



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

Luciana de Melo Weber

**COMPARAÇÃO DO PERFIL DE USUÁRIOS COM LESÃO DE PELE E O  
ACESSO À REDE DE CUIDADO EM PORTO ALEGRE - RS**

Porto Alegre

2016

Luciana de Melo Weber

**COMPARAÇÃO DO PERFIL DE USUÁRIOS COM LESÃO DE PELE E O  
ACESSO À REDE DE CUIDADO EM PORTO ALEGRE - RS**

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

Orientadora:

Profa. Dra Luciana Bercellos Teixeira

Coorientador:

Emerson Silveira de Brito

Porto Alegre

2016

## Comparação do perfil de usuários com lesão de pele e o acesso à rede de cuidado em Porto Alegre - RS

WEBER, Luciana de Melo<sup>1</sup>  
DE BRITO, Emerson Silveira<sup>2</sup>  
TEIXEIRA, Luciana Barcellos<sup>3</sup>

### RESUMO

As lesões de pele - especialmente, as úlceras venosas, são um problema frequente nos serviços de saúde pública. Em Porto Alegre - RS, historicamente, os usuários com lesões de pele são tratados em ambulatórios de curativos especiais da atenção secundária. Este estudo objetivou conhecer e comparar o perfil dos usuários com lesões de pele e o acesso à rede de cuidado em Porto Alegre. Trata-se de pesquisa quantitativa, analítica e transversal, que incluiu uma amostra constituída por usuários de dois ambulatórios de curativos especiais existentes no município. A amostra foi constituída por 189 usuários, sendo 117 atendidos no ambulatório I (61,9%) e 72 atendidos no ambulatório II (38,1%). Quanto ao perfil, há predomínio de usuários do sexo feminino, com idade  $\geq 60$  anos, com baixa escolaridade e 91% com lesão existente há no mínimo seis meses. Quanto à rede, no ambulatório II a maioria está vinculada ao serviço com tempo de até um ano, já no ambulatório I, a maioria está vinculada com tempo superior há um ano. Para 53,7% da amostra geral houve o indicativo de que o curativo poderia ser realizado na unidade de saúde. Este estudo encontrou um perfil de usuários com lesões de pele semelhante nos serviços estudados. As lesões atendidas são condições crônicas, com períodos de agudização e recidiva que necessitam de cuidado prolongado. Considerando os atributos de longitudinalidade e coordenação de cuidado da atenção primária em saúde, os resultados fornecem subsídios para discussão do cuidado destes usuários na rede de atenção a saúde em Porto Alegre.

**Palavras-chave:** lesão de pele, ambulatórios, curativos especiais.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Aluna de especialização do Curso de Cuidado Integral com a pele no âmbito da atenção básica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: enfsabrinaoliveira@yahoo.com.br

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

<sup>3</sup> Orientadora. Mestre e Doutora em Epidemiologia pela UFRGS. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS.

## INTRODUÇÃO

O acesso universal aos serviços de saúde é uma das diretrizes primordiais do Sistema Único de Saúde (SUS) e constitui-se como um dos principais avanços de conquista para a saúde da população brasileira. Apesar do caminho já percorrido em mais de três décadas desde a criação do SUS, se sobrepõem a garantia do acesso aos serviços, aspecto complexo que envolve a estrutura, as características dos serviços na rede de atenção a saúde e suas relações, que nem sempre favorecem o cuidado integral e resolutivo para os usuários, e constituem um problema difícil de superar (BRASIL, 1990).

Para Travessos e Martins (2004) “acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde”. A Portaria 4.279 de 2010, define diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, sendo o acesso definido como: “ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. [...] O acesso pode se analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários” (BRASIL, 2010).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) do município de Porto Alegre (2014) traz que “o acesso qualificado se traduz na equidade, na humanização do cuidado, na integralidade da atenção e no atendimento em tempo oportuno às necessidades individuais e coletivas. A adoção de modelo organizativo de ações e serviços, baseado em redes de atenção que favorecem a superação da fragmentação existente” (PORTO ALEGRE, 2016a).

No contexto da Atenção Primária em Saúde (APS) brasileira, a garantia de acesso se consolida como uma importante prerrogativa. Neste ponto da rede, a saúde da família é um modelo reorganizador da APS e espaço privilegiado para a operacionalização da porta de entrada do sistema, indicativo relevante na garantia do acesso (BRASIL, 2012).

Para Organização Panamericana de Saúde (2011) “A interpretação da APS como estratégia de reordenamento do sistema de saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reorganizar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte de uma rede de atenção à saúde. Além de estar presente de forma transversal na construção de redes de cuidados”. A APS desenvolvida pelas Unidades Básicas de Saúde está no centro da Rede de Atenção a Saúde (RAS), desenvolvendo o papel de coordenação do cuidado e sendo responsável pela “garantia” do acesso universal (BRASIL, 2010). Nesse sentido, espera-se que usuários, atendidos em serviços de atenção secundária, estejam também sendo acompanhados na atenção primária.

