o devir e promovem processos de desterritorialização.

No entanto, faz-se importante destacar que na estrutura rizomática, não existem conceitos fundamentais, mas todas as proposições fazem parte de uma multiplicidade de ideias, que tem influência em diferentes observações, em várias percepções que ocorrem simultaneamente e com diferentes pontos de vista (CARDOSO, 2013).

Ainda, para Turino (2008, p. 34), *“pensar multiplicidades é saber que, ao invés de definições fechadas e de conceitos prévios, o que se tem são agenciamentos, conexões entre todos os lados, hibridações que mudam de acordo com os novos acontecimentos que se criam”*.

No contexto do trabalho em saúde, as cartografias do processo de trabalho buscam visibilizar por meio das relações que se constituem nestes territórios, as subjetividades que se atravessam, a manifestação do diferente, a produção desejante de certos fluxos de cuidado, e também de “não-cuidado”, o contraditório, o inesperado, desvios, estranhamentos, que traduzem o saber-fazer diante do mundo que produz cuidado nos seus distintos cenários (FEUERWERKER, 2014, p. 32).

Complementando, o rizoma é reconhecido como algo mutável, formado por uma memória curta ou uma antimemória. É um sistema que não possui centro, nem hierarquia. É como um exército sem general, sem memória organizada, que age por vontade própria, sendo unicamente definido por *“uma circulação de estados, uma combinação anômala cujos resultados não podemos prever ou organizar, pois ele está sempre em um meio”* (CABRAL; BORGES, s/d, p.13).

Para Cardoso (2013), somos um produto rizomático, ou seja, somos multidões dentro de nós mesmos. O autor ainda descreve que:

Um rizoma, em contraposição, leva à libertação do pensamento. Na perspectiva do rizoma, o trabalho do leitor de um conceito rizomático é tecer essa rede de significados, atribuir sentidos, buscar relações, abrir novas entradas nesses mil platôs, trazer para o presente, para o momento da leitura as novas possibilidades de reflexão, é ter a

liberdade de escolher que ordem seguir, ou então, nem mesmo seguir ordem alguma (s/p).

Deleuze e Guatarri (2011) trazem também os conceitos de afectos, perceptos e prospectos, conceitos importantes na compreensão desta rede rizomática, desta rede viva que compõem os serviços de saúde. Souza (2012, p. 249) citando Deleuze (2000)¹¹ afirma que perceptos “*são pacotes de sensações e de relações que sobrevivem àqueles que os vivenciam*”, afectos são devires que transbordam aquele que passa por eles, são intensidades, capacidades de sermos afetados por um determinado objeto e prospectos ou funções são o modo de operar as ciências, não podem ser compreendidos por juízos ou opiniões por comportarem todas as possibilidades de mudanças de natureza do objeto.

Esses conceitos, apresentados até o presente momento, nos auxiliarão na descrição de como as pessoas, em busca de cuidado, constroem ou produzem suas próprias redes vivas de atenção ou de cuidado. Nesse sentido, faz-se necessário compreendermos a produção do cuidado e como a maioria dos serviços de saúde vem atuando na sua produção ou não.

Primeiramente, é necessário compreender que a cura não é o objeto do campo da saúde, nem mesmo a promoção ou a proteção da saúde, mas sim a produção do cuidado, com o qual pode-se atingir a cura. E que produzir cuidado não é o mesmo que produzir procedimentos (MERHY, 2014).

Para produzir cuidados, necessitamos utilizar consciente e corretamente as tecnologias disponíveis nas caixas de ferramentas tecnológicas que o profissional de saúde tem disponível no momento de seu encontro com o usuário do serviço de saúde. A primeira caixa de ferramentas é composta pelas habilidades que permitem que o profissional manuseie os equipamentos/máquinas disponíveis no setor saúde, reconhecida como tecnologias duras. A máquina (tecnologia dura) nada mais é do que conhecimento incorporado, que ganha materialidade e valor com o trabalho. A segunda caixa de ferramentas é composta pelo olhar do profissional de saúde aliado ao conhecimento já pré-estabelecido, como a clínica, a epidemiologia, a psicanálise, as relações humanas estruturadas ou não, saberes acumulados da experiência de

¹¹ DELEUZE, G. *Conversações*. Tradução de Peter Pal Pelbart. Ed.34. Rio de Janeiro, 2000.

trabalho e da incorporação de novas tecnologias inscritas em máquinas e instrumentos, sendo conhecida por tecnologias leve-duras. A terceira e última caixa de ferramentas é composta por ferramentas que produzem encontros e relações entre profissional e usuário do serviço, no sentido de construção de vínculos, de confiança, de responsabilização, de interesse pelo que acontece com o outro. Essas ferramentas são denominadas de tecnologias leves (MERHY; FEUERWERKER, 2009; FRANCO; FRANCO,s/d).

Dependendo de como essas três tecnologias são combinadas, os modelos de atenção à saúde são configurados. O modelo de atenção hegemônico em nosso país prioriza a utilização das tecnologias dura e leve-dura, ficando desta forma centrado em procedimentos que passam a ser o ato de saúde pretendido, sem ter necessariamente compromisso com os resultados. É um modelo que tem como objeto o corpo biológico e é baseado em conhecimentos ditos científicos sobre o tema. Também é centrado em normas e mecanismos de financiamento, e não nos problemas de saúde que deve enfrentar (FEUERWERKER, 2014; FRANCO e MERHY, 2013; MERHY; FEUERWERKER, 2009).

No entanto, para que possamos produzir atos de saúde que gerem cuidado, necessitamos repensar o modelo tecnoassistencial vigente. O que se busca é um modelo de atenção com ênfase para a tecnologia leve (modo de produzir acolhimento, responsabilização e vínculo) combinado com a competência clínica (parte da competência de qualquer profissional de saúde). Esta combinação faz com que antes de tudo, os profissionais de saúde sejam cuidadores (FEUERWERKER, 2014).

Aqui nos apropriamos do conceito de clínica proposto por Franco e Merhy (2013, p. 74):

A clínica não é só o saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma 'disfunção biológica', mas também é processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir.

Nesse sentido, para que possamos compreender o problema de saúde e tenhamos a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, necessitamos compor

cada vez mais e melhor a nossa caixa de ferramentas, entendida como o conjunto de saberes de que se dispõe para produzir atos de saúde (MERHY, 2014).

A utilização desta caixa de ferramentas, que cada profissional constitui, está diretamente relacionada com a compreensão do cuidado que se tem. Assim, no capítulo seguinte faremos uma reflexão sobre a dimensão do cuidado.

7. Entendendo a dimensão do cuidado

Costa *et al.* (2009) discutem a mudança do modelo assistencial de saúde à luz de um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade, mas que enfrenta dificuldades de implementação das práticas de saúde, principal força deste modelo, devido à influência ainda muito forte nas equipes do modelo flexneriano/biomédico.

Inicialmente, faz-se necessária a conceituação de cuidado. O cuidado é, a priori, multidisciplinar, na maioria das organizações de saúde. Optou-se pela definição proposta por Cecilio e Merhy (2003, p. 198) que apresentam o cuidado como “uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde”, por estar mais próxima da discussão pretendida nesta pesquisa.

A principal proposta de mudança do modelo biomédico vem hoje da Política de Saúde da Família, em que as equipes passam a ser locais propícios para o fomento à participação popular. A partir disso, tanto o profissional quanto o usuário podem passar a ser produtores de saúde (MERHY, 2002).

Quando falamos em agentes produtores de saúde, faz-se necessário entendermos como se dá o processo de governança dentro de uma organização, seja ela uma unidade de saúde, um hospital, um ambulatório, ou a própria secretaria de saúde. Merhy (2002), citando Matus, leva-nos a pensar que todos os indivíduos governam em uma organização, mas para isso distingue os que governam com “G” (agentes da organização em posição de alta direção), dos que governam com “g” (agentes que ocupam todos os outros espaços de ação na organização).

Segundo Fekete (2000), a gestão do cuidado ultrapassa a simples aplicação de técnicas administrativas e de recursos humanos ao buscar por uma assistência equitativa e por respostas aos problemas identificados. Para a autora, a gestão do cuidado é de competência de todos os membros da equipe de saúde e a busca pela equidade no cuidado deve ser a sua missão. Nesse sentido, entendemos que na micropolítica do trabalho o poder sobre a gestão do cuidado pode passar de um

profissional para o outro em uma equipe, ou até mesmo estar vinculado sobre a família ou o próprio paciente, tudo depende da necessidade de saúde que se apresente para aquele momento.

Gestão do cuidado em saúde pode ser reconhecida como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. Sendo realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECILIO; LACAZ, 2012, p. 24).

A produção do cuidado ocorre principalmente dentro do espaço da micropolítica do trabalho. Utilizaremos o conceito de micropolítica proposto por Cecílio (2009, p. 547), o qual a entende como um *conjunto de relações que estabelecem, entre si, os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada 'realidade organizacional'*.

Perceber a gestão do cuidado a partir da perspectiva destas cinco dimensões, entendidas como formas pedagógicas utilizadas para explicar a gestão do cuidado, remete-nos à compreensão de que o cuidado é uma ação sempre multi, ou seja, não há cuidado realizado por uma só pessoa, seja ela profissional ou não. A construção de uma dimensão efetivamente cuidadora extravasa amplamente qualquer dimensão pedagógica (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015). No entanto, estas dimensões pedagógicas são importantes e necessárias para a compreensão de como se dá o ato de cuidar.

A dimensão individual da gestão do cuidado em saúde refere-se ao "cuidar de si", ou seja, a capacidade que cada indivíduo tem de produzir seu modo de "andar a vida", de seguir seu próprio caminho, reconhecendo que somos indivíduos plurais, que sofremos interferência do outro e do meio ambiente, mas que fazem suas próprias escolhas e vivem a vida de forma mais plena e autônoma (CECILIO, 2011; CECILIO; LACAZ, 2012). Feuerwerker (2011) complementa a ideia do usuário como gestor da sua própria vida, que faz suas próprias escolhas, independentemente da autorização dos profissionais de saúde e que necessita desenvolver sua autonomia

para conformar os modos de conduzir sua própria vida, enfrentando seus novos e antigos agravos.

Já a dimensão familiar do cuidado surge quando o indivíduo se encontra em situação de vulnerabilidade ou de perda da sua autonomia (CECILIO; LACAZ, 2012).

A dimensão profissional do cuidado se dá por meio do encontro profissionais de saúde - usuários, sendo o núcleo do território da micropolítica em saúde. É regida por três elementos que lhe conferem capacidade de produzir cuidado: a) a competência técnica do profissional, a capacidade de dar respostas para o(s) problema(s) vivido(s) pelo usuário; b) a postura ética do profissional, como ele concebe o outro que necessita de seus cuidados; c) capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados. Trata-se de um espaço reservado, considerado o “núcleo duro” da gestão do cuidado, mas um espaço de plena responsabilidade e liberdade de ação do trabalhador (CECILIO, 2009; CECILIO, 2011). Para Merhy (2002), esta dimensão é responsável pela produção do cuidado em ato, na qual deve imperar as tecnologias ‘leves’, do tipo relacional.

A produção do cuidado ao usuário vem da estruturação de projetos terapêuticos, ou seja, do conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde. Este pode ser determinado por um profissional, por exemplo, pelo médico, seguindo a linha do modelo biomédico, ou por vários profissionais em processos de trabalho multiprofissionais. No modelo biomédico a produção do cuidado advém de uma demasiada carga prescritiva, centrada normalmente na “produção de procedimentos”, utilizando-se centralmente as tecnologias duras/leve-duras. A produção de procedimentos neste modelo não está centrada somente no ato médico, mas também em modelos de atuação multiprofissional. Já no modelo proposto para o Saúde da Família, a abordagem do problema de saúde pode estar centrada nas relações e a produção do cuidado pode ocorrer por meio de uma associação entre as tecnologias leves e leve-duras. No entanto, para se produzir cuidado é necessário transformar estes projetos terapêuticos em atos assistenciais, ou seja, colocá-los em prática (FEUERWERKER, 2011).

A mesma autora ainda discute que a relação entre a dimensão individual e a profissional pode ser conflituosa, pois o que um avalia como necessidade ou problema o outro nem sempre a considera assim. As lentes utilizadas para enxergar

os problemas muitas vezes são diferentes e acabam por levar a olhares diferentes. Dependendo do cenário que se apresenta a relação usuário-profissional pode ser produzida diferentemente, passando do estímulo ao exercício da própria autonomia (pelo usuário) para o exercício da autoridade (pelo profissional).

A dimensão organizacional do cuidado acontece nos serviços de saúde, é marcada pela divisão técnica e social do trabalho e nela se manifestam novos elementos como: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, a função gerencial. O foco central é a organização do processo de trabalho, a definição das regras de fluxo e atendimentos, a lógica está centrada na responsabilidade gerencial e na dinâmica relacional da equipe, assim ela depende da ação cooperativa dos vários atores que compõem a equipe (CECILIO, 2009; CECILIO; LACAZ, 2012).

A “dimensão sistêmica” da gestão do cuidado, estância da macropolítica do trabalho, pode ser pensada como o conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e diferentes graus de incorporação tecnológica e os fluxos que se estabelecem entre eles, compondo "redes" ou "linhas" de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado. Nela também são pensadas e definidas as formas de financiamento dos serviços. Os fluxos, relatados anteriormente, foram pensados historicamente na imagem de uma pirâmide, com os serviços sendo construídos em complexidade crescente, operados por intermédio de processos formais de referência e contrarreferência que propiciem a circulação das pessoas por um conjunto articulado de serviços de saúde, de complexidades diferentes e complementares entre si. No entanto, na prática, o que verificamos a partir de um movimento real das pessoas usuárias do sistema de saúde é de um sistema com múltiplas portas de entrada e não a centrada na atenção básica, um sistema em que as pessoas constroem seus próprios itinerários terapêuticos (CECILIO, 2009; CECÍLIO, 2011; CECILIO; LACAZ, 2012).

A sexta e última dimensão do cuidado refere-se à dimensão societária da gestão do cuidado em saúde. É a dimensão mais ampla da gestão do cuidado, pois é neste espaço que cada sociedade produz as políticas públicas em geral, e de saúde em particular. Aqui ocorre o encontro da Sociedade Civil com o Estado, e o seu papel é (re)pensado, especialmente em como se dá a formulação e

implementação das políticas sociais, que resultarão em melhores ou piores condições de vida para amplos estratos da população (CECÍLIO, 2011; CECILIO; LACAZ, 2012).

Apesar desta divisão ser proposta, ela é entendida muito mais como um recurso didático, pois a dinâmica real seria melhor pensada na forma de um 'rizoma', ou seja, *“há múltiplas conexões entre as várias dimensões, produzindo uma complexa rede de pontos de contato, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades, mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores”* (CECÍLIO, 2011, p. 592), Assim, são infinitas as possibilidades de conexões resultantes das necessidades e da ação humana.

O cuidado com pessoas com feridas crônicas também perpassa por todas essas dimensões. Se as tecnologias leves (acolhimento, vínculo, conhecimento da sua história de vida) não forem consideradas neste caminho, na produção dos projetos terapêuticos dessas pessoas, a tendência do profissional em agir autoritariamente, fazendo com que a pessoa com ferida mude seus hábitos de vida, sua forma de viver a vida, na tentativa de protegê-lo, pode impedir ainda mais o relacionamento entre profissional e usuário do serviço. Assim, retomar a construção do vínculo entre profissional e usuário também deve ser compreendido como uma das dimensões do cuidado.

8. Aspectos metodológicos

8.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de pesquisa qualitativa de cunho interpretativo. Foi utilizada a história de vida como perspectiva de abordagem metodológica, a qual culminou na construção dos itinerários terapêuticos percorridos pelas pessoas com úlceras de perna, possibilitando assim compreender como elas constroem suas trajetórias na busca pelo tratamento de feridas.

Vale ressaltar que o foco desta pesquisa é a trajetória de vida das pessoas com feridas crônicas e como se deu a busca deles por tratamento para esta afecção.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com os indivíduos e/em seu ambiente e suas complexidades, sem que haja imposição de limites pelo pesquisador (POLIT; BECK; HANGLER, 2011).

A história de vida temática ou relato de vida é uma modalidade de pesquisa qualitativa. Nela o pesquisador apresenta a história do sujeito tal qual como foi contada, sem que o pesquisador confirme a autenticidade dos fatos, pois o que importa é o ponto de vista de quem a está narrando (SPINDOLA; SANTOS, 2003). A história serve para aclarar o contexto vivido e fornecer seus significados, ou seja, “um dos objetivos da pesquisa histórica é lançar luzes sobre o passado para que este possa clarear o presente, inclusive fazer perceber algumas questões futuras” (PADILHA; BORENSTEIN, 2005, p. 577)

No tocante aos itinerários terapêuticos percorridos pelas pessoas com úlceras de perna, vale ressaltar que, para Ferreira e Silva (2012, p. 3089)

O itinerário terapêutico é o desenho de busca de cuidados que emerge das narrativas contadas pelos sujeitos que, quando relatadas oralmente nem sempre têm uma ordem cronológica, visto que as pessoas têm o seu tempo para contar as histórias, valorizando os momentos de acordo com seu ponto de vista.

8.2. Os participantes da pesquisa

A população foi definida por conveniência e intencional, sendo estes os participantes que apresentaram maior vínculo com a pesquisadora. Foi composta por nove pessoas com úlceras de perna, sendo duas mulheres e sete homens, com idade entre 54 e 79 anos, independentemente do tempo de abertura da lesão, que estavam em acompanhamento no Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG, no período de 2012 a 2014, sendo estes os únicos critérios de inclusão.

A úlcera de perna, que engloba venosa, mista e neuropática, foi eleita como situação marcadora, ou seja, como “*um agravo ou condição de saúde que expõe o beneficiário ao uso de serviços permite descrever aspectos relacionados com a qualidade do cuidado*” (CONILL; PIRES, 2007, p. 32).

O critério de saturação das respostas foi utilizado para suspender as entrevistas. Segundo Fontanella *et al.* (2011), a saturação teórica é entendida pela constatação de que elementos novos para aprofundar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não são mais percebidos a partir do campo de observação, diante disto interrompe-se a coleta de dados.

8.3. O trabalho de campo

Os participantes escolhidos foram contatados a partir do Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG, na oportunidade em que estavam sendo assistidos. Após ser solicitada a sua participação, foi agendada uma entrevista com os mesmos em horário e dia que melhor lhes conviesse.

As entrevistas ocorreram em duas etapas: nos meses de janeiro e fevereiro de 2012 e, posteriormente, uma nova etapa entre os meses de dezembro de 2013 e fevereiro de 2014. A duração delas variou de 20 a 43 minutos.

Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista utilizando-se uma questão norteadora: ***Conte-me a sua história com esta ferida.***

As entrevistas foram gravadas em gravador digital e, posteriormente, transcritas para que se pudesse obter o máximo de informações possíveis durante a realização delas.

A escolha pelo Ambulatório de Tratamento de feridas do CEDETEG deu-se pelo fato da pesquisadora também atuar como enfermeira assistencial no local, permitindo assim melhor interação entre pesquisador e entrevistado.

8.4. Local da pesquisa

O Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG, local de realização desta pesquisa, foi criado em 2009 na forma de um projeto de extensão, vinculado ao Departamento de Enfermagem (DENF) da UNICENTRO e a um programa maior de extensão denominado Serviço de Reabilitação Física da UNICENTRO, também vinculado ao DENF. Este projeto funciona com a participação de professores do departamento, alunos extensionistas, e também é campo de estágio para os alunos do 2º ano do curso de enfermagem na disciplina de Fundamentos de Enfermagem.

O Ambulatório de Tratamento de Feridas iniciou com a intenção de reduzir a fila de espera por consulta com o único médico cirurgião vascular que à época era credenciado ao Sistema Único de Saúde no município de Guarapuava – PR. Esta situação mantinha pessoas utilizando consultas médicas para realização de curativos para tratamento de úlceras de estase, o que resultava em dificuldade de acesso à assistência médica das pessoas com doenças arteriais e complicações venosas maiores, podendo este fato estar associado ao grande número de amputações devido a problemas vasculares.

Inicialmente o Ambulatório de Tratamento de Feridas foi financiado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Guarapuava – Pinhão (CISGAP). Desta forma, eram atendidos somente pacientes destes dois municípios. Após um ano de funcionamento, o Ambulatório foi credenciado ao SUS e passou a atender os 20 municípios que compõem a 5ª Regional de Saúde do Paraná com sede em Guarapuava.

Como a demanda tornou-se excessiva para a estrutura física e de pessoal, os professores vinculados ao projeto passaram a capacitar médicos e enfermeiros da região e de todo o Estado do Paraná com vistas a multiplicar a ideia de abertura de ambulatórios como este, permitindo, assim, que pessoas com feridas

crônicas/complexas tenham a garantia de uma assistência especializada/capacitada dentro das próprias Unidades Básicas de Saúde ou, dependendo da demanda, em locais específicos destinados somente a este tipo de assistência.

Hoje o Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG conta com mais de 280 pessoas com feridas crônicas cadastradas, sendo aproximadamente 70% com problemas relacionados a úlceras de estase venosa e outros 20% com úlceras mistas (estase venosa e neuropatia hansênica).

8.5. Análise dos dados

A hermenêutica, conhecida como a arte da interpretação, foi utilizada como técnica de análise desta pesquisa.

Araujo, Paz e Moreira (2012) referem que a hermenêutica além de tentar explicar cada palavra ou texto, toma sentido de algo a ser revelado, descoberto, mas também de desvelar os significados ocultos. *“O seu uso permite que se chegue à compreensão do homem, de seu mundo, sua história e o próprio existir humano”* (p. 201)

Segundo as mesmas autoras, para compreender é necessário primeiramente um estranhamento, o aparecimento de um transtorno que se concretiza a partir de uma pergunta. Para compreender deve-se considerar que as palavras e os discursos dizem muito mais do que está aparentemente dito.

Neste sentido, Minayo (2008) complementa que os seres humanos fazem um movimento interior com o intuito de se colocarem de acordo, e que a compreensão só é possível, enquanto tarefa, quando há algum transtorno neste entendimento. Assim, a hermenêutica surge quando não é possível compreender-por-si-mesmo.

Ainda, Araújo, Paz e Moreira (2012, p. 202) citando Gadamer (2007) descrevem que *“a linguagem enquanto linguagem é velada porque ela sempre tem em vista algo a cada vez. A linguagem só é verdade onde há diálogo, ou seja, na convivência”*.

O fato de a pesquisadora ser enfermeira assistencial no Ambulatório de Tratamento de Feridas facilitou o processo de investigação nesta pesquisa, e a convivência permitiu que o diálogo entre sujeito e pesquisador ocorresse mais facilmente.

De posse da transcrição das entrevistas/diálogos estas foram lidas exaustivamente. A discussão foi organizada em torno de dois eixos de compreensão: sua história com a ferida e o itinerário terapêutico por eles construído. É importante ressaltar que as histórias de vida não tiveram necessariamente uma cronologia, mas emergiram de fatos que se mostraram de alguma forma importantes aos participantes da pesquisa.

Para análise do itinerário terapêutico foram utilizados os conceitos de rizoma de Deleuze e Guatarri (2011), redes vivas de Merhy (2014) e redes de Feuerwerker fazendo uma articulação entre a produção de cuidados e o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras disponíveis na saúde.

8.6. Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL), por meio do número CAEE 0341.0.268.268-11 após autorização da Coordenação do Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG.

Aos pacientes foi explicado sobre os procedimentos que seriam realizados. Após, eles receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual foi assinado por eles, autorizando a pesquisa. Depois de autorizado, os pacientes receberam uma cópia do termo de consentimento, podendo assim contatar com a pesquisadora a qualquer momento para novos esclarecimentos ou para desistir da pesquisa a qualquer momento e sem qualquer prejuízo.

Os participantes foram identificados em ordem numérica ordinal do E1 ao E9 na sequência em que as entrevistas foram sendo realizadas.

9. Conhecendo os participantes da pesquisa

Neste capítulo apresento resumidamente a história de vidas das pessoas com feridas crônicas que participaram desta pesquisa. Faz-se importante destacar que os relatos emergiam durante o diálogo entre a pessoa pesquisada e a pesquisadora, sem que fosse dado importância a uma ordem cronológica. Neste sentido, não necessariamente existiram datas, mas aproximações de tempos.

Cada entrevistado foi identificado pela letra **E** seguida de um número de ordem sequencial à realização da entrevista.

E1: homem de 58 anos, separado, residente em Guarapuava, início das lesões há 30 anos, de origem venosa, com piora do quadro devido ao trabalho como pedreiro (cimento, cal, ortostatismo). Iniciou sua peregrinação pelos hospitais em Curitiba não relatando se de forma direta ou por encaminhamentos. A busca por curandeiros se deu por vontade própria ou porque sua esposa o levava, sempre de forma concomitante com a busca por serviços de saúde. Em Guarapuava, buscou as UBS para realização de curativo e/ou obtenção de material para realização de autocuidado. Realizou várias consultas médicas especializadas ou em UBS para acompanhamento da lesão. Relatou internamentos anteriores sem mencionar a causa de todos. Da consulta especializada com cirurgião vascular houve o encaminhamento para o Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG. Neste serviço permaneceu em acompanhamento semanal com uso de bota de unna até a ocorrência de uma Trombose Venosa Profunda (TVP), quando o serviço identificou e encaminhou para a urgência municipal (UM). Da UM foi encaminhado para hospitalização. Após alta hospitalar permaneceu em acompanhamento com cirurgião vascular e hematologista. Reencaminhado ao Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG após estabilização e melhora do quadro de TVP. Obteve alta por cura no início de 2015, mas retornou ao serviço pro recidiva em julho de 2015.

E2: mulher de 79 anos, viúva, mãe de nove filhos. Suas úlceras iniciaram há 60 anos, quando ainda morava no interior do município de Guarapuava. Portadora

de úlcera venosa, iniciada devido a um ferimento com um prego. A primeira busca por tratamento se deu com a procura de um curandeiro. Após 35 anos de lesão aberta, esta procura por um cardiologista que sugere alguns tratamentos que tem acompanhado no hospital onde trabalha. Sua busca por tratamento, relatada de forma desorganizada, passa pelo antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pelo Ambulatório Médico de Pneumologia e Dermatologia Sanitária (AMPDS) e por último e, atualmente, faz acompanhamento no Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG, sugerido pela sua nora.

E3: homem de 63 anos, casado, residente em Pitanga, início das lesões há cerca de um ano e meio devido a complicações de um acidente de trânsito com fratura exposta e comprometimento venoso local. Foi diagnosticado ainda no hospital, mas recebeu alta com indicação de autocuidado. Após 60 dias de tratamento domiciliar o médico da UBS o encaminha de volta para o hospital devido à piora do quadro. Foi realizado debridamento em centro cirúrgico. Após alta hospitalar foi encaminhado à fisioterapia. Neste serviço, o fisioterapeuta indicou uma pomada que piorou o quadro. Também fez uso de medicamentos populares indicados por conhecidos. Com a piora do quadro, conversa, solicitando auxílio, para a auxiliar de enfermagem que encaminha pacientes para o município de Guarapuava para consultas, para que esta busque algum tipo de tratamento para ele. Inicia o tratamento no Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG. Alta por cura em 2013.

E4: homem, 65 anos, casado, residente em Guarapuava. Evento inicial há 30 anos: descoberta de Hanseníase já em grau II de incapacidade. Alta por cura desta doença. Dez anos após sofre um pequeno acidente de trabalho lesionando a perna. Iniciou o tratamento da lesão ainda no ambulatório da fábrica. Após algum tempo foi encaminhado ao cirurgião vascular, que na época cogitou a possibilidade de amputação, a qual foi descartada posteriormente. Concomitante ao tratamento com o especialista, fazia uso de medicamento popular/fitoterápico. Foi encaminhado ao INSS para auxílio doença e consequente aposentadoria. Com isso, passou a utilizar o sistema público de saúde realizando curativos na UBS ou domiciliares com fornecimento de material pela UBS. O médico da Unidade de Saúde encaminha-o para o especialista novamente e este para o Ambulatório Médico de Pneumologia e

Dermatologia Sanitária (AMPDS) que, posteriormente, faz novo encaminhamento para o Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG onde realiza também fisioterapia e permanece até o término desta pesquisa em tratamento.

E5: homem, 70 anos, casado, residente em Guarapuava. Evento inicial (úlceras de estase) há 12 anos. Foi encaminhado pela empresa ao cirurgião vascular. Após algum tempo, buscou de forma direta por auxílio médico no município de Rio Azul, onde lhe foi indicado tratamento medicamentoso exclusivamente. Após dois anos e meio de auxílio doença, foi aposentado por invalidez. Após aposentadoria passou a utilizar serviço público de saúde realizando curativos nos postos de saúde da cidade. Relatou episódio de sangramento intenso na lesão levando a ser atendido no pronto socorro de um hospital. Fez referência ao uso de fitoterápicos concomitantemente em algum momento do tratamento. Foi encaminhado ao especialista que o referenciou ao Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG onde permanece até a conclusão desta pesquisa. Nestes doze anos de tratamento o paciente desenvolveu alergia aos principais produtos utilizados para o tratamento deste tipo de lesão.

E6: mulher, 54 anos, casada, 03 filhos, residente em Guarapuava. Evento inicial há 22 anos, quando procurou por médico especialista no sistema privado, foi realizado tratamento com bota de unna e cirurgia devido a rompimento de uma varize. A mesma recebeu alta por cura. Após um ano a lesão reabriu e não fechou mais. Inicialmente realizava autocuidado. Posteriormente buscou novamente, de forma particular, o especialista. Continuou o tratamento na UBS que fornecia material de curativo para que ela realizasse em casa. A UBS a encaminhou para um novo especialista que a referenciou ao Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG onde permanece até o término desta pesquisa. Nesses vinte anos de tratamento, sendo portadora de psoríase, desenvolveu alergia a vários produtos comumente utilizados no tratamento deste tipo de lesão.

E7: homem, 55 anos, casado, residente em região rural do município de Guarapuava. Evento inicial há quatro anos após complicação por Trombose Venosa Profunda (TVP), pós-cirurgia de colocação de prótese total de quadril. Com a abertura da lesão ele procurou diretamente (particular) por um médico vascular o qual tratou a lesão com pomadas. Por insistência da sogra procurou médico

oncologista que o tratou por algum tempo, mas também sem sucesso, encaminhando-o na sequência para médico vascular. Neste tempo, realiza curativos na unidade de saúde. Por meio da unidade de saúde conseguiu encaminhamento para o médico vascular do sistema público de saúde e, posteriormente, este o encaminhou ao Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG. Em 2013 passou a fazer acompanhamento com médico vascular devido à úlcera de origem autoimune, e acompanhamento no ambulatório de tratamento de feridas do município.

E8: homem, 56 anos, casado, sem filhos, residente no município de Turvo (PR). Evento inicial há 22 anos, diagnóstico de Hanseníase já com grau II de incapacidade. Foi tratado e obteve alta por cura. Há cinco anos iniciou “alergia” em membros inferiores quando foi orientado tratamento pela UBS. O tratamento, segundo o entrevistado, corroe suas pernas. Após 60 dias de tratamento, ele procura novamente a UBS que o encaminha a Guarapuava para consulta com dermatologista do Ambulatório Médico de Pneumologia e Dermatologia Sanitária (AMPDS). Após avaliação inicial, a dermatologista o encaminha para o ortopedista para verificar a necessidade/possibilidade de amputação de ambas as pernas. Nesse ínterim, acaba pernoitando no hospital do município do Turvo devido a episódio de hemorragia nas pernas. Descartada possibilidade/necessidade de amputação, o paciente é reencaminhado ao Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG para tratamento, onde permanece até o término desta pesquisa.

E9: homem, 43 anos, casado, residente em Guarapuava. Evento inicial há 11 anos. O mesmo não se preocupou com a formação da lesão e após alguns dias foi encaminhado à Urgência Municipal (UM) com a úlcera infectada. Foi cogitado possibilidade de amputação neste momento. Foi tratado por 15 dias em ambiente hospitalar. Após alta hospitalar realizou curativos diários durante um mês na UBS e foi, posteriormente, encaminhado ao AMPDS para curativos (bota de unna) e acompanhamento com especialista cirurgião vascular. Teve a primeira alta por cura após oito meses de tratamento. Três anos depois a lesão reabriu. O especialista o encaminhou para o AMPDS novamente para curativo e, posteriormente, foi transferido para o Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG. Recebeu alta por cura novamente. Após cerca de um ano a lesão reabriu e o mesmo retornou

ao Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG para tratamento, mas abandonou antes do fechamento completo da lesão. Cerca de seis meses depois procurou novamente o serviço para tratamento com a lesão muito extensa. Foi iniciado o tratamento com bota de unna, mas devido à dor relatada, este não permitia mais o uso deste insumo, com isso a lesão só expandiu. Continua em tratamento no Ambulatório de Tratamento de Feridas do município sem previsão de alta.

10. Histórias de sofrimento: da descoberta do problema, à dor e ao sofrimento que o usuário enfrenta

As enfermidades marcam a pessoa, imprimindo sentido existencial, em que a enfermidade passa a tornar-se parte integrante de sua própria história de vida (CARVALHO; PAIVA; APARICIO, 2011).

Chagas (s/d) citando Vasconcelos¹² (2005), aponta-nos que o principal desafio do profissional de saúde é aprender a trabalhar com a vulnerabilidade humana e, neste sentido, vivenciar o drama e a existência humana das pessoas que eles cuidam. Apresento esta citação com o intuito de aproximar o leitor das histórias que serão exibidas a seguir, pois não basta apenas conhecermos suas histórias, é necessário compreendê-las e, a partir destas, aprender a trabalhar com a vulnerabilidade humana e a construir projetos terapêuticos que levem em consideração também as tecnologias leves.

Uma ferida crônica representa para o indivíduo, muitas vezes, perdas, isolamento social, limitações de vida, perda da qualidade de vida, alterações em sua autoestima, vergonha, constrangimento e perdas familiares, entre outras coisas. Nos relatos a seguir passaremos a reconhecer algumas dessas alterações vivenciadas por pacientes com feridas crônicas e que “convivem” com elas há muitos anos, alguns há várias décadas.

Kleinman (1978)¹³, citado por Mangia e Muramoto (2008), apresenta os cuidados de saúde subdivididos em três dimensões ou subsistemas: o subsistema profissional, composto pela medicina científica e tradicional; o subsistema *folk*, no qual encontramos os curandeiros, benzedeiros e outros; e o subsistema popular/leigo/informal, no qual encontramos a automedicação, a ajuda de amigos, de familiares, entre outros. O início das lesões ou a descoberta do problema nem sempre foi identificada por familiares como referido na literatura por Kleinman (1980)

¹² Vasconcelos E.M.(org.) A Espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo, Hucitec, 2005.

¹³ KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Social Science and Medicine. 12:85-93, 1978.

e Helman (1994), de que é no âmbito do subsistema denominado de informal que, inicialmente, os sintomas de mal estar são identificados e classificados.

O aparecimento das lesões é muito singular para cada paciente e reflete situações preocupantes na produção do cuidado de si. Normalmente, espera-se que a família seja a primeira a identificar o problema, no entanto, nas pessoas aqui entrevistadas, nem sempre a descoberta ocorreu por um familiar, como observamos nas falas a seguir:

“O enfermeiro veio lá para ver, fazer curativo, me dar remédio e disse “você está com bolha!”. E começou a ‘pretejar’ [necrosar] a perna. E formou aquelas feridas.” (E3)

“No primeiro tratamento apareceram as feridas pequenas (Hanseníase) e eu tratei. Em seguida ela [médica] deu alta e eu fiquei mais de 15 anos sem ter um problema. [...] Agora que eu fui tratar a alergia, que começou com umas pipoquinhas no tornozelo, que então eles deram o permanganato e povidine para colocar a gaze molhada em cima e enfaixar. Aí desandou tudo de novo.” (E8)

“ Uns oito ou dez anos antes (de aparecer a lesão) eu tive hanseníase. Só que eu já tinha tido alta quando apareceu este aqui. Só que me cortou [feriu] na juntinha [articulação do tornozelo] e ficou. Nós começamos a fazer tratamento lá dentro da fábrica.[...] foi de 20 anos, 20 e poucos anos. Então que comecei o tratamento foi dali.” (E4)

“O começo dela foi... agora neste outro mês vai fazer sessenta anos. Eu estava de dieta de 15 dias do filho que me traz aqui. Ele tinha 15 dias quando eu me machuquei com um prego, só porque eu não liguei, eu levei 35 anos para procurar um médico” (E2)

Pode-se perceber que as histórias de início das lesões são diversas, mas uma coisa é comum em todas, o tempo de evolução é longo e significativo. A dificuldade de alguns compreenderem a gravidade da lesão os fez buscar por tratamento tardiamente, outros procuraram assim que possível, mas a complexidade

fisiopatológica deste tipo de afecção pode tornar a evolução da lesão muito rápida se não for tratada adequadamente.

A doença é um momento de transição na vida da pessoa, que desorganiza seu ser, suas relações e seus ajustamentos à vida em sociedade, e, precisamente, aqueles que estão mais próximos, como família, trabalho, amigos, lazer e paixões. Essa constatação é acompanhada de muitas incertezas, gerando ansiedade, insegurança, medo e o sentimento de perda de uma situação, por ora, conhecida para um porvir desconhecido e assustador. E é no confronto com essa nova realidade que a pessoa passa a vivenciar momentos de grande sofrimento (ALMEIDA; LABRONICI, 2007, p, 268).

Ao analisar os discursos apresentados observamos duas dimensões do cuidado inicialmente presente, a dimensão individual nos casos de E2 e E8 que *a priori* tentaram produzir seu próprio modo de cuidado de si, ou seja, ao fato de ocupar-se e preocupar-se consigo mesmo, mas que em tempos diferentes mostraram-se insuficientes. Para E4 e E3, a identificação e o cuidado inicial se deram a partir da dimensão profissional. No entanto, vemos a evolução que estes quatro casos tiveram e a necessidade de articulação com as outras dimensões do cuidado. A dimensão sistêmica, onde encontramos os fluxos, possíveis redes e conformação de linhas de cuidado, foi logo acionada, pois o serviço local ou inicialmente buscado, não deu conta de produzir o cuidado necessário a estas pessoas. Aqui começam a ser constituídas as redes próprias para o cuidado de cada um deles.

Outro fato relevante é que para alguns o reconhecimento do problema, muitas vezes, ocorreu pela situação de dor insuportável. A dor é um sintoma constante nestes pacientes, sendo muitas vezes o motivo pelo qual eles buscam a ajuda do sistema de saúde, ou da medicina tradicional ou do curandeirismo. Independentemente da natureza da procura, a intenção é a mesma: reduzir ou eliminar a dor, e isso pode ser percebido nas seguintes falas:

“E em vez de diminuir, aumentou. Eu achei, quando ela começou a aumentar, eu pedi para a J dar um jeito. [...] Eu pensei, Deus, veja aí o que você pode fazer, eu estou sofrendo. Me doía que nossa, eu não tinha sossego. Parece que tinha assim, parece um micróbio, mordida.” (E3)

“Teve uma noite que eu fui descer do ônibus, trabalhava como lavador de batatas, do jeito que eu desci do ônibus eu caí sentado. Não aguentei de dor mais. Fiquei uns dez dias na casa daquele jeito. E ela foi inchando, inchando, até que ela estourou de vez, de tanta infecção. Eu vim para o posto de saúde, que era o 24hs antes.” (E9)

“Eu morava no interior, cheia de filhos; sete, oito filhos, e trabalhar na roça, e tudo... Então eu fui deixando. E comecei a ir em curandeiro. Nada resolveu. Então eu vim na prefeitura [...]” (E2)

Muitos autores, conforme veremos na sequência, vem abordando a questão da dor como um sinal do organismo que interfere grandemente na queda da qualidade de vida das pessoas que sofrem com ela. A dor aparece em várias situações diferentes das que vemos nesta pesquisa, mas como vemos nas situações estudadas aqui, altera o modo próprio de viver a vida das pessoas independente da causa.