Dentre as demandas mais presentes na APS as condições crônicas são relevantes

quando consideramos que dos 28 problemas de saúde mais atendidos, 21 são condições crônicas (82%) e sete são condições agudas (18%). Isso mostra que a demanda maior das Unidades de Saúde (US) está centrada em condições crônicas, que necessitam um cuidado continuado e prolongado para manutenção da saúde dos usuários (BRASIL, 2015).

Conforme PMS, em 2010 o município de Porto Alegre apresentou um coeficiente de mortalidade de 7,91 óbitos por 1.000 habitantes, sendo este coeficiente maior que os coeficientes do estado e do país, que respectivamente são 7,29 e 5,94 óbitos por 1.000 habitantes. As doenças crônicas e agravos não transmissíveis ganharam destaque como as principais causas de óbitos, observando-se que na séria histórica entre 2000 e 2010, a maior proporção de óbitos, independente de sexo, ocorre por doenças do aparelho circulatório (Porto Alegre, 2016a).

Levando-se em consideração o cenário descrito, pesquisa realizada por Belczak (2011) destacou que a Insuficiência Venosa Crônica (IVC) de membros inferiores apresentava alta incidência e prevalência entre usuários assistidos na APS, evidenciando que o absenteísmo laboral e tratamento prolongado na presença da manifestação mais grave a Úlcera Venosa (UV) poderia causar impacto socioeconômico relevante.

Belczak (2011) traz ainda que os gastos com UV em saúde pública são estimados em 1% no seu total. Existem inúmeras formas de tratamento para as UV disponíveis no mercado e um grande investimento em pesquisa, em países desenvolvidos, para busca de novas coberturas. Contudo, esta é uma condição com alto índice de recidivas, tendo os fatores de autocuidado e mudanças de hábitos importante papel nesta redução. Apesar disso, em Porto Alegre, o cuidado com as UV historicamente concentra-se nos centros de especialidades, na atenção secundária da rede de saúde, o que precisa ser mais discutido, uma vez de que há evidências que as UV serão mais comuns no futuro em função das doenças crônicas, e que a APS precisa acompanhar os usuários, assumindo a coresponsabilidade do cuidado.

Ambos os Ambulatórios de Curativos Especiais (ACE) localizados em Porto Alegre realizam curativos de maior complexidade como: atendimentos a pacientes com úlceras vasculares, arteriais e mistas, úlceras de pé diabético, um deles também atende queimaduras de pequeno e médio porte, sendo referência para o seguimento de queimados do Hospital de Pronto Socorro. Estes ambulatórios recebem materiais especiais e suas equips são compostas por uma enfermeira estomatoterapeuta, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e médico cirurgião vascular. Ambos os serviços estão vinculados a Coordenadoria Geral de Atenção Especializada Ambulatorial do município de Porto Alegre e tem o registro de sua produção através do Boletim Ambulatorial de Produção variável realizando consultas médicas, consultas de enfermagem e curativos de grau I e II com e sem desbridamento. Diariamente atendem uma média de cinquenta curativos e as enfermeiras responsáveis pelos ambulatórios, no ano de 2016, iniciaram o matriciamento com profissionais das US de modo ainda informal, mas bem utilizados por alguns serviços (PORTO ALEGRE, 2016b).

Neste contexto, o presente estudo buscou conhecer e comparar as características sociodemográficas e de saúde de usuários com lesões de pele, atendidos nos dois ACE do município de Porto Alegre, assim como conhecer o perfil de acesso destes usuários aos serviços de APS ao qual estão adscritos, fornecendo subsídios para as ações de cuidados desencadeadas entre os ACE e a APS.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico e transversal. A amostra foi constituída por usuários dos dois ACE do município de Porto Alegre. Cada serviço de saúde possui em média 120 usuários ativos anualmente. Para a inclusão da totalidade de casos, de modo a se obter uma amostra representativa, a coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2016.

O número de participantes selecionadas em cada um dos serviços foi proporcional à quantidade de atendimentos realizados pelos respectivos serviços.

Foi realizado convite para participar do estudo no momento de comparecimento a consulta, realizando-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e coletando-se o consentimento formal para participação na pesquisa.

As informações foram coletadas antes das consultas, em ambiente reservado adaptado de acordo com as características de cada serviço, com a finalidade de garantir a confidencialidade das informações. Todas as informações foram registradas em instrumento próprio do estudo. Posteriormente, todas as informações foram armazenadas em *software* específico, para realização do controle de qualidade e análise dos dados.