A dor recentemente vem sendo considerada como o quinto sinal vital, ou seja, um sinal do organismo de que algo está errado. A avaliação da dor é algo bastante subjetivo tendo em vista que ela é influenciada por fatores que podem ser culturais, situacionais, pela atenção, motivação, emoção e outras variáveis psicológicas, assim como também por outras variáveis externas (SOUSA *et al.*, 2010).

Da Silva e Ribeiro-Filho (2011) ainda complementam a descrição da dor como sendo um fenômeno complexo, que advém de estímulos sensoriais ou de lesões neurológicas, podendo ser modificada pela memória, pelas expectativas e pelas emoções dos indivíduos. Também pode sofrer influência de vários outros fatores, incluindo: as habilidades para manuseá-la e controlá-la, os sinais vitais, a história médica e cirúrgica, as condições socioeconômicas, o contexto cultural, o sexo e as habilidades intelectuais ou cognitivas.

Lara *et al.* (2011) também encontraram, em sua pesquisa com pacientes com feridas crônicas atendidos em um Ambulatório Escola de Minas Gerais, que a dor foi o sintoma predominante no discurso destes, os quais a classificaram como um dos

maiores desconfortos físicos relacionadas à presença da ferida e que ela, a dor, interferia nas suas atividades cotidianas.

Lima e Trad (2007) relatam em sua pesquisa que a dor é apenas um dos elementos do sofrimento do sujeito que a vivencia, faz-se necessário saber mais sobre o lugar que ela ocupa na vida do doente.

A dor também afeta negativamente a qualidade de vida das pessoas, causa instabilidade de humor, alterações no sono, diminui a mobilidade e a deambulação e pode também aumentar o risco de quedas (SALVETTI *et al.*, 2014).

Na pesquisa realizada por Wachholz *et al.* (2014) sobre a qualidade de vida de pacientes idosos com úlceras de perna, a dor esteve presente em mais da metade da amostra, sendo também associada à presença ou piora de sintomas depressivos.

Outra pesquisa recentemente desenvolvida por Loduca *et al.* (2014) com 150 pacientes com dor crônica de diversas etiologias do Grupo de Dor do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo, a dor assumiu diferentes significados/imagens na vida dos pacientes, o que mostra a importância de valorizar o discurso individual e que a utilização de outras formas de expressão para a dor é válida. Faz-se necessário conhecer a história destes pacientes com a dor, pois contextos culturais, étnicos, psicológicos podem interferir ou exacerbar os quadros algícos.

Diante deste quadro multifacetado, o limiar de dor de cada indivíduo também é variável, podendo inclusive estar relacionado a experiências prévias que podem agir tanto aumentando como diminuindo a sua resistência a situações dolorosas.

Outro aspecto importante a ser considerado nas pessoas com úlceras de membros inferiores foi relatado por Silva Lucas, Trevisan Martins e Carmo Cruz Robazzi (2008), quando descrevem que uma ferida pode ir além de uma lesão física, sendo considerada algo doloroso mesmo na ausência de estímulos sensoriais. Também pode ser vista ou entendida como uma marca, uma perda irreparável ou uma doença incurável, que muitas vezes fragiliza e incapacita o ser humano para diversas atividades, especialmente as laborativas.

Complementando este pensamento Sanches e Boemer (2002) descrevem a dor como:

uma forma de limitação de possibilidades ou de transformações da existência. Ela significa um agravo à existência, porque não é somente o corpo físico que se encontra doente, mas a vida em suas várias dimensões, como a sua relação consigo mesma, família, trabalho, lazer (p. 392).

Como relatado por Sanches e Boemer (2002), nesta pesquisa também verificamos, nas falas anteriores, a interferência da dor na vida das pessoas com feridas crônicas, seja ela na dimensão familiar, ao “incomodar” principalmente seu companheiro durante a noite nas crises de dor, seja ela nas dimensões do trabalho ou lazer, impedindo-o de realizar suas tarefas cotidianas.

As experiências de dor relatadas pelos pacientes desta pesquisa vão além de um relato de sofrimento físico, chegando a nível psíquico, como observamos nas frases a seguir:

“Eu não deixava [fazer o curativo]. Não tinha como mexer. Muita dor. [...] A codeína. [...] Eu estou aprendendo pela dor, porque o que eu senti nos últimos dois anos para cá. Meu Deus do céu! Não desejo nem para um cachorro. Cansei de pousar [dormir] sentado no sofá, porque não conseguia me mexer de dor. Pelo sofrimento meu... (E9)

“Tinha vezes que duas, três noites de eu... de quatro, cinco horas da manhã, seis horas, não ter dormido, só gemendo. Não parava, não parava. Eu erguia os pés nas paredes. Daí eu não dormia e não deixava os outros dormir. E tomando remédio para dor. E não adiantava. Mas dor, de doer a perna inteira. Parecia que os ossos iam estourar. [...]” (E1)

“A dor já era demais. [...] Um dia eu cheguei a comentar, pela dor que eu estou sentido acho que vou mandar amputar as pernas. Não tem mais jeito. Você vai indo que a dor te toma conta, aí você se abandona.” (E8)

Em alguns destes casos, a dor que a ferida provoca foi, inclusive, uma das causas de isolamento social. Atualmente a dor pode ser controlada com uso de fármacos ou, ainda, com o uso de outras terapias alternativas que promovem o relaxamento e, conseqüentemente, melhoram a qualidade de vida destas pessoas.

Outro aspecto observado nas narrativas é a dificuldade que as pessoas entrevistadas tiveram em concluir algumas passagens. Muitas frases eram iniciadas, no entanto não eram finalizadas. Pode-se entender que as frases não foram terminadas por poder revelar a dimensão do sofrimento, reviver a dor.

Mas além da dor, observamos ainda situações de isolamento que foram ocasionadas pela exsudação das feridas, pelo odor e constrangimento relacionados a esta excessiva exsudação.

Almeida e Labronici (2007), relatando sobre a trajetória de pessoas com HIV, descrevem que a sociedade continua cobrando um alto custo em sofrimento humano advindo do estigma, preconceito e discriminação que a doença impõe. Esta situação pode ser reportada também a várias outras situações de doença, entre elas às pessoas com feridas crônicas.

“No ônibus, como a senhora sabe, a ferida ela não cheira, ela cheira mal, mas muitos dias ela dá um odor diferente. Às vezes você senta no banco de um ônibus assim, chega um senhor, uma senhora, qualquer uma pessoa, senta um pouco e vaza [sai]. Por quê? Motivo do mau cheiro. [...]Tal dia lá tem uma missa, tem um evento, qualquer coisa eu evito de ir. Eu evito de ir, porque eu vou me constranjo. Às vezes as pessoas não querem, mas eu me sinto constrangido. [...]” (E4)

“Me falaram do mal cheiro, nossa não sei o que... eu sabia que era de mim. Então a gente fica... Então você não tem como sair de casa. Quando eu ia em médico... [...] (E1)

Pessoas com feridas crônicas enfrentam discriminação, tanto em espaços públicos como em ambientes domésticos. A maior parte das atitudes de repúdio e discriminação aparentam ser consequência do impacto negativo dos odores que as

feridas exalam, produzindo nojo, repulsa e distanciamento por parte das pessoas que dividem o mesmo espaço. O odor é uma das principais causas de isolamento destas pessoas, sendo utilizada a desculpa de não incomodar os outros (CARVALHO; PAIVA; APARICIO, 2011).

Nestes dois relatos, E4 e E1, verificamos novamente a dimensão individual do cuidado que tenta agir em prol de seu próprio bem-estar, mas não consegue alterar os fatores que lhe causam incômodo e sofrimento.

O relato desses pacientes mostra muito mais além, que o que realmente lhes confere sofrimento é o fato de ter que defrontar-se com os constrangimentos imputados não pela dor, mas pelo tormento do preconceito e da discriminação decretados pela sociedade:

“Por mais que a gente cuide, ela tem um cheirinho, ela fica um cheiro mais. [...]Eu nunca deixo ficar vazando aquele sangue, aquele amarelo feio, eu não deixo. [...]E não tinha ninguém para fazer curativo em mim. Toda vida foi eu quem fez o curativo. Estes dias eu não passei bem, não conseguia me mexer de dor, como que eu ia fazer curativo na minha perna? Eles não fazem. Eu posso pedir tudo, mas o curativo eles não fazem. Eu que lavo, eu que tudo.” (E6)

“Para eu falar a verdade, poucos vizinhos sabiam que eu tinha este problema. Eu nunca fui de mostrar para ninguém. Eu nunca usei calção, depois que aconteceu isto comigo. É sempre de calça. E antes de sair estas feridas na junta [tornozelo] eu só usava calçado fechado [...]” (E9)

O relato de E9 vem ao encontro de outros relatos (CARVALHO; PAIVA; APARICIO, 2011), de que em espaços privados é permitido o uso de roupas curtas que exponham de certa forma o corpo, já em lugares públicos, as roupas longas mascaram um corpo considerado imperfeito frente a um mundo social que cultiva o corpo “perfeito”.

Neste sentido, E6 sequer permite que a família veja sua lesão, existe aqui também um autopreconceito para com a ferida. No entanto, destacamos que o ser humano não sobrevive sozinho. Aqui destacamos a dimensão familiar do cuidado, que surge em situações de vulnerabilidade e diminuição da autonomia de um ente querido, mas que por opção de E6, ou ainda, por incapacidade de seus familiares o cuidado não ocorreu, sobrecarregando-a mesmo em situação de dor extrema.

O apoio e a liberdade no ambiente privado/familiar são muito importantes para ajudar os sujeitos a enfrentarem esta situação de isolamento. Neste contexto em que a família é a rede de suporte mais próxima, cuidar da saúde de seus membros é uma prática comum nas famílias (MARCON *et al.*, 2005). É também nesta teia de relações familiares, que é possível expressar seus sentimentos e, de alguma forma, aliviar o sofrimento que acompanha a debilidade física e emocional do paciente (TRINCAUS; CORREA, 2007).

Apesar do apoio familiar ser algo culturalmente esperado, no caso de E6 a família eximiu-se do cuidado para com ela. Isto pode ter ocorrido pelo posicionamento que E6 assumiu, em alguns momentos do autocuidado, não permitindo que seus familiares a ajudassem, ou ainda, pelo desconforto que seus familiares expressavam durante a realização do curativo domiciliar, afastando-se dela neste momento.

Outra situação semelhante encontrada neste estudo foi descrita por E1, quando relatou que a ferida foi a causa da sua separação, a esposa não suportou a exsudação excessiva e o mal cheiro ocasionado pela lesão. Marcon *et al.* (2005) e Radovanovic *et al.* (2004) consideram que a capacidade familiar de cuidado para com os seus membros individualmente, possa ser comprometida em determinadas situações como, por exemplo, os conflitos familiares, pois a convivência com um familiar com doença crônica absorve as energias dos membros desta família, ao transformar o contexto e o cotidiano de vida neste lar.

Assim, além de lidar com a lesão em si, tê-la como causa da sua separação, é uma situação difícil de ser superada.

“[A esposa reclamava] do lençol não parar limpo, da coisa [exsudação]... do mal cheiro, sabe. Isto não é vida, a coisa não dá certo. Eu não sou muito contra [a esposa querer a

separação], *estava acontecendo mesmo. E eu não sei o que a gente ia fazer, pois a gente vivia nervoso mesmo.*” (E1)

As famílias têm um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que as guiam no cuidado com os seus membros (MARCON *et al.*, 2005). No entanto, verificamos que se esta base fundamental não for sólida, as famílias, sozinhas, não conseguem atender as necessidades de saúde de seus membros. Acredita-se que situações como estas, relatadas por E1 e E6, possam ser evitadas se a equipe de saúde promover um envolvimento da família no cuidado com as pessoas com feridas crônicas, apoiando-as nas suas dificuldades cotidianas, e não se esquecendo de cuidar também do cuidador. Neste sentido, o serviço deve estimular a participação familiar durante os atendimentos, promovendo assim vínculo também com a família e não somente com a pessoa que esteja sendo cuidada.

Carvalho, Paiva e Aparício (2011) também relatam em sua pesquisa a interferência que a ferida causa na vida conjugal das pessoas acometidas por ela. Relatos de pacientes entrevistados por elas descrevem que a ferida provocou ou antecipou a separação do casal e que isto sempre ocorria por iniciativa do companheiro, como na situação vista nesta pesquisa e relatada por E1.

Novamente reportando-me à pesquisa de Marcon *et al.* (2005), citando Rolland (1995)¹⁴, as feridas crônicas de perna podem apresentar, dependendo da causa da lesão, características de doenças crônicas progressivas, constantes e/ou recorrentes ou episódicas e assim atingir diferentemente a família. A doença crônica progressiva, devido à característica de progressão e severidade, como nos casos de doença arterial, da doença venosa grave associada a outras doenças de base ou, em alguns casos, de feridas por sequelas de Hanseníase, leva ao sofrimento, desgaste e tensão crescente entre os familiares, além de enfrentarem o risco de exaustão. Já a doença crônica constante, na maioria dos casos de feridas ocasionadas por sequelas de Hanseníase, em que o evento inicial segue de estabilização do curso biológico, exige adaptação familiar vinda de uma mudança

¹⁴ ROLLAND, J. S. Doenças crônicas e ciclo de vida familiar. In: CARTER, B. & MCGOLDRICK, M. *As mudanças do ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar*. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 373-91.

semipermanente, que se torna estável e previsível durante um considerável período de tempo. E a recorrente ou episódica, como na maioria das feridas ocasionadas por estase venosa, leva a família a um estado de alerta para poder se restabelecer após situações de crises decorrentes de agudizações da doença. Estas crises frequentes levam a família a uma condição de tensão devido à incerteza de quando ocorrerá a próxima recidiva.

Outra dor psíquica que esses pacientes tiveram que enfrentar foi o fantasma de uma possível amputação, o que para alguns foi como uma chamada de atenção para que buscassem um tratamento logo e, para outros, um pedido de socorro, que normalmente vinha atrelado à situação de dor extrema.

“O Dr. (especialista) queria decepar [amputar] a perna, eu não deixei ele cortar. Comecei o tratamento.” (E4)

“Fizeram uma reunião entre eles para amputação. Eles viram que não tinha salvação mais, naquela época. [...]... No caso ela apodreceu. Ficou aquela panela ali. [...] vamos marcar para daqui a 30 dias, você volta e se eu ver que ela não reagiu com estes medicamentos, sinceramente não tem o que fazer mais! Tem que amputar mesmo, vai ter que cortar.” (E9)

“O primeiro dia que estava lá na maca, ele chegou e disse ‘a solução meu amigo é amputar as duas pernas, não tem o que fazer’” (E8)

Em função desses acontecimentos geradores de sofrimento, alguns pacientes preferem o isolamento como forma de proteção, pois para poder enfrentar essas situações de constrangimento precisam superar, muitas vezes, as forças de que dispõem, precisam resistir, lidar e reagir de modo positivo diante de situações adversas. No entanto, nem sempre esta capacidade de resiliência está presente nesses pacientes, e o isolamento passa a ser a melhor opção.

“Não deixei, eu cortei [diminuiu as saídas]. Sempre saio. Se eu saía dez vezes na semana, saio duas, três. Eu evito muitas ocasiões.” (E4)

Independente de qual seja a enfermidade, crônica ou não, que acometa o ser humano, é inegável que as pessoas tentam arrumar subterfúgios à dor e ao sofrimento, no entanto, sabe-se que estes são inerentes ao existir humano (TRINCAUS; CORREA, 2007). Então, compreender como a enfermidade afeta a vida das pessoas, possibilita-nos a oferta de um melhor cuidado a elas.

Merhy *et al.* (2014) descrevem que os usuários dos serviços de saúde, quando adentram aos serviços, junto de si carregam um mundo de possibilidades, mas que os profissionais pedem para que fiquem do lado de fora, pois ali dentro, no mundo da rede de cuidados, a centralidade é na lógica do saber profissional, o usuário é seu objeto de ação, alguém desprovido de conhecimentos, experiências. Este encontro é para reafirmar o já sabido, para o profissional da saúde repassar ao usuário a maneira que ele acredita ser a forma 'correta' de viver.

11. Buscando tratamento, construindo caminhos: o itinerário terapêutico de pacientes com feridas crônicas

Nesta pesquisa, observamos como as pessoas traçaram seus próprios caminhos em busca de tratamento, foram redes vivas pelos caminhos enquanto buscavam por cuidados.

Estes caminhos seguiram pela busca de cuidados pelo subsistema profissional que engloba hospitais, unidades básicas de saúde/postos de saúde, ambulatórios especializados, consultórios médicos, assim como pelos subsistemas popular e *folk*, nos quais encontramos a busca por tratamentos caseiros com ervas (por indicação de amigos e vizinhos) e também por curandeiros.

De uma forma geral, o que conseguimos observar nos itinerários, nas histórias de vida, é uma certa ausência de acolhimento e de responsabilização em muitos serviços pelos quais estas pessoas passaram. Como as histórias relatadas nesta pesquisa vêm de anos, ou até mesmo de décadas de evolução, sabemos que em muitos destes momentos o modelo tecnoassistencial predominante era o biomédico, centrado em procedimentos. Apesar disto, algumas intenções de mudança desse modelo, em busca da integralidade e da transdisciplinaridade, vêm ocorrendo. Com a implantação da política de Humanização do SUS, essas ações vêm sendo cada vez mais estimuladas em todo âmbito do sistema de saúde brasileiro. A história da saúde verificada a partir da história de vida dessas pessoas com feridas crônicas envolve vários arranjos assistenciais que existiram ao longo desses anos, como o do INSS, quando a assistência se restringia ao atendimento de especialistas ambulatoriais e internações hospitalares. Nesta época, não havia uma rede de atenção básica estruturada. Na sequência, observamos o período pós instituição do SUS, quando os municípios passaram, gradativamente, a se responsabilizar pela saúde e investir na rede de atenção básica, chegando no momento atual, quando a Saúde da Família cobre 95% dos municípios brasileiros, ou seja, 5288 municípios, com a implantação de mais de 32 mil equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2014) e, ainda, tem se estimulado a ampliação das equipes com a implantação dos NASF.

Apesar da evolução verificada na assistência no sistema de saúde brasileiro, a escuta qualificada, ou apenas a escuta das aflições e dores dessas pessoas, não foi narrada por elas, pelo menos não suficientemente a ponto dos entrevistados a apresentarem como algo importante em seu tratamento.

Outra característica comum verificada nestes itinerários, remete-nos a uma das características dos rizomas (DELEUZE; GUATARRI, 2011), o de formação de linhas fracas e com múltiplas entradas e saídas. Em alguns momentos, verifica-se certa tentativa de construção de “linhas de cuidado”, com encaminhamentos para outros serviços mais especializados e hierarquizados, mas estas linhas mostraram-se frágeis. Todavia, em muitos casos, as entradas e procuras por serviços deram-se por conta própria dos pacientes, na tentativa de encontrar alguma solução para o seu problema.

Como já relatado anteriormente, esses caminhos percorridos nem sempre ficaram restritos ao subsistema profissional, nesta rede viva (MERHY, 2014) formada a partir dos muros institucionais, os subsistemas popular e *folk* estiveram presentes, enquanto o profissional não tratava de produzir o cuidado desejado e esperado.