A informação sobre a possibilidade de acompanhamento da lesão de pele, na unidade básica de saúde, foi verificada junto ao profissional que realizava o atendimento no momento da consulta. Utilizou-se um instrumento de pesquisa elaborado para o estudo. Posteriormente, todas as informações foram armazenadas em *software* específico, para realização do controle de qualidade e análise dos dados.

Os dados foram tabulados e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0, e são apresentados por estatística descritiva em números absolutos e percentuais. Comparações são apresentadas pelo teste de homogeneidade de proporções, baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson ou Fisher, com nível de significância de 5%.

O presente estudo foi planejado obedecendo às exigências das “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos”, em conformidade com as normativas do Conselho Nacional de Saúde, Resoluções CNS nº 466/2012 (Brasil, 2012).

Trata-se de um estudo derivado um projeto de pesquisa de maior amplitude que tem por questão norteadora: “Como se dá a gestão do processo de trabalho e do cuidado dos

usuários com lesão de pele na rede de atenção à saúde no estado do Rio Grande do Sul?”. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (n° 56382316.2.0000.5347) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Porto Alegre (n° 56382316.2.3001.5338).

## RESULTADOS

A amostra foi constituída por 189 usuários, sendo 117 atendidos no ambulatório I (61,9%) e 72 atendidos no ambulatório II (38,1%). As características sociodemográficas e de saúde de usuários com lesões de pele são apresentadas na Tabela 1. A distribuição por sexo foi similar, sendo 49,7% homens e 50,3% mulheres. No ambulatório I a maioria eram mulheres (54,7%) e no ambulatório II a maioria eram homens (56,9%), sem diferença significativa entre os grupos de comparação ( $p=0,136$ ). Em relação à idade, 62,9% da amostra estava na faixa etária acima dos 60 anos, com distribuição similar entre os serviços ( $p=0,188$ ). Quanto à raça/cor, há o predomínio de brancos (66,7%) e diferenças significativas foram observadas entre os grupos, no serviço II há o quase o dobro de pretos (24,6%) quando comparado a proporção do serviço I (12,8%), já no serviço I há maior concentração de pardos (19,7% versus 7,2%) ( $p=0,036$ ). Quanto à escolaridade, não foram observadas diferenças entre os serviços ( $p=0,134$ ), no total da amostra havia predomínio de usuários com o ensino fundamental incompleto. Como meio de locomoção até o serviço de saúde, 58,3% dos usuários utilizavam ônibus, seguido por 39% com carro e 2,7% que chegavam caminhando. Ao observar esta variável nos serviços, verificou-se que no serviço II havia maior percentual de usuários utilizando ônibus (61,4% versus 56,4%) e no serviço I havia maior percentual de usuários utilizando carro (42,7% versus 32,9%), porém sem diferença estatística significativa ( $p=0,076$ ). Referente à proveniência do usuário, evidenciou-se a possibilidade de ser oriundo de qualquer gerência distrital ou usuários vindos de outras cidades. Diferenças estatísticas foram observadas quanto à proveniência entre os serviços ( $p<0,001$ ). No serviço I, maior percentual de usuários era oriundo das gerências IV, V e VI, com respectivamente 17,3%, 29,1% e 25,5% e 12,7% vinha de outras cidades. No serviço II, maior percentual de usuários era oriundo da gerência II (42%), e 4,3% vinha de outras cidades. Da amostra estudada, para 91% dos usuários possuíam lesão existia há pelo menos 6 meses. Esse dado foi similar em ambos os ambulatórios ( $p=0,202$ ).

As informações sobre atendimento e acesso a rede de atenção de usuários com lesões de pele são apresentadas na Tabela 2. Na amostra, 46,8% dos usuários era acompanhado no serviço por até um ano, 23,9% era acompanhado no serviço por período até cinco anos e 29,3% era acompanhado por período acima de cinco anos. Evidenciou-se que este dado diferiu entre os serviços ( $p=0,015$ ), enquanto que no serviço I a maioria dos usuários possuía tempo de acompanhamento acima de um ano (58,2%), no serviço II 54,9% dos usuários estavam sendo acompanhados até um ano no serviço. A maioria dos usuários foi

encaminhada pela atenção primária (69,4%), mas havia também usuários encaminhados pela atenção secundária/terciária (17,8%), aqueles que foram ao serviço por iniciativa própria (4,5%) e aqueles cujo familiar/amigo indicou (8,3%). Essa distribuição foi similar em ambos os serviços ( $p=0,197$ ). O acesso a unidade básica de saúde ocorria por 88,8% dos usuários estudados, 89% realizava consulta médica na unidade, 27,4% realizava consulta de enfermagem e 11% realizava curativo, entretanto a retirada para material de curativo era realizada por 45,9%. Estes dados não diferiram estatisticamente entre os grupos de comparação. O atendimento em outros serviços da rede de atenção era comum para 44,2% da amostra, sendo mais frequente no grupo do serviço II (66,7% versus 36%,  $p=0,001$ ), e 18,8% da amostra possuía algum tipo de atendimento em outro serviço pela lesão, também sendo mais frequente no grupo do serviço II (28,8% versus 13%,  $p=0,017$ ). Limitações físicas foram observadas em 53,7% dos usuários e 9,5% apresentavam algum tipo de limitação cognitiva, sem diferenças entre os grupos. A respeito das limitações físicas, 55,6% deambulavam com dificuldade e sem auxílio, 43,4% deambulavam com auxílio e 1% era cadeirante (dados não apresentados em tabela). Para 53% dos usuários, o serviço afirmou que o curativo poderia ser realizado na atenção primária.