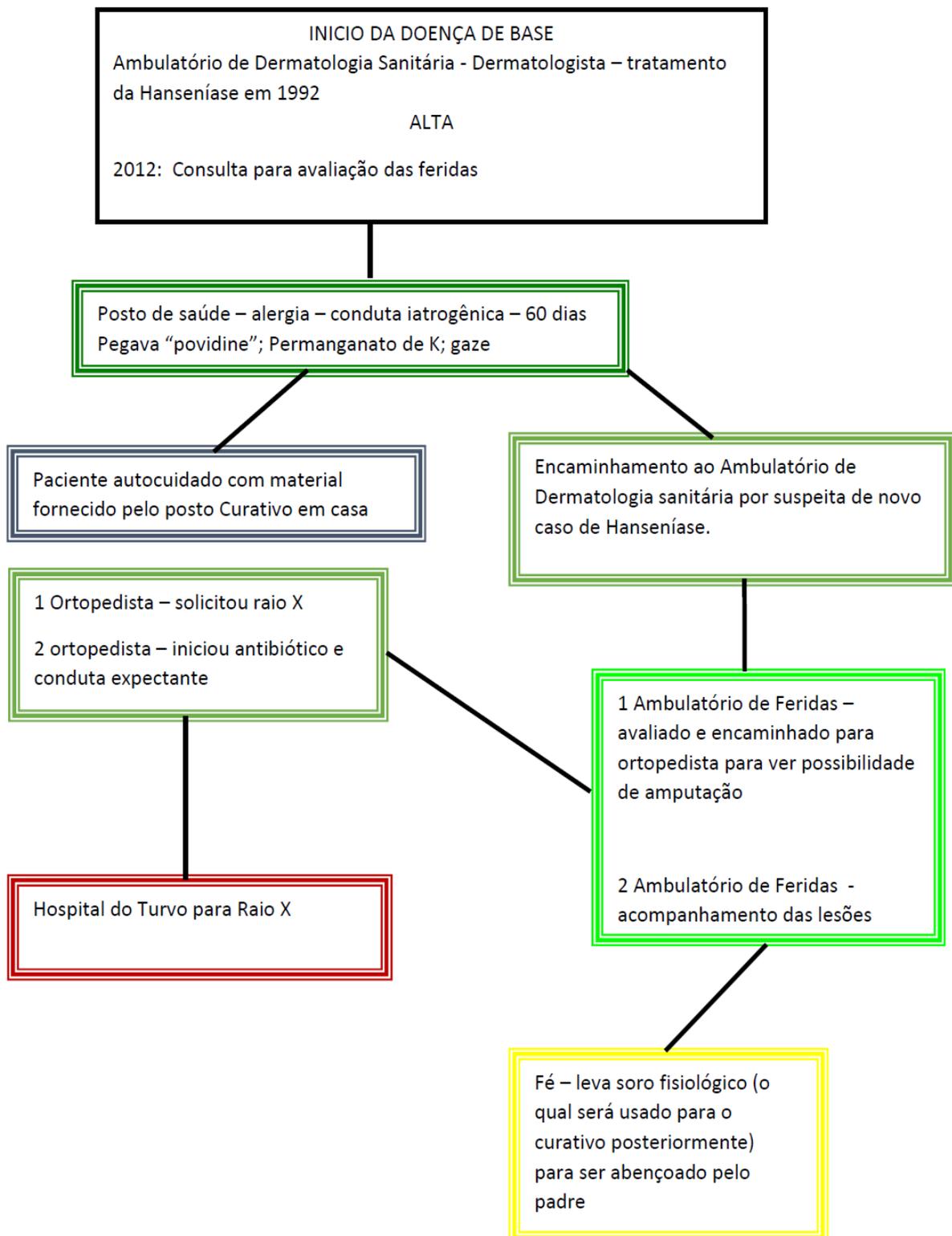
A seguir analisaremos três itinerários de pacientes, *E8*, *E6* e *E1* em seus longos anos em busca de tratamento para estas feridas. Estes itinerários foram escolhidos pela pesquisadora devido a maior implicação dela com estas pessoas e suas histórias de luta com a doença. O fluxograma dos itinerários dos demais participantes desta pesquisa encontram-se no apêndice.

A primeira pessoa com ferida crônica escolhida para ter seu itinerário analisado, foi selecionada devido a sua história e, principalmente, devido às condições físicas em que ela chegou até o Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG.

O itinerário terapêutico de *E8* (Figura 1) nos revela que ele teve Hanseníase (MH) há 20 anos, sendo tratado no Ambulatório Médico de Pneumologia e Dermatologia Sanitária (AMPDS), recebeu alta. No entanto, por ter sido diagnosticado tardiamente, recebeu alta com grau 2 de incapacidade, ou seja, apresentava anestesia de mãos e pés e dedos em garra. Mora com a esposa em um sítio, no interior de um município de pequeno porte, com menos de 15 mil habitantes na região centro-sul do Paraná. É uma pessoa simples, com ensino fundamental

incompleto, lavrador de subsistência. Após dezoito anos convivendo com esta condição, começou a desenvolver pequenas lesões vesiculares nas pernas. Aqui começa sua peregrinação por tratamento.

Figura 1: Itinerário terapêutico de *E8*, 2012.



Ao procurar a Unidade de Saúde local, recebeu material (gaze, permanganato de potássio e polivinilpirrolidona iodada) para realizar curativos domiciliares. Durante 60 dias, *E8* realizou os curativos domiciliares conforme orientado pela equipe de saúde. Após este período, retornou à unidade para pedir nova avaliação, pois as vesículas haviam aberto e apresentavam-se com lesões extensas, circunferenciais, profundas, que chegavam a comprometer tendões e ossos inclusive (Figura 2). Após esta segunda avaliação, a equipe concluiu não ser possível assumir o caso, pois acreditavam ser recidiva da MH. Encaminharam-no ao AMPDS novamente, no município de referência, sede da regional de saúde, para reavaliação da dermatologista especialista em MH. Após a avaliação da dermatologista, esta descartou a recidiva e o encaminha ao Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG para atendimento e curativo.

A lembrança deste caso é bem vívida porque a primeira avaliação deste paciente realizada no ambulatório foi feita por esta pesquisadora e, neste momento, havia a crença que uma das pernas evoluiria para amputação, pois havia necrose óssea. O primeiro curativo foi feito e, na sequência, solicitada avaliação de um ortopedista tendo em vista o comprometimento ósseo que se apresentava. Após avaliação do ortopedista, este solicitou raio X. Ao chegar ao hospital para realizar o exame, acabou apresentando um episódio de hemorragia e, devido a isto, ficou em observação por 24hs nesta Instituição de saúde. Descartada a possibilidade de amputação, foi iniciada antibioticoterapia e o paciente deu continuidade ao tratamento no Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG.

A situação analisada na história de *E8* nos remete a lesões que evoluíram gravemente em um curto espaço de tempo. Em cerca de 60 dias, como relatado anteriormente, as lesões haviam tomado toda a extensão de ambas as pernas, com exposição e necrose de tendões e ossos. Apesar de *E8* ter um histórico de Hanseníase com grau de incapacidade 2, a equipe de saúde aparentemente não valorizou sua situação quando decidiu responsabilizá-lo pelo próprio cuidado, fechando-se para o sofrimento do outro.

Figura 2: foto do primeiro atendimento de *E8* no Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG.



Fonte: Arquivo fotográfico do Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG

O Ministério da Saúde descreve este fato como um processo de “anestesiamento” de nossa escuta, de produção de indiferença diante do outro, na esperança de produzir salvaguarda e se proteger do sofrimento, inativando os vínculos entre os sujeitos, destruindo a capacidade que as pessoas têm de cuidar e de estar atentos para acolher o outro (BRASIL, 2011).

Aqui vale um questionamento: se a equipe de saúde tende a “anestesiarse” diante do sofrimento do outro, como será possível produzir cuidado? Quando isto ocorre, não é possível aproximar-se do outro, não é possível produzir vínculos de vida. Este processo de anestesiamento engessa as equipes dentro do seu próprio “muro institucional”, pois assim sentem-se protegidas. Mas, ao mesmo tempo que este processo permite que os profissionais se protejam do sofrimento, ele também impede que seja possível ver além das lesões, ver as subjetividades destes encontros.

Outro fato importante a ser considerado é a falta de responsabilização evidenciada pelo profissional que o atendeu naquele primeiro momento, não levando em consideração a possível evolução que a ferida poderia ter. A esta falta de responsabilização associamos a não utilização de uma das ferramentas encontradas

na valise dos profissionais e uma das tecnologias mais importantes da atenção básica, a tecnologia leve-dura. Esta é composta pelo conhecimento clínico e epidemiológico. A sua não utilização gerou uma conduta inadequada no tratamento das lesões de E8, levando ao seu agravamento.

Esta frase nos remete ao conceito de acesso. Não pudemos observar nesta passagem a capacidade do serviço produzir serviço nem responder a necessidade de saúde de E8, reportando-nos a definição de Denabedian (2003) citado por Travassos e Martins (2004) nem a definição de Andersen (1995) que remete ao recebimento de cuidados subsequentes.

Complementando esta discussão de acesso e acessibilidade para Acurcio e Guimarães (1996, p. 236), acessibilidade seria a *capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente*. Já Matumoto (1998, p.17) apresenta o acesso aos serviços como *"uma primeira etapa [...] a ser vencida pelo usuário, quando parte em busca da satisfação de uma necessidade ou resolução de um problema"*. A autora também insere o conceito de acolhimento na mesma linha de Andersen (1995) e Merhy(1995), não restrito à recepção ou entrada do usuário ao serviço, mas a garantia de que este se estende até a resolução do problema.

Em qualquer uma das definições levantadas o acesso não foi garantido a E8 na situação relatada, principalmente pela falta de acolhimento evidenciado.

Além do acesso e acolhimento, aspectos presentes na caixa de ferramentas das tecnologias leve, a tecnologia leve-dura é uma das tecnologias mais utilizadas na saúde coletiva e, principalmente, na atenção básica. No entanto, para que esta possa ter algum efeito positivo sobre a pessoa que procura a unidade de saúde, é imprescindível ao profissional uma formação adequada, além de atualizações constantes sobre os mais diversos temas da área de saúde.

Além das tecnologias leve-duras necessárias para a boa condução do caso, não foi possível perceber um processo de acolhimento adequado para aquele sujeito (E8) que trazia até a equipe suas aflições. O acolhimento é uma das ferramentas componentes da tecnologia leve, também imprescindível para uma boa prática na atenção básica. Podemos entender como imprópria a conduta do serviço para a situação que se apresentava, com conseqüente piora do quadro, gerando

posteriormente uma situação de angústia maior, ainda com possibilidade de amputação.

No entanto, o que se observa é a manutenção do modelo tecnoassistencial hegemônico, que valoriza somente o biológico, centrado em procedimentos e/ou na repetição de procedimentos/protocolos não formalizados, mas instituídos pela rotina. Aliado à manutenção deste modelo, a possibilidade de falhas na formação profissional que não considera a pessoa na sua integralidade - repetindo o modelo hegemônico na valorização do biológico e, por conseguinte, repetindo a fragmentação do cuidado - a falta de atualizações dos profissionais que atuam na saúde coletiva e a não (co)responsabilização dos profissionais pelas pessoas atendidas, leva a condutas errôneas. O uso das ferramentas que compõem as tecnologias leves que consideram a história de vida e também história clínica das pessoas são importantes na construção de projetos terapêuticos adequados.

Retomando o princípio de integralidade do SUS, no sentido utilizado no texto constitucional, o qual sugere que a forma de organização dos serviços deve aparelhar-se de modo a não gerar ou agravar por ele mesmo o sofrimento das pessoas, buscando estratégias que não produzam barreiras e nem deixem de dar algum tipo de resposta ao sofrimento, independentemente da forma como elas farão a busca pelos serviços de saúde (MATTOS, 2009), que se mistura ao conceito de acesso. É neste sentido que seus itinerários terapêuticos serão construídos.

Inferimos que o serviço local não conseguiu atender as aflições de saúde de E8, quando este procurou-o em busca de tratamento e nas várias vezes que retornou ao serviço para pegar material para realizar o autocuidado domiciliar. O pedido de ajuda deu-se no auge do sofrimento deste agricultor semianalfabeto ao solicitar que os profissionais da unidade de saúde não apenas entregassem o material de curativo para eles, mas vissem, avaliassem suas lesões.

Estava piorando e eu fui usando. Continuei. [...] Eu voltei, mas falaram que este negócio o Sr tem que procurar o médico que este aqui já não é para nós (E8).

Diante do quadro apresentado, E8 retorna ao serviço que o acolheu anteriormente, quando foi diagnosticado com Hanseníase, e que naquele momento atendeu às suas necessidades. Este processo pode ser entendido como um

processo de reterritorialização, de retomada de vínculos passados, gerando novas expectativas.

Esta frase também nos remete a uma tentativa de constituição de uma rede de assistência, quando o serviço, ao entender que a complexidade do caso é superior as suas condições de assistência, sugere o encaminhamento do usuário a um serviço que tenha maiores condições de atender a sua demanda. Mas também observamos a formação de rede de assistência informal, nômade, criada a partir da necessidade do próprio usuário, que acaba procurando por outro serviço seguindo os seus conhecimentos.

No entanto, a análise desta situação também nos remete ao modelo médico atual, que para Merhy e Franco (2012) tem baixa resolutividade, pois simplifica os problemas, centrando-os somente no corpo, ou em algum sinal ou sintoma. Isso gera a produção de projetos terapêuticos falhos ou simplistas, que não levam em consideração os problemas de saúde dos usuários no sentido mais amplo do termo.

Complementando ainda esta ideia, corroboramos o descrito por Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012) que descrevem que o que se observa é um não esgotamento dos recursos da atenção básica antes que ocorra o encaminhamento para níveis mais complexos, caracterizados pela pouca utilização das tecnologias leves, além de suprimir etapas no processo de cuidado em saúde, o que aponta para um fracasso dos fluxos existentes entre os níveis de atenção à saúde.

No entanto, quando E8 buscou novamente o serviço que o havia tratado pela primeira vez, quando ocorreu o diagnóstico da Hanseníase, a acolhida não foi a mesma, o processo de escuta qualificada não ocorreu, mas sim um pré-julgamento do profissional que o atendeu, gerando constrangimento por parte do paciente.

“Nossa, mas você deixar até esta altura ?! [refere-se a gravidade das lesões]” Eu disse: ‘Eu não tenho culpa. Eu estava tratando com os medicamentos’. “Mas você parece bicho do mato!” Eu falei para ela que estava pegando meio pesado comigo. Eu vim atrás de apoio, mas se agora começar a maltratar piora.

A presença de uma ferida crônica, exsudativa, mal cheirosa, já é por si só constrangedora para essas pessoas. No entanto, apesar desta condição, a forma de acolhimento realizada pela funcionária do serviço constrangeu ainda mais a *E8*. Mesmo assim, a necessidade eminente de sanar suas aflições, encontrar auxílio, fez com que *E8* se mantivesse no serviço.

Na análise desta trajetória (Figura 1), pudemos observar que a utilização adequada ou não de ferramentas como o acolhimento, o vínculo e a responsabilização – tecnologias leves – foram importantes na evolução das lesões e no percurso do tratamento. No entanto, a priorização de tecnologias leve-duras (“protocolos/rotina”), aliada a uma inabilidade técnica, desconhecimento técnico-científico e falta de responsabilização sobre a situação que se apresentava, gerou a sua cronicidade, não sendo relatado por ele, em nenhuma ocasião durante a assistência prestada na Atenção Básica, qualquer tipo de processo de escuta ou acolhimento.

Assim, tanto o serviço quanto a pessoa com ferida crônica, evidenciam a falta de conhecimento sobre a gravidade da situação. No caso de *E8* podemos inferir que atitudes como as da maioria da população, considerando uma ferida como algo simples de ser tratado, e que curativo “todo mundo sabe fazer”, ou até mesmo a falta de autocuidado podem ter ajudado a agravar ainda mais a situação.

Apesar de todos esses aspectos relativos à *E8*, o conhecimento científico ainda é dos profissionais do serviço de saúde, principalmente se não há compartilhamento de informações, ou melhor, se não há corresponsabilização sobre o cuidado. Então, neste momento as palavras de Feuerwerker (2014) descrevem perfeitamente esta situação, a de que os trabalhadores de saúde dentro dos seus serviços tendem a reproduzir o hegemônico, neste caso, tendem a reproduzir o descuidado.

Lima, Moreira e Jorge (2013) discutem o acolhimento como um “processo, resultado de práticas de saúde, produto da relação entre trabalhadores de saúde e usuários e acontece também no momento do atendimento”, ele envolve habilidades de comunicação com o intuito de receber e escutar quem procura o serviço e, desta forma, responder às demandas dos usuários. A situação de *E8* nos remete a um julgamento unicamente biologicista desde a primeira avaliação e continuando nos 60

dias seguintes. Aqui entra a segunda ferramenta que não conseguimos observar neste atendimento: a (co)responsabilização.

Para construção de um projeto terapêutico eficaz, faz-se necessária uma (co)responsabilização entre usuário e profissionais de saúde, em que cada um deve identificar e reconhecer o seu papel no cuidado. Na literatura, verificamos muito o discurso do uso da (co)responsabilização como forma de impedir que o ato terapêutico fique centrado no profissional de saúde (SANTOS *et al.*, 2008). No entanto, nesse caso, observamos uma inversão neste cuidado, em que a Unidade de saúde/profissional repassa e/ou centra a responsabilidade pelo cuidado no usuário, apenas fornecendo insumos para que ele o realize em casa.

Após a análise deste itinerário, durante seu percurso pela Atenção Básica, podemos inferir que a ausência de tecnologias leves como acolhimento, vínculo e responsabilização, propiciaram a formação de uma condição crônica na evolução das feridas de E8. E que enquanto o serviço não deu conta de assistir as necessidades do paciente, a doença gerou impacto na vida destas pessoas (paciente e família).

Ao unirmos a falta de responsabilização com o tratamento inapropriado, ultrapassado e tóxico, concluímos que o serviços possa ter realizado uma ação iatrogênica, suscitando assim, um usuário do sistema de saúde com uma condição crônica de doença.

A esta situação reporto-me às palavras de Emerson Merhy (MERHY, 2014, p. 123) de que “a ‘morte’ da ação cuidadora dos vários profissionais de saúde tem construído modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos”. Pois o modelo de atenção atual não articula adequadamente as diferentes dimensões tecnológicas disponíveis, sujeitando claramente a dimensão cuidadora a uma papel irrelevante e complementar.

Já ao analisarmos a trajetória de E8, durante os cinco anos em que vem sendo assistido no Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG, percebemos que a longa trajetória de cuidado e, neste caso, cuidado partilhado neste serviço, destaca-se o vínculo formado entre a pessoa e o serviço, bem como a forma de acolhimento que se deu neste local, a qual compreendeu a dor e o sofrimento que E8 apresentava naquele momento.

Para Gomes e Merhy (2014), o acolhimento e a integralidade são ferramentas de intervenção, que podem ser usadas na construção de um projeto terapêutico que tenha como eixo o agenciamento e a expansão dos territórios existenciais, assim como o fortalecimento dos vínculos.

E8 está em atendimento no Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG desde 2010, após o seu primeiro atendimento e a possibilidade de uma amputação ter sido aventada, o vínculo entre ele e a equipe se fortaleceu. Nos primeiros dias, os atendimentos eram realizados diariamente e conforme ocorria melhora da fase crítica, estes foram sendo espaçados, até que nos dias atuais ocorrem semanalmente. Muitas vezes E8 vem acompanhado pela esposa. Infelizmente, pela fisiopatologia da lesão, há demora e dificuldade para promover a cicatrização completa. O vínculo com a equipe é mantido pelo acolhimento, pela responsabilização e pela discussão que a equipe promove com E8 sobre sua condição de saúde e o tratamento proposto.

“Eu tive muito apoio aqui!”

Para haver (co) responsabilização, há necessidade de haver vínculo entre profissional e usuário, entendido aqui como um compromisso entre ambas as partes (JORGE *et al.*, 2011). Ainda, o acolhimento só acontece quando ofertamos um atendimento de qualidade, um *“tratamento pautado no respeito, no diálogo, na escuta qualificada, no estabelecimento de um elo de confiança e de amizade entre ambos (trabalhadores de saúde e usuários/família (p. 3054)”*.

Concomitante às idas e vindas pelos diversos serviços do subsistema profissional, E8 também circula pelo subsistema *folk*, no qual incluímos nesta situação a fé. Já no Ambulatório de Tratamento de feridas, a cada curativo realizado, E8 levava frascos de soro fisiológico para casa para serem abençoados por um padre e os trazia de volta para realização do próximo curativo.

Circulando entre os subsistemas *folk* e profissional, reconhecemos os caminhos percorridos por E8, a rede viva de cuidados que foi construída por ele ao tentar sanar suas aflições. Ao transitar por estes subsistemas e apesar de esquematicamente este itinerário apresentar um certo fluxo, em que as linhas que constituem o subsistema profissional assumem um caráter molar, isto é, mais rígido, observamos também o quanto as linhas produzidas dentro desses subsistemas são

frágeis. As relações que as constituem, as limitações, os obstáculos, o inesperado que atravessa por entre essas linhas, o “não-cuidado”, permite que outras linhas se formem, ou que os caminhos sejam desviados para outros fluxos, que considerem a subjetividade deste sujeito.