**Tabela 1: Características sociodemográficas e de saúde de usuários com lesões de pele, atendidos em Ambulatórios de Curativos Especializados, Porto Alegre, 2016.**

Variável	Total	ACE I	ACE II	p-valor
<b>Sexo</b>				0,136*
Masculino	94 (49,7%)	53 (45,3%)	41 (56,9%)	
Feminino	95 (50,3%)	64 (54,7%)	31 (43,1%)	
<b>Idade</b>				0,188**
Menos de 50 anos	31 (16,45)	18 (15,4%)	13 (18,1%)	
50 a 59 anos	39 (20,6%)	30 (25,6%)	9 (12,5%)	
60 a 69 anos	60 (31,7%)	34 (29,1%)	26 (36,1%)	
70 anos ou mais	59 (31,2%)	35 (29,9%)	24 (33,3%)	
<b>Raça/Cor</b>				0,036**
Branca	124	78 (66,7%)	46 (66,7%)	
Preta	32 (17,2%)	15 (12,8%)	17 (24,6%)	
Pardo	28 (15,1%)	23 (19,7%)	5 (7,2%)	
Amarelo	1 (0,5%)	0 (0%)	1 (1,4%)	
Indígena	1 (0,5%)	1 (0,9%)	0 (0%)	
<b>Escolaridade</b>				0,134**
Analfabeto	14 (7,4%)	10 (8,5%)	4 (5,6%)	
Ensino fundamental inc.	101	65 (55,6%)	36 (50%)	
Ensino fundamental com.	27 (14,3%)	13 (11,1%)	14 (19,4%)	
Ensino médio inc.	16 (8,5%)	12 (10,3%)	4 (5,6%)	
Ensino médio com.	24 (12,7%)	11 (9,4%)	13 (18,1%)	
Ensino superior	7 (3,7%)	6 (5,1%)	1 (1,4%)	
<b>Locomoção até serviço de</b>				0,076**
Ônibus	109	66 (56,4%)	43 (61,4%)	
Carro	73 (39%)	50 (42,7%)	23 (32,9%)	
Caminhando	5 (2,7%)	1 (0,9%)	4 (5,7%)	
<b>Gerência Distrital de</b>				<0,001**
I	5 (2,8%)	3 (2,7%)	2 (2,9%)	
II	30 (16,8%)	1 (0,9%)	29 (42%)	
III	16 (8,9%)	10 (9,1%)	6 (8,7%)	
IV	21 (11,7%)	19 (17,3%)	2 (2,9%)	
V	34 (19%)	32 (29,1%)	2 (2,9%)	
VI	28 (15,6%)	28 (25,5%)	0 (0,0%)	
VII	22 (12,3%)	2 (1,8%)	20 (29%)	
VIII	6 (3,4%)	1 (0,9%)	5 (7,2%)	
Outras cidades	17 (9,5%)	14 (12,7%)	3 (4,3%)	
<b>Tipo de Lesão</b>				0,011*
Úlcera venosa	169	110	59 (83,1%)	
Outro(s)	18 (9,6%)	6 (5,2%)	12 (16,9%)	
<b>Tempo da lesão</b>				0,202*
< 6 meses	17 (9%)	8 (6,9%)	9 (12,5%)	
≥ 6 meses	171 (91%)	108	63 (87,5%)	
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>117</b>	<b>72</b>	

Fonte: Dados da Pesquisa \* Teste exato de Fisher. \*\* Teste de qui-quadrado de Pearson.

**Tabela 2: Informações sobre atendimento e acesso a rede de atenção de usuários com lesões de pele, atendidos em Ambulatórios de Curativos Especializados, Porto Alegre, 2016.**

<b>Variável</b>	<b>Total</b>	<b>ACE I</b>	<b>ACE II</b>	<b>n-valor</b>
<b>Tempo no serviço</b>				0,015**
≤1 ano	88 (46,8%)	49 (41,9%)	39 (54,9%)	
> 1 e ≤5 anos	45 (23,9%)	25 (21,4%)	20 (28,2%)	
≥ 5 anos	55 (29,3%)	43 (36,8%)	12 (16,9%)	
<b>Forma de acesso ao serviço</b>				0,197**
Encaminhado pela atenção primária	109	77 (68,1%)	32 (72,7%)	
Encaminhado pela atenção	28 (17,8%)	22 (19,5%)	6 (13,6%)	
Iniciativa própria	7 (4,5%)	3 (2,7%)	4 (9,1%)	
Indicação de familiar/amigo	13 (8,3%)	11 (9,7%)	2 (4,5%)	
<b>Acesso a US</b>				0,781*
Sim	142	102	40 (90,9%)	
Não	18 (11,2%)	14 (12,1%)	4 (9,1%)	
<b>Consulta médica na US</b>				0,250*
Sim	130 (89%)	93 (91,2%)	37 (84,1%)	
Não	16 (11%)	9 (8,8%)	7 (15,9%)	
<b>Consulta de enfermagem na US</b>				1,00*
Sim	40 (27,4%)	28(27,5%)	12 (27,3%)	
Não	106	74 (72,5%)	32 (72,7%)	
<b>Curativo na US</b>				1,00*
Sim	16 (11%)	11 (10,8%)	5 (11,4%)	
Não	130 (89%)	91 (89,2%)	39 (88,6%)	
<b>Retirada de material de curativo</b>				0,071*
Sim	67 (45,9%)	52 (51%)	15 (34,1%)	
Não	79 (54,1%)	50 (49%)	29 (65,9%)	
<b>Atendimento em outro serviço</b>				0,001*
Sim	69 (44,2%)	41 (36%)	28 (66,7%)	
Não	87 (55,8%)	73 (64%)	14 (33,3%)	
<b>Atendido em outro serviço pela</b>				0,017*
Sim	34 (18,8%)	15 (13%)	19 (28,8%)	
Não	147	100 (87%)	47 (71,2%)	
<b>Presença de limitação física</b>				0,072*
Sim	101	69 (59%)	32 (45,1%)	
Não	87 (46,3%)	48 (41%)	39 (54,9%)	
<b>Presença de limitação cognitiva</b>				0,203*
Sim	18 (9,5%)	14 (12%)	4 (5,6%)	
Não	171	103 (88%)	68 (94,4%)	
<b>Poderia realizar curativo na US</b>				0,761*
Sim	96 (53%)	61 (54%)	35 (51,5%)	
Não	85 (47%)	52 (46%)	33 (48,5%)	
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>117</b>	<b>72</b>	

Fonte: Dados da Pesquisa\* Teste Exato de Fisher. \*\* Teste de qui-quadrado de Pearson.

## DISCUSSÃO

Referente às características sociodemográficas dos participantes, os dados encontrados divergem dos achados em outros estudos com relação ao sexo, pois se encontrou proporção homogênea nos dois serviços de saúde, enquanto outros estudos apontam a prevalência do sexo masculino (SANT'ANA et al, 2012; SANTOS et al, 2010; AFONSO et al, 2013). Com relação à faixa etária, o estudo teve predominância de usuários idosos, com 62,9% com mais de 60 anos de idade, achado semelhante em outro estudo que também apontou a incidência de lesões, especialmente úlcera venosa, em indivíduos com mais de 60 anos (SALOME FERREIRA, 2012; AFONSO et al, 2013; SANTOS et al 2014). A literatura afirma que as úlceras venosas são mais comuns nas pessoas idosas, tendo um pico de prevalência entre 60 e 80 anos, pois o aumento da idade acarreta dificuldade no retorno venoso, ocasionando a piora da insuficiência venosa crônica, umas das maiores causas de úlceras venosas (BELCZAK et al, 2011).

A raça/cor foi referida pela maioria dos participantes como branca (66,7%), porém houve diferença nas proporções de usuários que se autodeclararam pretos e pardos. Enquanto no serviço I houve maior percentual de pardos, no serviço II houve maior percentual de pretos, este pode ser um indicativo social de diferença no perfil dos usuários que acessam os serviços. A maioria da amostra possuía ensino fundamental incompleto, dado semelhante a estudo realizado em Goiás (MALAQUIAS et al, 2014). A escolaridade tem sido relacionada a qualidade do autocuidado, nesse sentido, atenção especial precisa ser dispensada aos usuários com menos anos de estudo. A desigualdade no acesso e utilização dos serviços de saúde está relacionada, aos determinantes sociais da saúde, dentre eles o nível educacional, o que requer maior preocupação por parte dos serviços de saúde, no sentido de garantir equidade (BARBUI COCCO, 2002; PACE et al, 2002; GOMIDES et al, 2013).