Nesse sentido, observamos também um certo fortalecimento da linha ou vínculo construída com o Ambulatório de Tratamento de Feridas, o qual naquele momento aceitou, acolheu, escutou as suas necessidades/singularidades, inclusive as suas crenças, permitindo que os materiais utilizados nos curativos fossem levados para serem abençoados. Outra situação relatada foi o dia em que o paciente conseguiu sair do carro e adentrar ao ambulatório sem o uso da cadeira de rodas:

“Aquele dia foi emocionante [lágrimas nos olhos]. Oh meu Deus do céu!! Deus é tão bom. Por isso a gente tem que acreditar e lutar.”

Analisando este fato sob a ótica rizomática, percebemos aqui um processo de desterritorialização, pois ao E8 abandonar a cadeira de rodas, houve um rompimento de expectativas, uma afetação tanto do serviço quanto da própria pessoa com o ocorrido.

Vale ressaltar ainda, que a possibilidade de amputação anteriormente relatada por ele pode ser entendida como um atravessamento nesta linha rizomática, gerando medo, rompimento com o devir, ou seja, pode ser percebida também como um processo de desterritorialização.

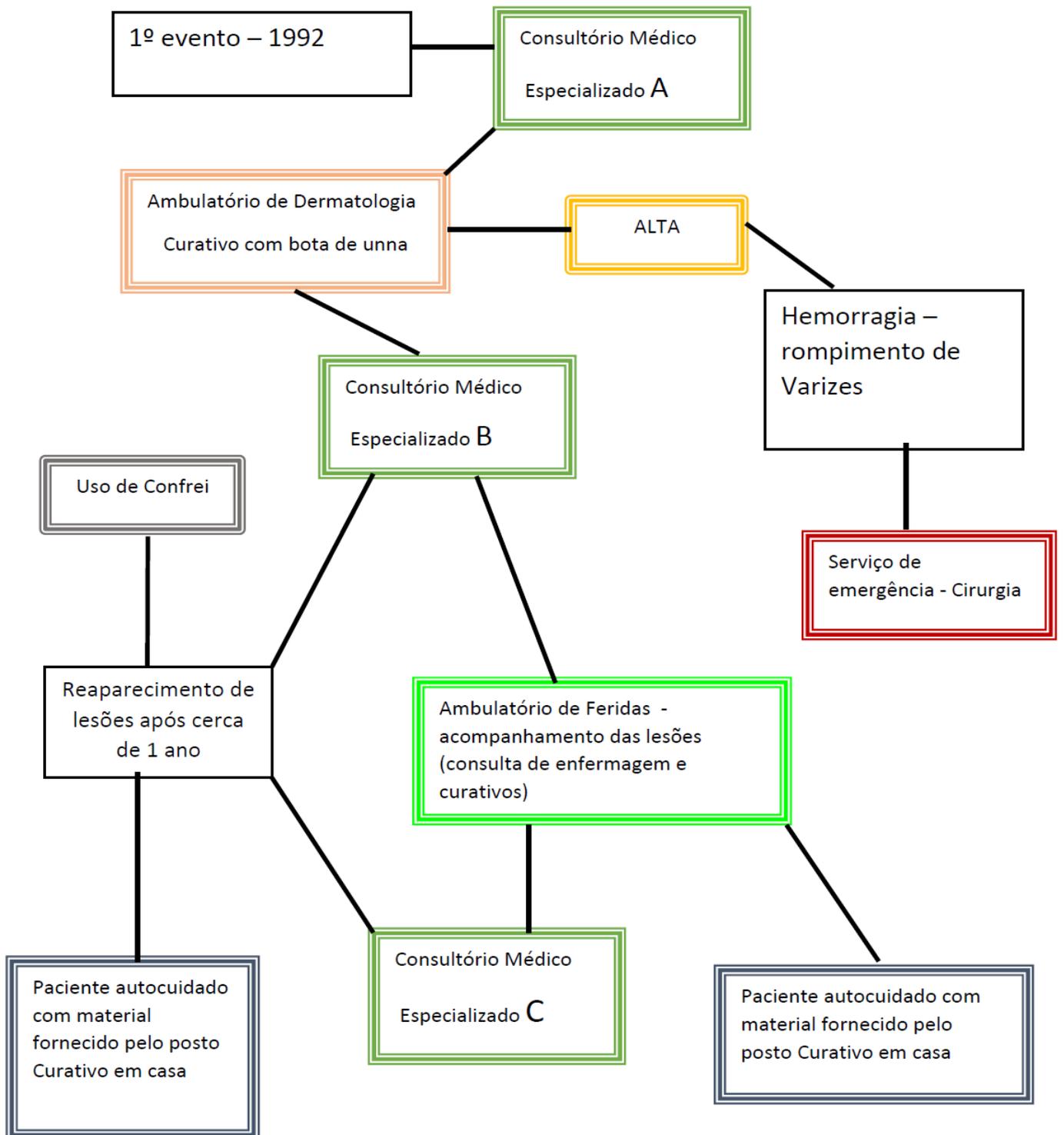
O itinerário terapêutico de E8 mostra movimentos de desterritorialização (abandono da cadeira de rodas, possibilidade de amputação), reterritorialização (retorno ao AMPDS) e territorialização (com o Ambulatório de Tratamento de feridas), com linhas rizomáticas em alguns momentos frágeis e outros mais fortes, como a linha formada com o Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG.

Trabalhar com essas diferenças permitiu um maior vínculo entre serviço e usuário. Faz-se necessário uma pausa aqui para destacar que o vínculo é realmente com o serviço e não com um profissional específico, pois o Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG é um serviço-escola, e nesta condição possui

uma rotatividade grande de pessoas. No entanto, a priorização das relações interpessoais, respeito, discussão e compartilhamento de condutas no tratamento são mantidas na equipe.

Na sequência, passamos a analisar o itinerário terapêutico de *E6* (Figura 3, p. 80), uma mulher, casada, com filhos.

Figura 3: Itinerário terapêutico de *E6*, 2014.



Sua história de vida nos remete a dois eventos (abertura de lesões) semelhantes, no entanto com desfechos distintos. Inicialmente, um primeiro episódio de abertura de lesão por estase venosa há 22 anos, com busca direta por cuidado em consultório médico especializado (cirurgião vascular). Nessa época, o único serviço de curativo no município que oferecia tratamento com bota de unha era o

AMPDS, responsável pelo diagnóstico e tratamento dos casos de hanseníase e tuberculose no município e região. O tratamento foi bem sucedido e após certo tempo, um pouco mais de um ano, recebeu alta por cicatrização completa. Logo em seguida o rompimento de uma de suas varizes e conseqüente episódio hemorrágico levou-a a uma intervenção cirúrgica. Após um período curto de tempo, ocorreu o reaparecimento de uma nova lesão, que se mantém aberta até hoje, aproximadamente 20 anos. Neste caso, E6 procurou por um segundo cirurgião vascular da rede pública que repetiu o procedimento anterior, mas ela acabou desenvolvendo alergia à bota de unna e também a vários outros insumos utilizados no tratamento de feridas crônicas/complexas como a sua. Isso pode ter ocorrido devido ao intenso uso de corticosteróides que ela fazia por causa da psoríase. Foi encaminhada para o Ambulatório de Tratamento de Feridas e manteve atendimento no local conjuntamente com curativos domiciliares/autocuidado devido à alergia. Buscou por um novo cirurgião vascular também vinculado à rede pública de saúde, verificando novamente certa forma impositiva de tratamento que não se adequava a sua condição de saúde. Ela mantém-se no Ambulatório de Tratamento de feridas do CEDETEG com previsão de alta a curto prazo e cirurgia para revascularização do membro inferior afetado.

Analisando o itinerário terapêutico de E6, observamos que a sua trajetória foi construída por busca direta aos serviços, evidenciando, nesta busca, cirurgiões vasculares e outros tipos de cuidados que pudessem ser resolutivos, certa atitude nômade pelos serviços.

Recordando Merhy *et al.* (2003, s/p) que consideram “nômades” os usuários dos serviços de saúde, no sentido de tornarem-se “*produtores de redes de conexões, redes estas não previstas ou conhecidas no mundo do cuidado, que não pertencem aos lugares habituais considerados pelos serviços de saúde*”, mas que são espaços de acolhida para esses usuários.

Ao produzir redes de conexões, nesta rede viva de cuidados (MERHY, 2014) e no rizoma formado, como relatado anteriormente, identificamos uma das principais características rizomáticas, a de possuir múltiplas entradas (DELEUZE; GUATARRI, 2011), evidenciadas pelos vários momentos em que E6 buscou pelos serviços/consultórios especializados, pelas Unidades Básicas de Saúde, pelo

serviço de Urgência Municipal, pelo AMPDS ou, ainda, pelos tratamentos populares à base de plantas. A busca por diferentes consultórios médicos especializados pode ser compreendida como linhas de fuga nesta rede rizomática, desejos de fazer outro caminho, devido às afetações, estranhamentos ocorridos na sua trajetória. Outra situação na qual percebemos a afetação foi no episódio de hemorragia relatado por E6, em que novamente ocorre a geração de medo e rompimento com o devir, devido à possibilidade de morte.

Por causa da sua busca incessante e algumas vezes até mesmo desesperada por uma resolução para o seu problema, E6 faz então uso do subsistema popular ao utilizar uma planta no tratamento de sua ferida. Durante muito tempo, essa planta foi utilizada como cicatrizante mas, posteriormente, descobriu-se o seu efeito tóxico, nefro e hepatotóxico, mesmo em utilizações tópicas. Mas, diante de situações de dor, desconforto e preconceito, sem que encontrasse uma solução para o seu problema, a indicação de conhecidos para o uso do Confrei pareceu-lhe uma possibilidade, esta busca pode ser entendida também como um processo de desterritorialização, tendo em vista que ela sai da sua zona de conforto, com os curativos já realizados, e se “aventura” em uma nova possibilidade de tratamento. No entanto, o uso dessa planta ocasionou-lhe uma piora ainda maior da lesão.

Mesmo nessa situação, e em cada estação de cuidado percorrida, a cada ruptura de linha, a cada direção diferente tomada neste rizoma, E6 tomava um novo caminho, mas agora já não era mais a mesma, pois as linhas do rizoma mudam de natureza, metamorfoseiam-se, ocorre “troca de ADN”, (DELEUZE; GUATARRI, 2011, p. 27). Sendo assim, ocorrem pequenas mudanças, mínimos aprendizados que são levados de um local para o outro, mas que muitas vezes podem nos tornar seres ainda mais complexos.

Da mesma forma que o ocorrido com E8, seu discurso revela novamente a ausência em alguns serviços de atitudes que favorecem o vínculo, o acolhimento e a responsabilização.

Também nesta situação, a Unidade de saúde é vista ou entendida como fornecedor de insumos para a realização de curativos domiciliares pelo próprio paciente, não havendo atendimento específico do serviço neste caso. Novamente,

não é possível verificar um movimento com vistas à (co)responsabilização, ficando a responsabilidade centrada no usuário.

Evidenciamos duas situações em que não houve acolhimento nesse momento. Uma situação com um dos médicos que a atendeu e a outra pelos técnicos de enfermagem que forneciam material para realização do autocuidado:

Só que tem muitas coisas que eu sei que eu não posso usar, ele [médico B] queria que eu usasse. Então nós ficamos um tempão assim, até que um dia ele foi muito grosso comigo. Ele queria por... E eu falei Dr. eu não posso. Eu não sei se ele não estava bem... “Ah, a senhora não quer fazer o tratamento e está tirando a vez de outras pessoas!” [imita a voz alterada, gritando do médico].

A auxiliar de enfermagem trazia [material de curativo] para mim. Teve um dia... tudo me acontece, acho que ela não estava nos dias bons dela! Ela disse assim para mim: “Ah E6 se vire! Porque você não vai pegar lá, porque nós estamos assim, não sei o que.”[...] Eles sempre falam: ah não tem isso. Então você tem meio que... Eu digo você tem meio que se humilhar, para você [conseguir pegar material].

A frase “Ah não tem isso” nos remete a um problema de gestão, pela falta de insumos básicos para o cuidado. Como pensar em integralidade se falta o básico para realizar o cuidado? No entanto, a situação como um todo reflete a falta de gestão, seja pela falta de insumos já descrita, seja pela falta de valorização do profissional de saúde, seja ainda pela falta de compreensão do seu verdadeiro papel enquanto profissional da saúde coletiva. Isso pode ser reflexo, como já dito, de falha na sua formação profissional. Ou, ainda, a falta de capacidade de se colocar no papel do outro, de compreender o outro na sua integralidade.

Neste sentido, reportamo-nos à reflexão de Cecilio e Lacaz (2012), sobre a macro e a micropolítica. A macro política estaria se referindo ao molar, ou seja, ao lugar das estruturas, instituições já estabilizadas. Assim, citando Baremblytt (1996), os autores definem o molar como o lugar da estabilidade, da reprodução, da conservação e do visível, daquilo que é instituído e codificado. No entanto, o molar

pode atravessar o micro, por meio das várias formas de resistência às propostas de mudanças, naquilo que insiste em permanecer o mesmo por mais que a gente tente provocar mudanças.

Percebemos que o espaço micropolítico da dimensão do cuidado profissional, o espaço do encontro das relações profissionais de saúde-usuário do sistema não foi aproveitado, na situação relatada por E6 na consulta médica. Os três elementos necessários para produzir cuidado não foram plenamente utilizados: não houve capacidade do profissional em dar respostas para o problema vivido pelo usuário, da mesma forma que não houve capacidade de construir vínculo com ela. No último elemento, na forma como o profissional concebe o outro que necessita de seus cuidados, a resposta que E6 recebe é ... *“Ah, a senhora não quer fazer o tratamento e está tirando a vez de outras pessoas!”*. Receber a pessoa com pré-conceitos interfere na capacidade das pessoas de produzir cuidado, pois este é o território com potência para produzir o singular, o inusitado, nessa interseção de necessidades trabalhador/usuário (MERHY, 2014).

A capacidade de produzir cuidado pode vir dos óculos com que o profissional de saúde enxerga o usuário do serviço no momento deste encontro. Esses óculos podem fazer olhar para as pessoas utilizando lentes que denotem desconhecimento, riscos, vulnerabilidades, prioridades, etc., que fazem com que os profissionais tentem anular a capacidade de autonomia que as pessoas têm, independente de vontade, e reorganizem a sua vida à luz do saber técnico-científico (FEUERWERKER, 2011).

Novamente aqui me reporto a Feuerwerker (2014) quando descreve os benefícios que os profissionais teriam se mergulhassem no contexto e nas vidas das pessoas, permitindo que houvesse, nestes momentos, verdadeiros encontros de múltiplos aprendizados. No entanto, para que esses encontros ocorram, faz-se necessário um olhar desarmado, que seja mais interessado e menos preconceituoso, assim como, menos prescritivo. Em casos mais complexos como este, a aproximação mais intensa e cuidadosa permitiria que houvesse intervenções mais coordenadas e factíveis de serem realizadas. Condições sensíveis como esta favorecem a desvinculação do paciente com o serviço se este não se sentir acolhido pelos profissionais que o atendem, pois elas funcionam mais como barreiras para a

produção de vida do que contribuem para produzir modos de viver que sejam realmente produtores de vida, ou seja, que auxiliem a produzir um viver mais qualificado.

Complementando esta ideia, Schiffler e Abrahão (2014) expressam que quando o profissional consegue perceber na fala do outro, o saber do outro, ou seja, seu sofrimento, seu existir e todas as possibilidades de linhas de fuga por ele construídas, acaba por reconhecer que há aspectos da história do usuário que ele desconhece. No entanto, este querer saber implica em criar possibilidades de ofertas e de construção mútua do cuidado.

A situação específica ocorrida entre E6 e o médico B remete à falta de habilidade de escuta do profissional julgando o usuário por não cumprir sua prescrição. Reflete ainda, nos dias de hoje, a hegemonia médica, a atitude de transmissão do saber, em que o médico define o que deve ser feito, como o usuário deve seguir sua vida diante da doença que se apresenta, independentemente se há possibilidade de o tratamento sugerido poder acontecer. A construção do projeto terapêutico fica completamente prejudicada, pois a escuta qualificada é fator imprescindível para que isso seja possível.

Feuerwerker contribui com esta discussão sobre o papel esperado do usuário e do profissional de saúde no sentido que:

Muitas vezes o usuário deseja a contribuição dos trabalhadores de saúde para que o problema com que se defronta incomode o menos possível os modos como organiza sua vida. Já os trabalhadores de saúde muitas vezes esperam que o usuário reorganize sua vida, à Luz do saber técnico-científico, em função dos agravos com que tem que conviver (FEUERWERKER, 2014, p. 49)

A importância do acolhimento e vínculo para o tratamento de condições crônicas como esta pode ser evidenciada no seguinte diálogo:

Eu não voltei mais [no médico C]. Aqui vocês estão me cuidando, o resultado a gente não sabe se vai dar certo. E agora o Saf Gel[®] graças a Deus deu um resultado bem bom. Então ela está reagindo bastante. E agora eu creio que vai dar certo, se Deus quiser. Eu sempre digo assim, que é graças a

vocês, pela atenção de vocês que está dando resultado. Que se eu fosse depender de lá [médico], eu não sei se iria dar alguma coisa. Mas ele [médico C] falou que era para voltar só quando fechasse, então...

Apesar da incerteza na resolutividade do tratamento, o acolhimento e o vínculo com a equipe que a atende no Ambulatório de Tratamento de feridas gera uma boa expectativa quanto à resolução de seu problema. Faz-se importante destacar, neste caso, que feridas complexas como a de *E6* necessitam de atenção especializada e multiprofissional, escuta ampliada para poder entender todos os aspectos físicos e emocionais que envolvem o tratamento da lesão.

O relato de *E6* nos remete à descrição de Merhy, Feuerwerker e Gomes (2010) sobre o comportamento do profissional de saúde diante de uma suposta situação em que ele considere necessária uma intervenção imediata em defesa da vida:

Em nome de uma suposta defesa da vida, retiram-se os sujeitos da cena de seu tratamento, e/ou inundam-se os encontros com os sujeitos que procuram por algum tipo de cuidado com protocolos prescritivos do bem viver. Sustentam suas ações em ideais comportamentalistas, com base em dados científicos, generalizáveis que independem dos aspectos psicossociais e culturais, e que não passam de meras abstrações numéricas ao retirar das pessoas o direito de agenciar e protagonizar o cuidado com si mesmo e as escolhas de sua vida (s/p).

No entanto, este tipo de comportamento não leva em consideração a singularidade do ser humano ali presente, o conhecimento científico sobressai-se à escuta deste usuário. Este modelo torna os usuários meros objetos e os profissionais meros insumos produtores de outros insumos (MERHY, 2014).