O acesso aos serviços de saúde pode ser reconhecido como um compromisso ético e moral do estado com a sociedade, uma vez que os recursos para este setor são limitados e as necessidades da população sempre crescentes. Deste modo podemos considerar que é dever do estado a ordenação dos recursos e o trabalho com equidade, ou seja, é necessário reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde da população e considerar que o direito à saúde passa pela desigualdade social e deve atender a diversidade. Neste sentido, os recursos para garantir o direito à saúde *versus* a necessidade de saúde da população e as tecnologias disponíveis necessitam de uma ordenação técnica, administrativa e sanitária, a fim de melhorar o conjunto de ações e serviços disponibilizados à sociedade (SANTOS ANDRADE, 2012).

A organização dos serviços de saúde deve contemplar um modelo assistencial em atenção primária com território e população definida, equipe com amplo conhecimento das demandas sociais e de saúde da comunidade, sendo o modelo de saúde que determina a oferta de serviços, contanto que o estado garanta as condições mínimas de trabalho, como quantidade de profissionais para a população adscrita. No entanto, os serviços de APS não se bastam sozinhos precisam de uma rede equilibrada que ofereça atenção, promoção, reabilitação e cuidados paliativos, sem perda da continuidade e integralidade, ou seja, uma rede integrada da atenção primária, secundária e terciária (LIMA et al, 2015).

Os resultados do estudo apontam que 11,2% dos usuários dos ACE não acessam as unidades de saúde, apesar de estarem acessando a atenção secundária. É possível que este achado esteja relacionado à uma parcela da população do município, que não tem garantia de cobertura da APS, pois em Porto Alegre, somando os serviços ofertados pelas Unidades de Saúde sem saúde da família e com saúde da família, há uma cobertura de 69% da população. Além disso, o percentual de equipes de saúde da família incompletas corresponde a 11%, o que resulta em uma cobertura populacional de 80% da população com acesso a APS, ficando deste modo um percentual de 20% sem cobertura (PORTO ALEGRE, 2016a).

Reforçando esta discussão, o acesso à garantia de cobertura de APS adequada para a população é o primeiro passo, pois também é necessário assegurar que a atenção primária esteja desenvolvendo suas atribuições de forma adequada. Dentre seus atributos tem-se: (a) a atenção no primeiro contato, que pode ser definida como porta de entrada dos serviços de saúde; (b) a longitudinalidade, que implica na existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde; (c) a integralidade do cuidado em todos os níveis de atenção e abordagem do indivíduo; e, (d) a coordenação do cuidado, que pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA PEREIRA, 2013). Neste contexto, os resultados deste estudo também apontam para a dificuldade de manter os atributos de cuidado integral e coordenação do cuidado, pois, 12,8% dos usuários acessaram o ambulatório por iniciativa própria ou por indicação de amigo/familiar.

Contudo, existem outros aspectos, não analisados neste estudo, que também influenciam no acesso aos serviços, como as barreiras de organização, localização e estrutura dos serviços. Estudo realizado na Bahia sobre acessibilidade apontou na análise da organização dos serviços, que persistem problemas de acesso com relação às características do atendimento, que seriam barreiras organizacionais presentes com maior intensidade nas unidades básica de saúde sem saúde da família. Com relação às barreiras geográficas, as unidades básicas com saúde da família obtém classificação satisfatória, fato que se dá pelas unidades localizarem-se próximas das moradias, o que facilitaria o acesso (CUNHA VIEIRA-DASILVA, 2010; LIMA et al, 2015).

Ainda, o estudo mostra que 54,7% dos usuários do ACE moram em distritos de

saúde que não oferecem este serviço de atenção secundária, ocasionando grande deslocamento destes para acessar o cuidado à saúde, dado que colabora com esta fragilidade do acesso é o fato de que 58,3% dos usuários dos ACE utilizam o transporte coletivo como meio de locomoção até o ambulatório, somando a estes dados 53,7% dos usuários apresentam alguma limitação física, ou seja, há barreiras geográficas de acesso. Neste sentido, a APS poderia ter um papel de maior relevância no contexto de cuidados de usuários com úlceras venosas, podendo amenizar disparidades de acesso diante das dificuldades apontadas.

Estudo realizado em Recife mostra que os usuários procuram as unidades básicas sempre que apresentam algum problema de saúde em 86,2% nas unidades com saúde da família e 92,2% em unidades sem saúde da família (MENDES et al, 2012). Em Salvador, resultados mostram que 78,7% dos entrevistados procuraram sua unidade básica de saúde nos últimos doze meses e afirmaram realizar consulta com profissional de nível superior neste período (OLIVEIRA et al, 2012). O presente estudo apontou que 88,8% dos entrevistados acessam as unidades básicas de saúde, dentre os atendimentos realizados nas unidades 89% realizam consultas médica, 27,4% consultas de enfermagem, 11% procedimento de curativo, 45,9% retiram material para curativo e 66,4% retiram medicamentos (dado não apresentado em tabela). A necessidade de pelo menos uma consulta anual é fundamentada por evidências de que o adulto sem diagnóstico de alguma doença deve ter pelo menos quarenta minutos de atenção médica por ano, acrescido de vinte minutos para cada condição crônica apresentada. (LIMA-COSTA TURCI MACINKO 2013). Estudo realizado em Pernambuco aponta que 40% dos entrevistados utilizam medicações contínuas e a satisfação por retirar os medicamentos na unidade de saúde era de 63% nas sem saúde da família e 67,9% nas com saúde da família (MENDES et al, 2012).