Procurando na literatura as possibilidades para a baixa adesão de *E6* aos tratamentos propostos, mais especificamente ainda, a grande rede rizomática por ela construída e o intenso caminho percorrido, encontramos uma revisão de literatura realizada por Esperidião e Trad (2006) que versa sobre a avaliação de satisfação de usuários dos serviços de saúde. Eles concluem que a satisfação dos usuários está diretamente ligada à adesão ao tratamento, à continuidade do tratamento proposto e a uma melhor qualidade de vida. Assim, entendemos que nas

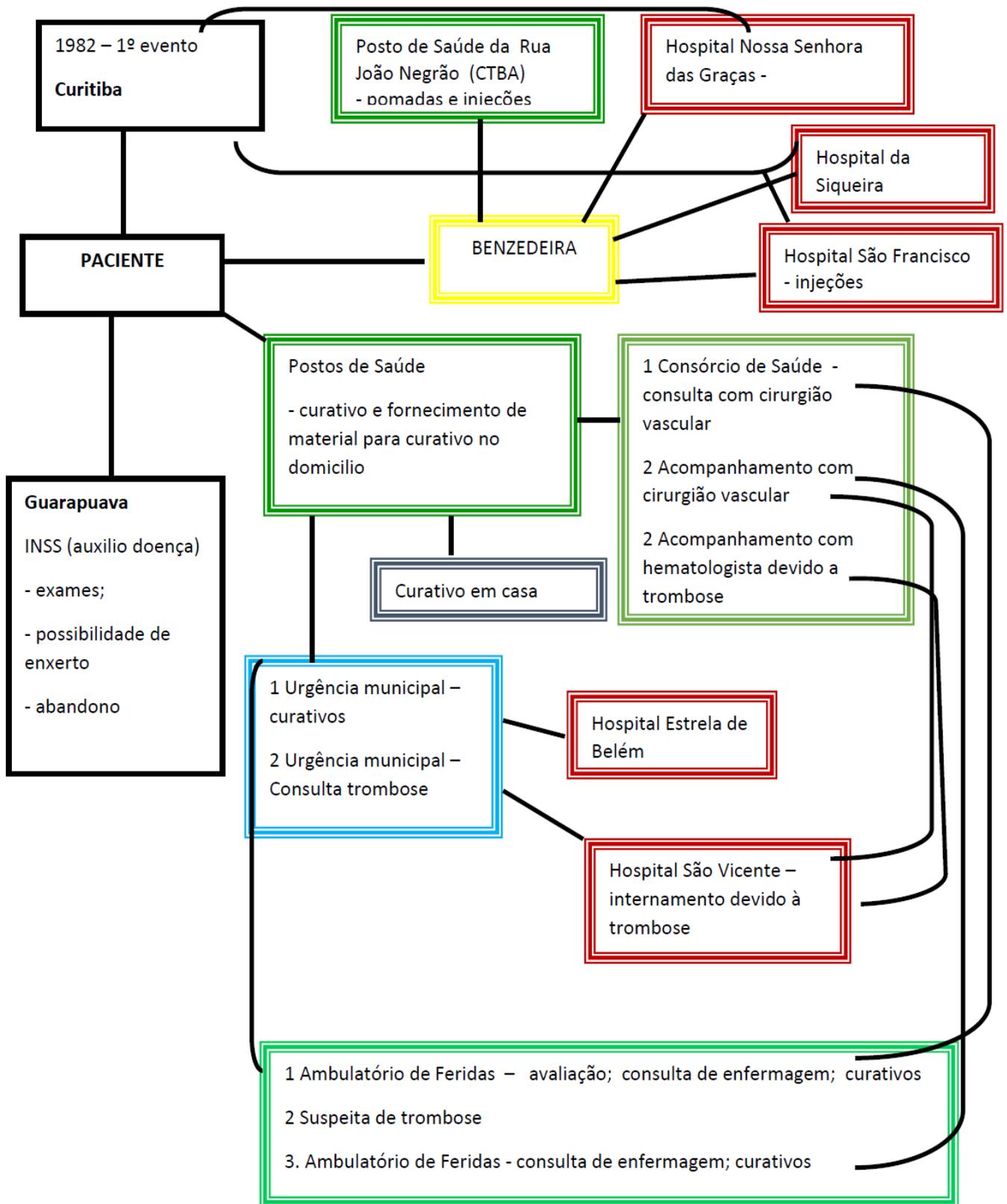
situações descritas por *E6* não houve encontros que produzissem vida, que satisfizessem sua necessidade de produzir qualidade de vida.

Contribuindo com esta discussão, Mercado-Martinez *et al.* (1999) descreveram que as pessoas fazem mudanças ou ajustes no seu tratamento de acordo com as circunstâncias que ocorrem em suas vidas diárias. O indivíduo, com uma enfermidade crônica, ao construir sua própria rede de cuidados, mostra-nos que está interessado em sua situação de saúde, na sua afecção, mas que não aceita somente uma forma de tratamento, que busca outras alternativas que podem ser tanto de outros profissionais quanto de pessoas ligadas a sua rede social.

Complementando esta ideia, Franco e Merhy (2013) discutem que de um modo geral, a reclamação dos usuários está relacionada à falta de interesse e de responsabilização dos serviços que o cercam e ao seu problema. Para os usuários isto acaba gerando insegurança, desinformação, desamparo, desproteção, desrespeito e desprezo.

Seguindo a análise proposta dos três itinerários terapêuticos, na sequência apresento a trajetória de *E1*, acredito que um dos itinerários mais complexos e nômades desta pesquisa (Figura 4).

Figura 4: Itinerário terapêutico de *E1*, 2014



A história de *E1* com a ferida tem dois momentos distintos: um em Curitiba, há mais de 30 anos e outro em Guarapuava (a partir de 2010). No início desta história, apesar de encontrar-se em um centro que dispunha de vários recursos médicos, isto não garantiu o acesso do usuário, no que se refere à continuidade de tratamento, no sistema de saúde. O itinerário de *E1* nos mostra sua peregrinação pelos hospitais de Curitiba e por unidades básicas de saúde. A condição de “usuário nômade” (LANCETTI, 2014) fica evidente na procura por atendimento em vários serviços, sendo estes referenciados ou não: postos de saúde e hospitais, no subsistema profissional. Condição também do caráter rizomático nesta rede, ao produzir processos de desterritorialização, quando pelo seu desejo de produzir mudanças busca alternativas em diversos serviços de saúde e inclusive na ajuda da benzedeira.

O relato de *E1* nos leva às situações que mais fizeram diferença ou marcaram sua trajetória de 30 anos em busca de tratamento para esta condição crônica. A unidade de saúde da Rua João Negrão, em Curitiba, próxima a sua casa, marcada pelo tratamento muito típico da época, centrado em procedimentos (pomadas e injeções), mas não resolutivo. Como esta linha era frágil, começou a criar novos caminhos, percorrendo diferentes hospitais, mas todos centrados em procedimentos não resolutivos. Observamos, neste primeiro momento do seu itinerário, a formação de uma linha mais forte com a benzedeira, pois a busca por vários serviços sem sucesso no tratamento fez com que o paciente buscasse, algumas vezes por vontade própria e em outras porque sua esposa o levava, de forma alternativa ou apenas para testar a eficácia dos serviços de saúde, às benzedeiros e remédios caseiros (subsistema *folk* e popular), sem resultados também.

Não, ia na benzedeira e ia nos médicos, junto, só para ver qual era melhor...[...] Remédios caseiros, fazia, hoje não lembro... A gente fez tanta coisa, que a gente não lembra. Mas vários, nem sei quantos tipos de mil remédios foram feitos para isso.

Esta busca pelo subsistema *folk* também continuou quando *E1* mudou-se para Guarapuava. Mas em relação ao subsistema profissional houve mudanças.

Devido às modificações na conformação do sistema de saúde ao longo do tempo, a busca pelos serviços passou a centrar-se nos postos de saúde, posto 24hs (Urgência Municipal) e INSS. A entrada em hospitais, aqui, se dá somente por meio de encaminhamentos de UBS e/ou, principalmente, da Urgência Municipal.

Apesar de nesta situação haver maior participação da UBS no tratamento de *E1*, este ainda ficava restrito à realização de procedimentos, curativos simples e seco, sem compressão, que retardam a cicatrização ou pioram a extensão e profundidade da lesão (FRANCO; GONÇALVES, 2008; GUIMARÃES BARBOSA; NOGUEIRA CAMPOS, 2010). Durante os finais de semana, *E1*, da mesma forma que nos outros dois casos analisados, realizava o autocuidado em seu domicílio. Isso fez com que o mesmo passasse a transitar pelos postos de saúde em busca de materiais para poder realizar o curativo no próprio domicílio.

A partir de uma consulta e encaminhamento da UBS, *E1* chegou a um cirurgião vascular que o encaminhou para tratamento no Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG.

Como uma das características do rizoma é também o de advir de uma memória curta e não organizada, observamos nos relatos dos pacientes este vai e vem atemporal. Em um de seus relatos, observamos a falta de responsabilização evidente quando, ao buscar por um médico/auxílio do INSS, gera-se uma expectativa de resolução do seu problema, com a realização de exames e mais exames e, ao final, não respondem às necessidades do usuário, nem ao menos lhe informaram o porquê da não possibilidade de realização do tratamento proposto.

[...] ali do INSS, me disseram que iriam fazer um enxerto. Iriam tirar uma parte aqui [aponta para a região abdominal]. Ai, eles fizeram uns exames lá, enrolaram... enrolaram... e não fizeram. Mas isto faz anos já. Disseram que iriam me fazer um enxerto. Sei que eles fizeram exames de sangue, um monte de coisa lá, e não fizeram o enxerto.

Novamente nos reportamos a uma ferramenta básica hoje nos serviços de saúde, o acolhimento. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 14) define acolhimento como um “processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a

sua chegada até a sua saída”. Pelos relatos podemos deduzir que isto se deu na década de 1980, quando o INPS (hoje INSS) prestava atendimentos de saúde para os cidadãos que tinham carteira assinada, ou seja, que eram trabalhadores formais. Ao gerar a expectativa de realização de enxerto e após realizar vários exames, simplesmente o serviço abandonou a proposta sem dar qualquer justificativa ou satisfação ao paciente.

Independentemente do local, se UBS, hospital ou INPS, o que observamos nos três relatos é que o sistema tende a ajudar a produzir cada vez mais doentes crônicos, mantendo-os nesta condição sem dar-lhes possibilidades concretas e resolutivas de tratamento.

Segundo Merhy (2013) este modo de operar o trabalho médico, e aqui coloco também muitas vezes de outros profissionais da saúde, gera morte das tecnologias leves, culminando em uma relação profissional-usuário marcada pelo desrespeito, alienação, desresponsabilização e que, ocasionalmente, mostra-se resolutiva, pois não compreende que atua com seres humanos, subjetivamente produtores de necessidades. Nessa lógica, o campo das tecnologias leves tem se mostrado eficaz ao agir sobre os sofrimentos humanos que se encontram aqui representados pela doença.

Especificamente neste caso observamos um movimento, também percebido no itinerário de *E8*, o de reterritorialização. Tanto *E8* quanto *E1*, quando sentiram-se ameaçados, retornaram para seu local de segurança. *E8* retornou ao AMPDS, constituído assim como sua linha de fuga, o local onde encontrou na primeira crise, o surgimento da MH, a solução para o seu problema. Já *E1*, quando teve condições, após seu episódio de TVP, retornou ao Ambulatório de Tratamento de feridas, constituindo este como sua linha de fuga, seu local de vínculo e acolhida.

O entendimento de que o sistema público gratuito seja para pobres transparece cada vez mais durante os caminhos percorridos pelos usuários em busca de tratamento. Talvez pelo fato do sistema ser público e gratuito a população tende a não questioná-lo ou ao tratamento proposto.

Ao analisarmos o itinerário de *E1* evidenciamos que, assim como outros pacientes com úlceras de perna, em algum momento houve a necessidade do uso de equipamentos e assistência disponível somente na atenção secundária e, no

caso dele, também da terciária, em virtude do desenvolvimento da Trombose Venosa Profunda, atravessamento na linha rizomática, produzindo processo de afetação pela possibilidade de morte. No entanto, retomando a discussão na atenção secundária, esta tem se mostrado um nó crítico, um verdadeiro problema para os gestores e também para os usuários que têm o seu acesso muitas vezes dificultado.

Franco e Merhy (2013) discutem a forma como a atenção secundária foi formulada nas políticas públicas, centrando-as na oferta e demanda, o que dificulta o 'caminhar na rede' destes usuários por falta de integração dos recursos assistenciais.

O tema redes de assistência à saúde é ainda um tema recente no Brasil. A necessidade de construção de linhas de cuidados deve vir conforme a necessidade dos municípios. Aqui me reporto às palavras de Merhy (2012), que relata que ao se construir essas redes é necessário que elas sejam completamente abertas e favoráveis aos encontros singulares que as existências exigem para serem produzidas. Pois o que observamos é que as redes se tornam vivas a partir dos muros institucionais, permitindo que estes encontros aconteçam.

Ainda neste tema, Feuerwerker (2014) nos auxilia na discussão. Segundo esta autora, não é possível constituir uma rede de cuidados sem antes ampliar e diversificar a oferta de serviços e, especialmente, sem articular-se com outros setores fora da saúde.

A autora ainda complementa que a construção de Linhas de cuidado deve ser coletiva, levando em consideração diversos pontos de vista, inclusive ouvindo usuários como forma de ampliar a responsabilização e garantir o acesso.

No sentido de promover uma integração com a rede de serviços, os professores do Ambulatório de Tratamento de feridas do CEDETEG realizam, no mínimo anualmente, uma capacitação para profissionais de enfermagem e médicos da região para atuarem com feridas crônicas. Devido à alta demanda e pequena disponibilidade de profissionais que atuam no ambulatório, além da possibilidade de realização de cuidados mais próximo de seu domicílio, os casos de pessoas com feridas crônicas de outros municípios, inclusive de outras regionais de saúde, são avaliados na presença e em conjunto com a enfermeira assistencial responsável por

ele. A partir dessa avaliação, discute-se a possibilidade de tratamento que o município possa ofertar diante da necessidade da pessoa. Os atendimentos ocorrem até que a enfermeira possa assumi-lo no município de origem e o contato posterior mantém-se por meio de e-mail e envio de fotos demonstrando a evolução das lesões.

O fato do Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG ser um serviço escola, permite que muitas das normativas vistas nos serviços de saúde sejam diferenciadas. O horário de atendimento, por exemplo, é definido pelos professores. No entanto, observamos que há um horário de início das atividades, mas o final é definido pela presença da pessoa que estiver sendo atendida no serviço. Assim, entendemos que algumas normas impeditivas de estabelecimento de relações positivas, vínculos com os usuários dos serviços de saúde e que aprisionam o trabalho vivo em ato, podem ser quebradas neste serviço. Isso pode abrir linhas de fuga e encontrar novos territórios de significações que dão sentido para a produção do cuidado, conforme relatado por Franco (2006).

Essa falta de integração poderia ser resolvida com sistemas eficientes, encaminhamentos que fossem realmente indispensáveis e que contivessem um mínimo de informações necessárias. Como pode ser visto na tese de Baduy (2010), essas informações nem sempre estão presentes ou, até mesmo, nem sempre o encaminhamento a esses serviços é necessário. Esse uso indiscriminado da atenção secundária satura o serviço e dificulta a entrada de pessoas que realmente necessitam desta assistência.

Outro relato importante do paciente refere-se à dor que as lesões causam, a ponto de quase enlouquecê-lo e que, conjuntamente com o constrangimento da excessiva exsudação causada pela lesão, acabaram por gerar mudanças significativas em sua vida, como a separação, como já relatado anteriormente. No entanto, esta situação em especial, deveria ter um olhar, um recorte diferente do trabalhador de saúde, pois muitas vezes eles nem sequer vislumbram toda esta carga emocional que vem junto com a queixa e que certamente é imprescindível na sua tomada de decisão (FEUERWERKER, 2014), e na construção do seu projeto terapêutico.

O fato de serem feridas complexas na sua fisiopatologia e no seu tratamento requer cada vez mais um cuidado integral e especializado, mas que preferencialmente possa ocorrer na unidade de saúde mais próxima de sua residência. Para que isso aconteça, a possibilidade de articulação entre os serviços de saúde e ainda, entre serviço e ensino/universidade, deve ser promovida.

12. Considerações finais

Conhecer as histórias de vida e de peregrinação dos pacientes com úlceras de perna pelos serviços mostrou-me a imensa fragilidade do ser humano, mas que ao mesmo tempo é também um ser tão forte, que não desiste de buscar melhor assistência, que não desiste da vida apesar das adversidades, dificuldades e imensas dores suportadas.

Estas histórias de sofrimento me mostraram ainda mais a importância do papel de docente e extensionista. Foi por meio do Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG que pude conhecer também, de forma mais próxima a fragilidade dos serviços de saúde, a necessidade contínua que os profissionais de saúde têm de qualificação e atualização e que nem sempre os serviços se dispõem a buscar ou permitir que os profissionais busquem.

Esta pesquisa mostrou-me que os serviços necessitam ser vistos também na sua individualidade, que a dinâmica do cuidado é complexa e realmente difícil. Levou-me a compreender que o problema nem sempre está no serviço, na falta de materiais, ou nas tecnologias utilizadas, mas que o cuidado a pessoa com ferida crônica é uma questão complexa. Que além de tudo, há a singularidade de cada indivíduo, da sua concepção de problema de saúde e de seu modo de andar a vida.

Apesar do cuidado com feridas ser uma das competências da enfermagem, o enorme trabalho que esta assistência requer faz com que muitos profissionais a deleguem para outros, ou ainda, para o próprio paciente ou familiares sem as devidas condições e orientações, promovendo assim o descuido.

As histórias de vida apresentadas, aliadas à convivência com estas pessoas no Ambulatório de Tratamento de feridas, confirmou o já dito por Merhy, que cuidado não é sinônimo de cura, e neste caso cuidado não significa curar as lesões, mas sim cuidar em todos os seus aspectos e respeitar a pessoa com ferida. Que o cuidado prestado à pessoa com ferida crônica depende de uma atuação multidisciplinar, não pode ficar restrito à atuação de um único profissional ou, ao que normalmente ocorre, a uma dupla de profissionais, médico e equipe de enfermagem. Outros profissionais são extremamente importantes na promoção do cuidado, na construção de projetos terapêuticos eficazes às pessoas com feridas crônicas como: fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas.

Ao analisarmos estes itinerários terapêuticos algumas respostas se mostram possíveis: pode-se inferir que em um movimento natural rizomático as pessoas constroem suas trajetórias, seus caminhos em busca de tratamento para estas feridas, conforme lhes surgem novas entradas neste rizoma de vida, enquanto outras não tão fortes são rompidas. Estas novas entradas podem ser oportunidades, indicações de amigos, vizinhos, conhecidos, profissionais de saúde de outras áreas ou especialidades.

A compreensão de como as escolhas foram feitas e como estes elementos adquirem importância no percurso do tratamento, podemos observar que ferramentas importantes, como acolhimento, escuta, vínculo, responsabilização, na relação profissional-usuário, são imprescindíveis para que esta pessoa se mantenha no serviço e possa ter oportunidade digna de tratamento.

Já em relação às percepções e experiências sobre o processo saúde-doença, às suas escolhas terapêuticas e à qualidade da atenção recebida, fica evidente que a fragilização dos serviços de saúde e das condutas contribui para a cronicidade deste agravamento. Vários foram os relatos de pacientes que utilizavam a Unidade de Saúde para fornecimento de material para autocuidado domiciliar, em que a equipe de saúde eximiu-se da responsabilidade ou transferiu a responsabilidade por este cuidado ao próprio paciente. No entanto, a complexidade dessas lesões não poderia permitir que o paciente fosse o responsável único pelo cuidado de si.

Devido ao período de evolução dessas lesões, compreendido entre dois anos o menor tempo a até 60 anos no maior, verificamos que a porta de entrada para os serviços de saúde foi muito diversa, desde ambulatório de saúde do trabalhador em fábricas, consultórios especializados até atendimentos de urgência e hospitais, sem considerarmos a principal, que são as unidades de saúde. Apesar disso, quando não existe resposta satisfatória na atenção básica, muitos desses usuários tendem a pagar consultas com médicos especializados na esperança de conseguirem uma resposta que nem sempre vem. Quanto ao Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG, observamos que alguns pacientes conseguiram acesso ao local por indicação de conhecidos, amigos ou ouvindo conversas alheias, sendo isto possível uma vez que o ambulatório é porta aberta, ou seja, não necessita de encaminhamento de outros serviços de saúde.

Outro ponto a ser considerado é a forma como alguns casos foram conduzidos dentro dos serviços de saúde, pois funcionaram muito mais como barreiras do que permitiram o acesso dos pacientes aos serviços. A forma rude como E8 e E6 foram tratadas nos serviços é um exemplo de barreira para o acesso ao serviço de saúde.