O percentual de usuários com úlceras venosas de 90,4% aponta para a necessidade de coordenação e integração do cuidado entre atenção primária e secundária. Esta situação de saúde demanda uma assistência longitudinal, pelo seu caráter crônico tendo como base a insuficiência venosa, que necessita de cuidados tanto na recidiva da lesão, sendo o principal aspecto epidemiológico, quanto na prevenção de novos episódios e na melhoria da qualidade de vida dos usuários. As repercussões sociais na vida destes usuários, como o afastamento do trabalho e das atividades sociais, também precisam ser levadas em consideração dado o contexto crônico. (SANTOS et al, 2014; BELCZAK, 2011; SALOME FERREIRA, 2012). Ainda, sobre dados que colaboram neste sentido de integração entre os níveis de atenções à saúde, com relação à integralidade do cuidado, cabe citar que 91% dos usuários entrevistados estava há mais de 6 meses em tratamento pela atual lesão, este percentual é maior ainda no serviço I 93,1%. Com relação ao tempo de acesso ao serviço 36,8% os usuários do serviço I está há mais de seis anos neste serviço. Aspecto importante, pois envolve a cronicidade da

úlceras venosas, sendo importante refletir sobre a longitudinalidade do cuidado em saúde como atribuição da APS.

Estudo realizado em Pernambuco sobre atendimento de feridas em APS mostrou que o profissional responsável pela realização dos curativos correspondeu ao técnico de enfermagem com supervisão do enfermeiro e que o lugar eleito para a realização deste cuidado foi às unidades básicas de saúde (SANTOS et al, 2014). Nossa pesquisa aponta que apenas 11% dos entrevistados acessam a unidade para a realização de curativos, dados que pode ser explicado pela orientação realizada nos ACE da realização do curativo com exclusividade neste serviço, mas faz refletir sobre o desenvolvimento da responsabilidade da APS sobre a sua população adscrita. O cuidado com a lesão exige atenção multi e interdisciplinar, entretanto cabe aos enfermeiros uma responsabilidade específica, pois em diversas situações são estes profissionais que avaliam, iniciam os primeiros cuidados e acompanham a evolução da lesão. A equipe de enfermagem como um todo tem papel muito importante na estimulação do empoderamento e autocuidado deste usuário. Os dados de que apenas 11% realizam curativo na US e que 27,4% realizam consulta de enfermagem, caracterizam a ausência da enfermagem cuidadora.

Os curativos realizados nos ACE aos pacientes acometidos por úlcera venosa, em sua maioria, são realizados com a aplicação de compressão inelástica através da bota de unna, esta tecnologia tem apresentado bons resultados na melhoria da lesão e da qualidade de vida dos usuários (BELCZAK, 2011). A troca dos curativos no uso da bota de unna é realizada semanalmente, os usuários recebem a orientação, da equipe de enfermagem, de realizar a troca do curativo secundário sempre que necessário para evitar possível infecção, maceração e odor. Neste contexto, os usuários necessitam de materiais para realizar este cuidado em domicílio, a presente pesquisa mostrou que apenas 45,9% retiram material nas US, somando este dado ao de que a maioria 53,7% apresentam alguma limitação física e que 55,6% deambulam com dificuldade, o acesso aos materiais nas US é de extrema importância para a garantia da continuidade do cuidado realizado na atenção secundária.

Com relação à realização de curativos especiais nas US, 53% dos profissionais dos ACE referiram que o curativo poderia ser realizado nas unidades, tendo como ressalva a necessidade de educação permanente destes profissionais e a disponibilização das coberturas especiais. Neste sentido, pesquisa realizada em Pernambuco aponta que as US dispõem apenas de materiais básicos para a realização dos curativos, não tendo incorporado produtos de melhor tecnologia e comprovada relação custo-efetividade. (SANTOS et al, 2014). Esta também é uma realidade do município de Porto Alegre, uma vez que os usuários só tem acesso a coberturas especiais nos ACE.