Esta pesquisa permitiu-me rever conceitos pré-estabelecidos tanto sobre a atenção primária, quanto da história de vida das pessoas com feridas crônicas, bem como da evolução destas feridas. Por meio da pesquisa qualitativa, o pesquisador, quando envolvido no processo de assistência, pode reavaliar sua prática profissional e conhecer melhor as pessoas com quem trabalha e a quem presta assistência. No entanto, enquanto sujeito implicado neste processo, estas pesquisas também trazem ao pesquisador um sofrimento muito grande. Enquanto sujeito implicado, a sua própria trajetória e ação profissional passam a ser analisadas. Outro sofrimento que vem à tona advém do conhecimento mais aprofundado e da análise da vida das pessoas assistidas. Compreender que apesar das tentativas de mudanças realizadas no modelo de assistência, nem sempre é possível modificar a realidade vivenciada, pois cada pessoa tem seu modo próprio de viver a vida, mesmo que este modo possa interferir na sua condição de saúde, mas é o modo que a faz feliz. No entanto, para o pesquisador, esta pesquisa torna-se angustiante.

Apesar deste estudo, por sua gênese qualitativa, não ter a intenção de propor generalizações, entendemos como uma limitação o número de participantes e o fato da realidade apresentada ser do interior do Estado do Paraná. No entanto, esta realidade, ao abordar questões humanas, pode ser semelhante em determinadas áreas do país e quiçá em algumas partes do mundo, mas distintas em muitas outras. A vastidão do território brasileiro nos remete a diversas realidades que necessitam ser conhecidas e estudadas, da mesma forma que a amplitude do problema. Os estudos até então realizados concordam na repercussão que uma ferida crônica tem sobre a vida das pessoas e de suas famílias, mas ainda não conhecemos a magnitude do problema nas populações.

Também entendemos que existe realmente uma forte tendência e necessidade dos profissionais de saúde buscarem por capacitações e estarem abertos a receber e escutar o outro. Talvez assim possam compreender o sofrimento

e as dificuldades pelas quais essas pessoas passam ao buscarem por auxílio dentro do sistema de saúde.

A possibilidade de faturamento pelos serviços de saúde, por meio de Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), pelos curativos com grau II com ou sem desbridamento¹⁵, pode ajudar a gerar um subsídio que possa auxiliar as secretarias de saúde na aquisição de coberturas melhores para o tratamento destas lesões, que priorizem a manutenção da umidade do leito das feridas. Da mesma forma que subsidiar a manutenção de ambulatórios para tratamento desse tipo de lesões mais complexas.

A proximidade entre academia e serviço pode ser uma ferramenta na busca por melhor formação e também por atualização dos profissionais que estão no serviço e a presença de alunos nas unidades de saúde, enquanto campos de estágio, pode tornar-se um estímulo aos profissionais para buscar qualificação, melhorando assim não somente a sua autoestima, mas também a assistência prestada à comunidade. No entanto, não basta o profissional buscar melhor qualificação, o gestor deve valorizar também a busca e a atuação desse profissional por meio de melhores salários e implantação de planos de carreiras, cargos e salários.

Reporto-me às palavras de Schiffler e Abrahão (2014, p. 102) para expressar meus sentimentos sobre todo esse processo de vivência com as pessoas com feridas crônicas e o trabalho no Ambulatório de Tratamento de Feridas do CEDETEG: *“O interessante é perceber a importância dos serviços abrirem a rede como forma de constituir lugares e equipamentos que realmente fazem sentido na forma de existir interferindo no mundo de usuários e profissionais”*.

O que esta pesquisa nos mostra é que a rede constituída de profissionais, familiares, amigos, vizinhos, organizações governamentais e não governamentais que interagem entre si e apoiam-se mutuamente, são responsáveis pela criação dos mais variados tipos de acessos aos serviços, que acolhem, encaminham, previnem,

¹⁵ Tratamento de lesão aberta, em que há grande área de tecido afetado nos aspectos de extensão, profundidade e exsudato (grau II), com a finalidade de promover cicatrização, evitar contaminação e/ou tratar infecção. Necessitando de cuidados mais complexos. Fonte: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0401010015/06/2015>

tratam, reconstroem existências e criam efetivas alternativas de tratamento as pessoas que sofrem (BRASIL, 2003).

13.Referências

ABBADE, L.P.F.; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. Educação médica continuada. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p.509-522, 2006.

ABDALLA, S.; DADALTI, P. Uso da sulfadiazina de prata associada ao nitrato de cério em úlceras venosas: relato de dois casos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 78, n. 2, p. 227-233, 2003.

ACURCIO, F. A. & GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 2, p.:233-242, 1996.

ALMEIDA, M. R. de C. B. de; LABRONICI, L. M. Uma Trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v.12, n.1, pp 263-274, 2007.
<http://www.redalyc.org/pdf/630/63012126.pdf>

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, 1993. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 23 set 2012.

ANDERSEN, R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, v. 36, p.: 1-10, Mar.1995.

ARAUJO, J. L. de; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 200-207, Fev. 2012 .

BADUY, R. S. *Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento*. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010

BERSUSA, A. A. S.; LAGES, J. S. . Integridade da pele prejudicada: identificando e diferenciando uma úlcera arterial e uma venosa. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá - Paraná, v. 3, n.1, p. 81-92, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de prevenção de incapacidades*. Brasília: Editora do MS, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. *Caderno de textos: cartilhas da política nacional de humanização*. Brasília: Editora do MS, 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20 cuidado_pessoas%20 doencas_cronicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf)> Acesso em 28 dez 2014.

BRASIL. Portal Brasil. *Novas equipes de Saúde da Família já estão aptas a atender a população*. 2014. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/08/novas-equipes-de-saude-da-familia-ja-estao-aptas-para-atender-a-populacao>. Acesso 05 jun 2015.

BRIGGS, M.; CLOSS, S. J. The prevalence of leg ulceration: a review of the literature. *EWMA Journal*, v.3, n. 2, p.: 14-20, 2003.

BURNAND, K. G. et al. Pericapillary fibrin in the ulcer-bearing skin of the leg: the cause of lipodermatosclerosis and venous ulceration. *British Medical Journal*, v. 285, n. 6348, p. 1071–1072, Oct. 1982.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v.16, n.11, p. 4433-4442, 2011.

CABRAL, C. A.; BORGES, D. C. *Rizoma: Uma introdução aos Mil Platôs de Deleuze e Guatarri*. s/d. Disponível em <http://www.academia.edu/482209/Rizoma_uma_introdu%C3%A7%C3%A3o_aos_Mil_Plat%C3%B4s_de_Deleuze_e_Guatarri> Acesso 31 dez 2014

CAMARGO JUNIOR, K. R. et al. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. M. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC. p. 223-244

CARDOSO, A. *A perspectiva do rizoma Deleuze-Guatarriano*. 2013. Disponível em <http://psicologia-ro.blogspot.com.br/2013/01/a-perspectiva-do-rizoma.html> Acesso 04 mar 2015.

CARREIRA, L; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos Familiares de Idosos Portadores de Doenças Crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 6, dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso 22 out 2014

CARVALHO, E. S. de S.; PAIVA, M. S.; APARICIO, E. C. Cuerpos heridos, vida alterada: representaciones sociales de mujeres y hombres. *Index Enfermería*, Granada, v. 20, n. 1-2, jun. 2011. Disponível em

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100007&lng=es&nrm=iso. Acesso 04 dez 2014.

CARVALHO, E. S. de S.; PAIVA, M. S.; APARICIO, E. C. Corpos estranhos, mas não esquecidos: Representações de mulheres e homens sobre seus corpos feridos. *Revista Brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 1, fev. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso 04 dez 2014.

CECILIO, L. C. de O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, supl.1, p.545-55, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>. Acesso 05 jun 2015.

CECILIO, L. C. de O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.15, n. 37, p. 589-599, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso 05 Jun 2015.

CECILIO, L. C. de O.; LACAZ, F. A. de C. *O Trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003, p. 198-210.

CHAGAS, M. S. *Cuidado paliativo na cidade de Londrina: trabalhando com vida no território da morte*. s/d. Disponível em http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/cuidados_paliativos.pdf

CONILL, E.; PIRES, D. *Relação público-privado e arranjos técnicos assistenciais na utilização de serviços de saúde: um estudo de itinerários terapêuticos na região sul*. Relatório de Pesquisa. 2007. Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/UFRGS_Itinerariosul.pdf

CONUEI. *Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior*. Espanha, 2009. Disponível em <<http://www.aeev.net/guias/CONUEI2009.pdf> >

COSTA, G. D. da *et al*. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso 05 Jun 2015.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, Apr. 2010

DA SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. A dor como um problema psicofísico. *Revista Dor* [online], v.12, n. 2, p. 138-151, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a11.pdf>. Acesso 17 jul 2014.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* 2. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011, v.1.

DONABEDIAN A. *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México DF: Editora Biblioteca de la Salud; 1988.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de Satisfação de Usuários: Considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun. 2006.

EVANGELISTA, D. G. *et al.* Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da estratégia de saúde da família. *Revista Enfermagem Centro Oeste Mineiro*, v. 2, n. 2, p. 254-263, mai/ago, 2012. Disponível em <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/15/308>

FAVORETO, C. A. O. Construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006,p. 185-204.

FEKETE, M. C. *Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde*. Guia curricular. Projeto Gerus – MS/OPAS- OMS; Brasília: OPAS, 1997. Disponível em http://d.yimg.com/kq/groups/19564954/1385114552/name/texto_gerus_1_l%5B1%5D.pdf. Acesso 19 mar 2012.

FEKETE, M. C. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS, p. 51-57, 2000. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2104.pdf> Acesso 04 jun 2015.

FERREIRA, D. C.; SILVA, G. A. da. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v.17, n.11, p. 3087-3098, 2012. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100025&lng=en&nrm=iso. Acesso 17 set 2014.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 9, n. 18, p. 489-506, Dec. 2005 .

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso 04 Jun 2015.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In.: MARIN, J. J. N.; REGO, S. (Org.). *Educação, Saúde e Gestão*. 1ed. São Paulo: HUCITEC, 2011. p. 99-113.

FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf>. Acesso 04 jun 2015.

FRADE M. A. C. et al. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora - MG (Brasil) e região. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p.41-46, 2005.

FRANÇA, L. H. G.; TAVARES, V. Insuficiência venosa crônica. Uma atualização. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 2, n. 4, p. 318-328, 2003.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. *Gestão Em Redes*. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.:345-353, abr./jun, 1999.

FRANCO. C. M.; FRANCO, T. B. *Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da Rede de saúde*. s/d. [páginas da internet] Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf> Acessado em 05 de junho de 2015.

FRANCO, D; GONCALVES, L. F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro , v. 35, n. 3, p. 203-206, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912008000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso 04 Jun 2015.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografia do Trabalho e cuidado em saúde. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em [http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Cartografias do Trabalho e Cuidado e m Sa%C3%BAde.pdf](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Cartografias%20do%20Trabalho%20e%20Cuidado%20em%20Sa%C3%BAde.pdf) Acesso 06 jun 2015.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.: 119-140, 2012.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p.:2449-2463, nov. 2006

GOMES, M. P. C.; MERHY, E.E. (org.). *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GUERIN, G. D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3003-3010, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 de Junho de 2015.

GUIMARAES BARBOSA, J.A.; NOGUEIRA CAMPOS, L.M. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. *Enfermería global*, Murcia, n. 20, oct. 2010. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300022&lng=es&nrm=iso>. Acesso 05 jan 2015.

HAESBAERT, R.; BRUCE, G. A desterritorialização na obra de Deleuze e Guatarri. *GEOgraphia*. 2002, v. 4, n. 7, p. 7-22. Disponível em <http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/view/74/72>. Acessado em 20 de março de 2015.

HERBER, O. R.; SCHNEPP, W.; RIEGER M. A. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health Qual Life Outcomes*, v. 5, p.:44, 2007. Disponível em < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-5-44.pdf> > Acessado em 23 de junho de 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Paraná. Guarapuava. 2015. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=4109401> Acesso em 20 jan 2015.

IOM. Institute of Medicine Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Service. *Access to health care in America*. Michael Millman (ed.) National Academy of Sciences. National Academy Press. Washington, D.C. 1993. Disponível em http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=2009&page=34

JESUS, W. L. A. de; ASSIS, M. M. A. Revisão Sistemática Sobre o Conceito de Acesso nsa Serviços de Saúde: contribuições do Planejamento. *Ciência e saúde coletiva* [online], v.15, n.1, p.: 161-170, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>>. Acesso 20 jun 2015.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde*

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, Jul. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso>.

LACERDA, P. F. *et al.* Estudo da ocorrência de “dor crônica” em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*, v. 7, n. 1, p. 29–40, 2005. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/863/1038>. Acesso 03 mai 2011.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014

LARA, M. O. *et al.* Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. *Cogitare enfermagem. [online]*, v. 16, n. 3, p. 471-477, 2011. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v16n3/v16n3a11.pdf> . Acesso 08 jul 2014.

LIMA, L. L.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 4, ago. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400008&lng=en&nrm=iso . Acesso em 21 de outubro de 2014

LIMA, M. A. G. de; TRAD, L. A. B. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, v. 23, n.11, p. 2672-2680, 2007. <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n11/14.pdf>

LODUCA, A. *et al.* Retrato de dores crônicas: percepção da dor através do olhar dos sofredores. *Revista dor [online]*, v. 15, n. 1, p. 30-35, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v15n1/1806-0013-rdor-15-01-0030.pdf> Acesso 23 jun 2014.

LOPES DE FIGUEIREDO, M.; BONATO ZUFFI, F. Cuidados aos portadores de úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Enfermería Global*, n. 28, p. 147-158, out. 2012.

MAFFEI, F. H. A. *Doenças vasculares periféricas*. São Paulo: MEDSI, 1995.

MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. *Curativo, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional*. São Paulo: Martinari, 2010.

MANGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. *Revista Terapia Ocupacional Universidade São Paulo*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MARCON, S. S. *et al.* Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. Esp., p:116-124, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a14v14nspe.pdf>. Acesso 10 abr 2015.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface - Comunicação Saúde Educação*, v.13, supl.1, p.771-780, 2009

MATUMOTO, S. *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde*. Ribeirão Preto, 1998. Dissertação de mestrado apresentado a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. São Paulo.

MERCADO-MARTINEZ, F. J. *et al.* La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, v.15, n.1, p. 179-186, 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n1/0047.pdf>

MERHY, E. E. *Universalidade, equidade e acesso sim mas, não bastam*. Março 1995. Disponível em < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf>>

MERHY, E. E. Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde. *Revista SUS. Brasil - vivências e estágios na realidade do SUS do Brasil*. 2002. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/versus/index.html>

MERHY, E. E. *et al.* *Acessibilidade em uma complexa rede substitutiva de cuidado em saúde mental – o caso de campinas*. Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde. 2003. Disponível em <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/acessibilidade/> Acesso 10 mar 2012.

MERHY, E. E. Apresentação de Émerson Merhy (UFRJ), durante o Painei "Gestão do Cuidado Compartilhado em Redes de Atenção à Saúde", no *VI Seminário Internacional de Atenção Básica*, realizado no Rio de Janeiro, de 29/07 a 01/08 de 2012. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=Xlax6gYakoo>. Acesso 10 dez 2014.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de cuidado: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. 1.ed. São Paulo: HUCITEC, 2013, p. 68-94.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4.ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MERHY, E. E. *et al.* *Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde*. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out. 2014. Disponível em <http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso 28 dez 2014.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. 1.ed. São Cristóvão e Salvador: Editora Universidade de Feira de Santana e Editora da UFBA, 2009, p. 29-56.

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L. M.; GOMES, M. P. C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C.. (Org.). *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. 1ed. São Paulo: HUCITEC, 2010, v. 1, p. 60-75.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, p. 151-163, 2012

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. In.: Carvalho, E. F. *Municípios: a Gestão da Mudança em Saúde*. 1.ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf> Acesso 04 jun 2015.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como o caminho do pensamento social. In. MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 83-107

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, Ago. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=en&nrm=iso>.

MUSQUIM, C. dos A. *et al.* Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem [online]*, v.15, n.3, p. 656-666, 2013.

NEPOMUCENO, M. A. S.; *et al.* Modos de tecitura de redes para o cuidado pela família que vivencia a condição crônica por adrenoleucodistrofia. *Ciência Cuidado e Saúde [online]*, v. 11, n. 1, p. 156-165, 2012. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v11n1/20.pdf>. Acesso 19 set 2014.

OLIVEIRA, E. C. M.; POLES, K. Crenças do paciente com ferida crônica: uma análise discursiva. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, v. 10, n. 4, p. 354-360, out./dez. 2006

PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. O método de pesquisa histórica na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 575-584, out.-dez. 2005.

PAIM J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (organizadores). *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora MEDSI, 2003.

PECHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, v. 19, n. 2, Feb. 1981. Disponível em <http://www.jstor.org/pass/3764310>

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO FIRMINO, M. R. do *et al.* Prevalencia de las úlceras de pierna en la región sur de Brasil. *Gerokomos*, Madrid, v. 24, n. 4, dec. 2013. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400006&lng=es&nrm=iso>. Acesso 15 set 2014.

RADOVANOVIC, C. A. T. *et al.* Caracterizando os problemas de saúde e o cuidado domiciliar oferecido às famílias do projeto “Promovendo a vida na Vila Esperança”. *Acta Scientiarum - Health Sciences*, Maringá, v. 26, n. 1, p. 27-34, 2004. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/download/1608/1054>. Acesso 10 abr 2015

SALVETTI, M. de G. *et al.* Prevalência de dor e fatores associados em pacientes com úlcera venosa. *Revista dor [online]*. São Paulo, v.15, n.1, p. 17-20, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v15n1/1806-0013-rdor-15-01-0017.pdf>>

SANCHES, L. M.; BOEMER, M. R. O convívio com a dor: um enfoque existencial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 36, n.4, p.386-393, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n4/v36n4a12.pdf>. Acesso 08 jul 2014.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica*. v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, A. M. dos *et al.* Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, Jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300011&lng=en&nrm=iso>.

SCHIFFLER, A. C. da R.; ABRAHÃO, A. L. Interferindo nos microprocessos de cuidar em saúde mental. In.: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: REDE UNIDA, 2014, p. 89-103.

SILVA, F. A. A. da *et al.* Enfermagem em estomaterapia: Cuidados Clínicos ao portador de úlcera venosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 6, dez. 2009. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 out 2014.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G.C.; CORBO, A. D. (org). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41. Disponível em http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/4-Modelos_Assistenciais_em_Sade_-_Aluisio_G._da_Silva_Jr_e_Carla_A._Alves.pdf Acesso 04 jun 2015.

SILVA LUCAS, L. da; TREVISAN MARTINS, J.; CARMO CRUZ ROBAZZI, M. L. do. Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores - úlcera de perna. *Ciencia y enfermeria*. [online], v. 14, n. 1, p.: 43-52, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n1/art06.pdf>> Acesso 08 jul 2014.

SILVA SOBRINHO, R. A. da; MATHIAS, T. A. de F.. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Feb. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200009&lng=en&nrm=iso>.

SIPOS, P. M. D. et al. Special wound healing methods used in ancient Egypt and the mythological background. *World Journal of Surgery*. 2004, v. 28, n. 2, p. 211-216. (2004).

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; LAND, M. G. P. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. *Ciência & saúde coletiva* [online], v.20, n.2, p.: 537-546, 2015. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0537.pdf>> Acesso 20 jun 2015.

SOUSA, F. A. E. F. et al. Escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, Feb. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000100002&lng=en&nrm=iso>

SOUZA, R. M. de. Rizoma Deleuze-Guattariano: representação, conceito e algumas aproximações com a educação. *Revista Sul-Americana de Filosofia e Educação*. n. 18, p. 234 – 259, maio-out. 2012. Disponível em <http://periodicos.unb.br/index.php/resafe/article/viewFile/7047/5569> Acessado em 18 de março de 2015.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. da S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora)? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 37, n. 2, p.:119-126, 2003

TORRA I BOU, J-E. et al. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras de Pierna en España. Estudio GNEAUPP-UIFC-Smith & Nephew 2002-2003. *Gerokomos*, v.15, n. 4, p. 230-247, 2004.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl(2), p. S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. de; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso 02 Jun 2015.

TRINCAUS, M. R.; CORREA, A. K. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 41, n. 1, p. 44-51, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a05.pdf>

TURINO, F. Rizoma: um método para as redes?. *Liinc em Revista*, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.28-40, mar. 2008.

VILANI-MORENO, F. R. et al. Implante de queratinócitos autólogos em úlceras de membros inferiores de pacientes com seqüelas de hanseníase. *Hansenologia internationalis. (Online)*, Bauru, v. 37, n. 1, p. 11-18, jun. 2012. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612012000100002&lng=pt&nrm=iso>.

WACHHOLZ, P. A. et al. Quality of life profile and correlated factors in chronic leg ulcer patients in the mid-west of São Paulo State, Brazil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 89, n. 1, Feb. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962014000100073&lng=en&nrm=iso . Acesso 23 Jun 2014.

WALKER, N et al. Leg ulcers in New Zealand: age at onset, recurrence and provision of care in an urban population. *New Zealand Medicine Journal*, v.115, p.: 286–289, 2002.

YAMADA, B. F. A.; SANTOS, V. L. C. G. Insuficiência Venosa Crônica. 2005. Disponível em: www.enfmedic.com.br

14. Anexos

Figura 5: Itinerário Terapeutico de E3

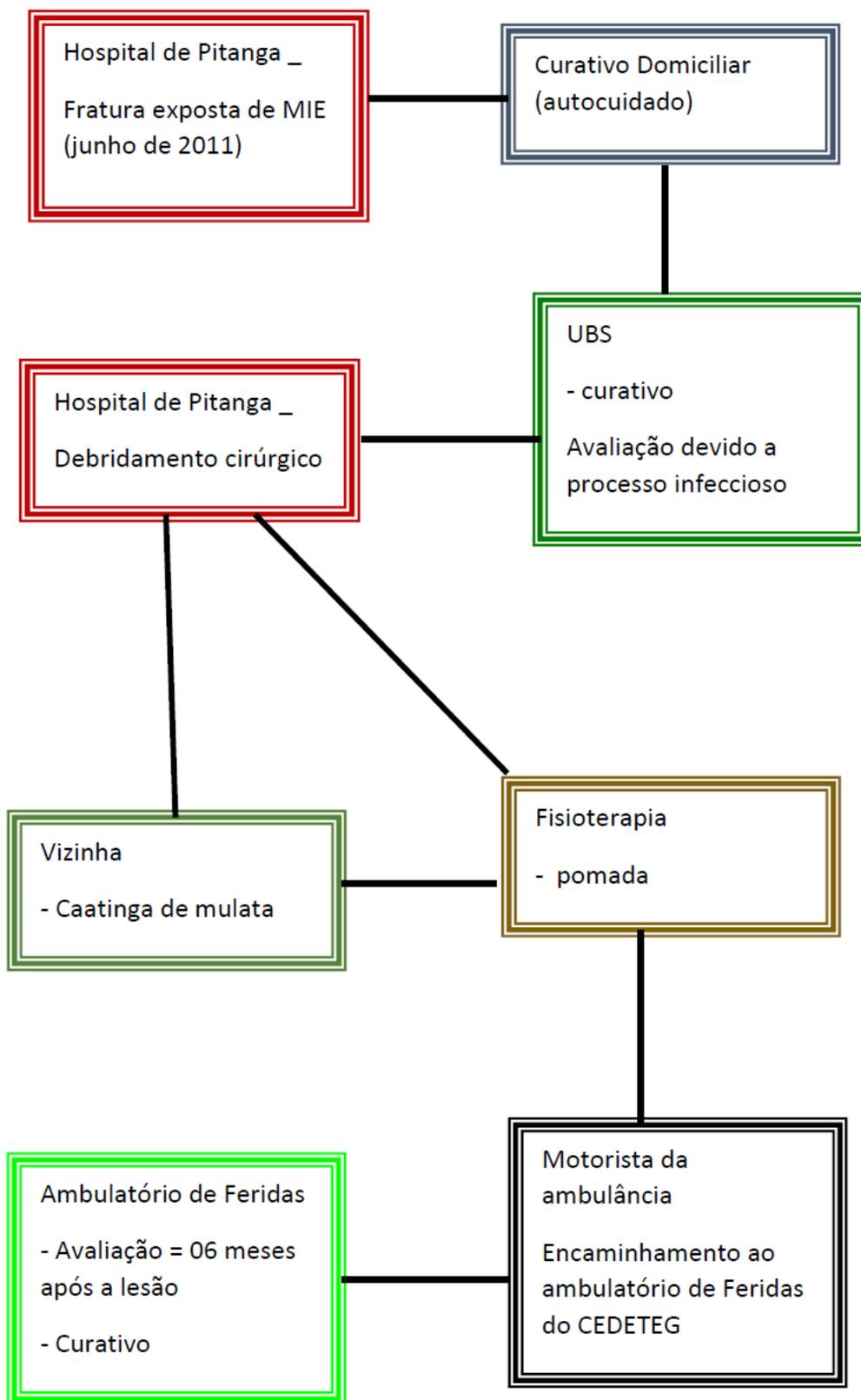


Figura 6: Itinerário Terapêutico de E2

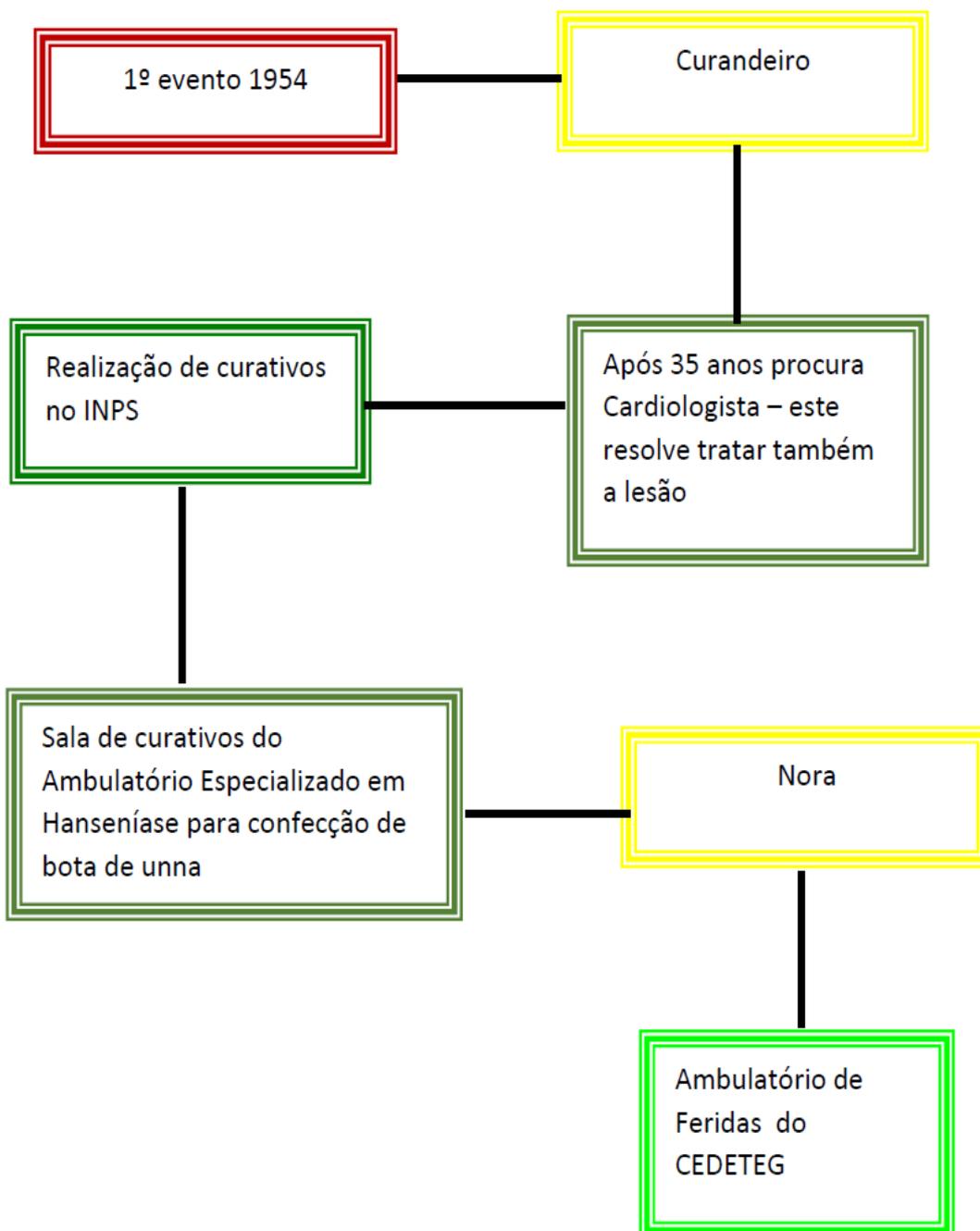


Figura 7: Itinerário terapêutico de E4

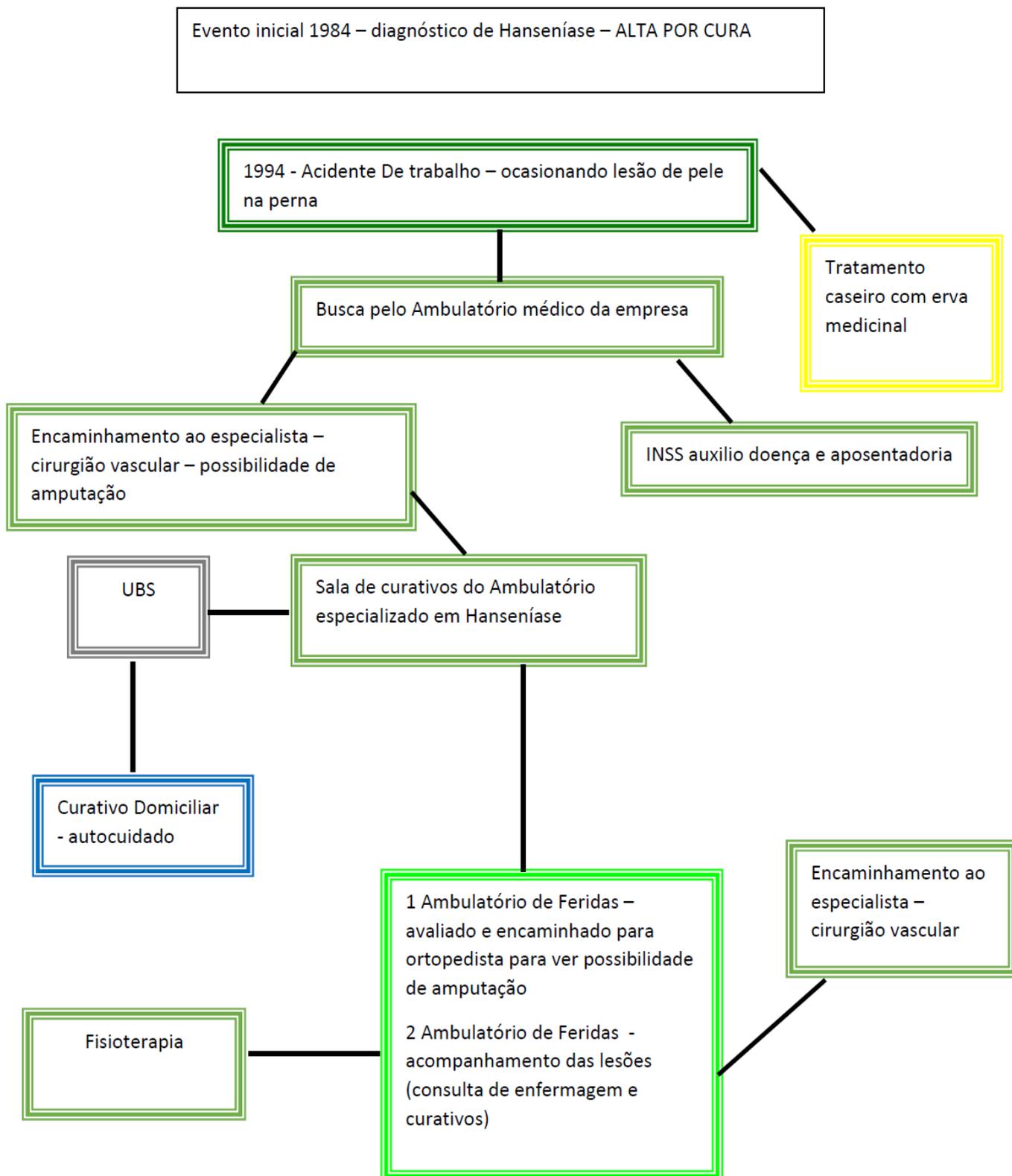


Figura 8: Itinerário Terapêutico de E5

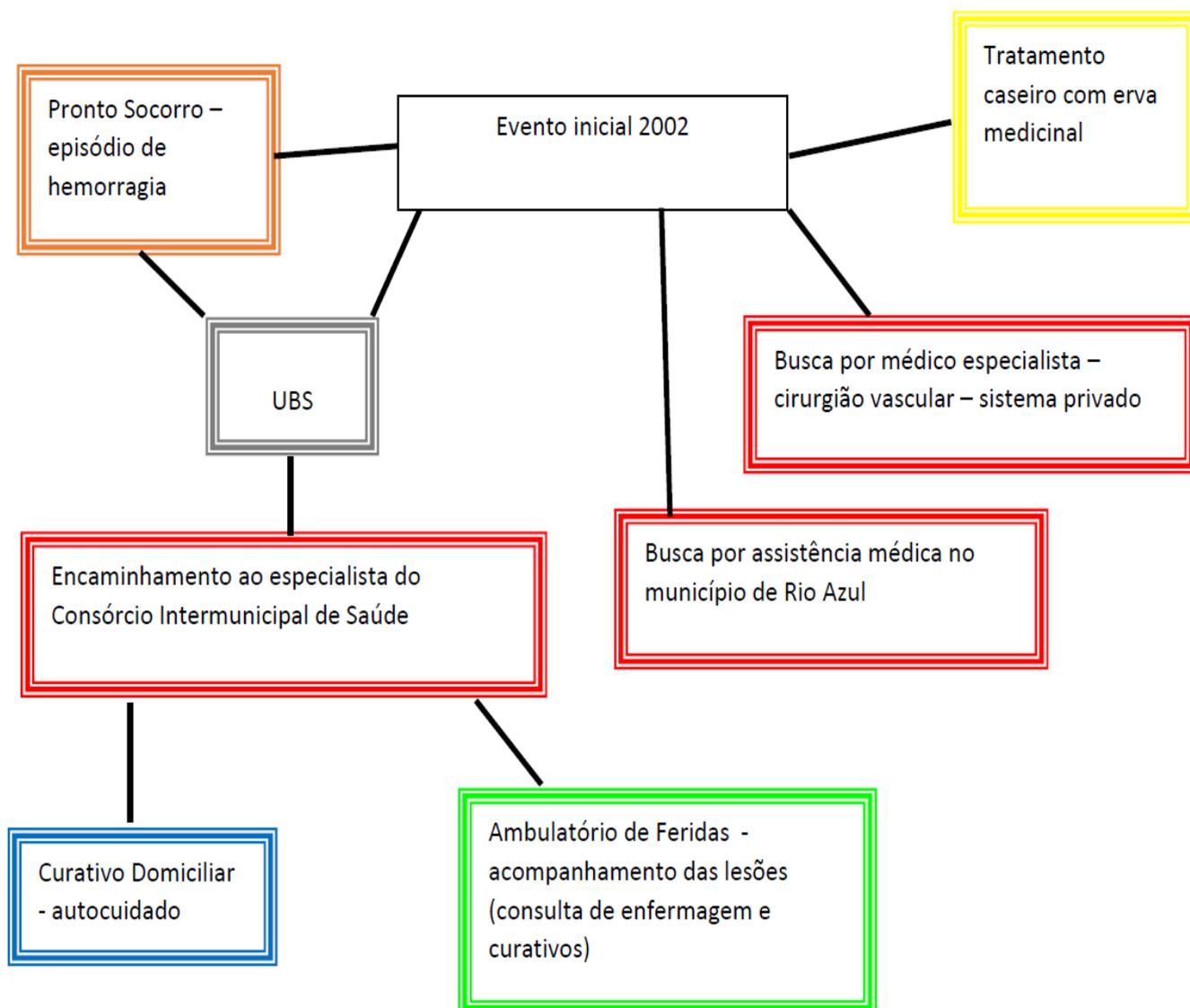


Figura 9: Itinerário de E7

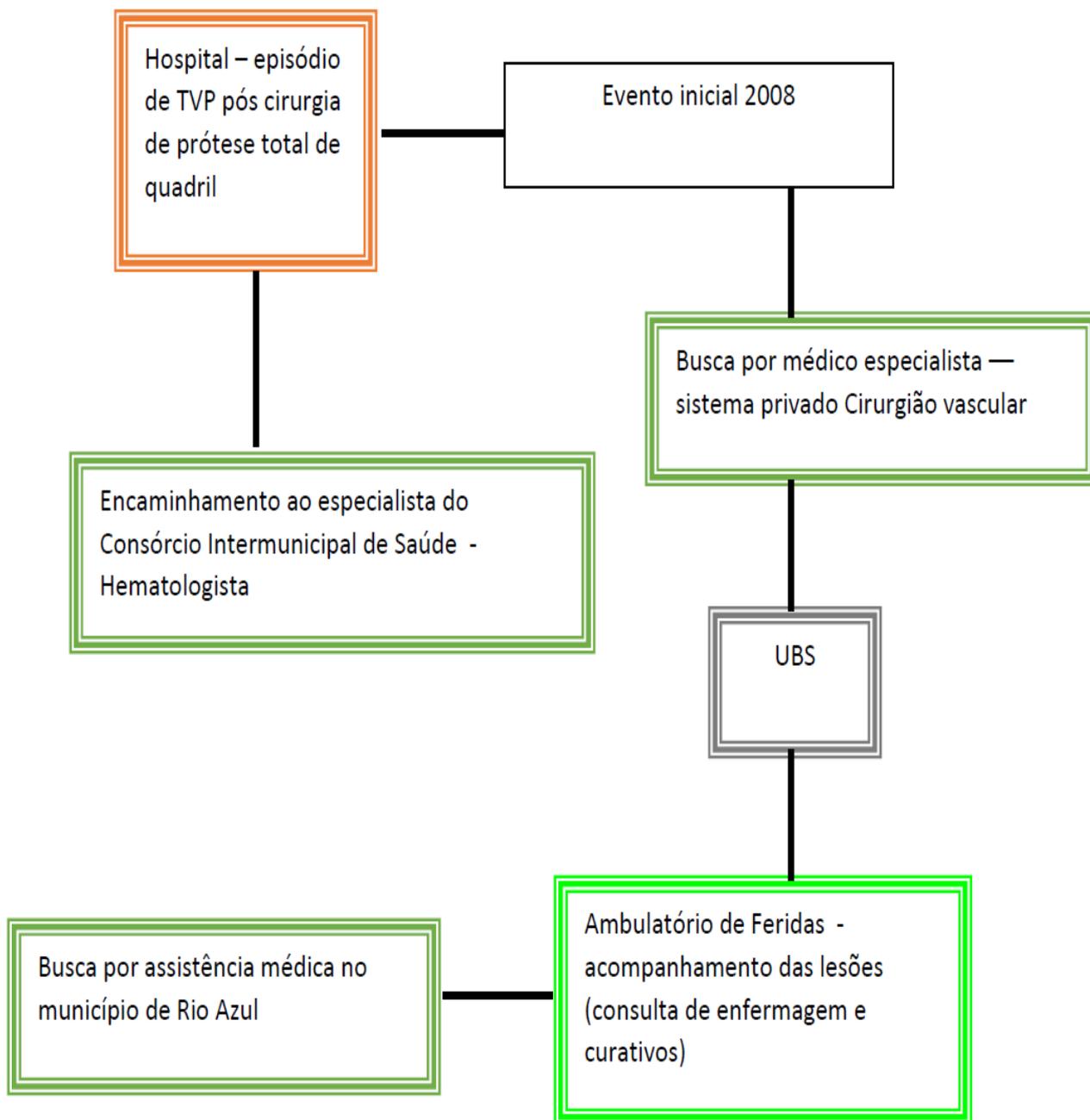


Figura 10: Itinerário Terapêutico de E9