Contudo, a possibilidade de incorporação de um cuidado mais eficaz, apesar de, inicialmente significar altos custos para a gestão pública, poderia, em longo prazo, ter como

consequência a diminuição do sofrimento dos usuários, com a melhora da dor, menor risco de contaminação e diminuição do tempo de fechamento da lesão, condições que contribuiriam para melhoria da qualidade de vida e a longo prazo, representam menos custos aos serviços de saúde (SALOMÉ e FERREIRA, 2012). Diante deste contexto, a equipe de enfermagem tem um papel singular, pois são estes profissionais que muitas vezes protagonizam os cuidados com as lesões de pele nos serviços e realizam o melhor cuidado diante das condições tecnológicas disponíveis na rede assistencial. O enfermeiro deve ter a responsabilidade pela supervisão do cuidado, envolvendo a prescrição de produtos adequados, a orientação, o acompanhamento, o desenvolvimento de processos educativos e a avaliação dos resultados.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo encontrou um perfil de usuários com lesões de pele semelhante nos serviços estudados. Além disso, destaca-se o elevado número de usuários com úlceras venosas, que associado ao envelhecimento populacional, e o aumento de doenças crônicas aponta a necessidade da APS absorver este cuidado, levando em consideração todos os seus atributos estruturantes.

A importância deste estudo se concretiza na relevância da situação de saúde uma vez que a maior demanda destes ambulatórios está centrada no atendimento aos usuários com úlceras vasculogênicas, sendo esta uma condição crônica com períodos de agudização/recidiva da lesão, necessitando cuidado prolongado e continuado. No mesmo sentido, reconhece-se que a efetivação do tratamento de condições crônicas implica na mudança de hábitos e autocuidado, intimamente relacionadas ao conhecimento das condições sociais que envolvem este usuário, sendo esta uma atribuição específica da APS no desenvolvimento da educação em saúde

## REFERÊNCIAS

- AFONSO, A. et al. Úlcera crónica do membro inferior – experiência com cinquenta doentes. *Angiol. Cir. Vasc.*, Espanha: v. 9, n.4, p. 148-153, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646706X13700351>>. Acesso em: 11 out. 2016.
- BELCZAK, S. Q. et al. Tratamento da úlcera varicosa dos membros inferiores mediante cirurgia e bota de unna: uma economia para o sistema de saúde brasileiro. *Einstein*, São Paulo, v.9, n.3, p.377-385, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v9n3/pt\\_1679-4508-eins-9-3-0377.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v9n3/pt_1679-4508-eins-9-3-0377.pdf)> Acesso em: 26 mai. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2012. Resolução CNS nº466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 26 de mai.2016.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>>. Acesso em: 24 abr. 2016.
- BRASIL. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/portaria30dedezembrode2010.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2016.
- BRASIL. A atenção primária e as redes de atenção à saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília: p. 127, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2016.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: p. 110, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 26 de jun.2016.
- BARBUI, E. C. e COCCO, M. I. Conhecimento do cliente diabético em relação aos cuidados com os pés. *Rev. Esc. Enferm. USP*. São Paulo: v. 36, n. 1, p. 97-103, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a13.pdf>>. Acesso em 22 out. 2016.
- CUNHA, A. B. O. e VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cspv26n415.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2016.
- GOMIDES, D. S., et al. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paul Enferm*. São Paulo: v. 26, n. 3, p. 289-293, 2013. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v26/n3/v26n3a14.pdf>>. Acesso em 22 out. 2016.
- LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000200635](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200635)>. Acesso em: 27 mai. 2016.
- LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Estratégia saúde da família em

comparação a outras fontes e atenção: Indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v. 29, n. 7, p.1370-1380, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n7/11.pdf>>. Acesso em: 27 mai.2016.

MALAGUIAS, S. G. et al. Integridade tissular prejudicada, fatores relacionados e características definidoras em pessoa com úlceras vasculares. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis: v. 23, n. 2, p. 434-442, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt\\_0104-0707-tce-23-02-00434.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00434.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2016.

MENDES, A. da C.G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a06.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2016.

OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade à atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p. 3047-3056, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a20.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2016.

OLIVEIRA, M. A. de C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia de saúde da família. *Rev Bras Enferm*. Brasília: v. 66, n. (esp), p. 158-164, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. (Navegador SUS, 2), p. 111, 2011. Disponível em: <[http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/aps\\_verde\\_new.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2016.

PACE, A. E. et al. Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com diabetes mellitus. *Rev. Bras. Enferm*. Brasília: v. 55, n. 5, p. 514-521, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n5/v55n5a06.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2016.

PORTO ALEGRE. Plano municipal de saúde de Porto Alegre, 2014. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/pms\\_2014\\_2017.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014_2017.pdf)>. Acesso em: 20 de set. 2016a.

SANTOS, I. C. R. V. et al. Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na atenção primária. *Rev. Rene*. Recife: v.15, n.4, p. 613-620, 2014.

SALOMÉ, G. M. e FERREIRA, L. M. Qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa em terapia compressiva por bota de Unna. *Rev. Bras. Cir. Plást*. São Paulo: v. 27, n. 3, p. 466-471, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-51752012000300024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752012000300024)>. Acesso em: 11 out. 2016.

SANT'ANA, S. M. S. C. et al. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. *Rev. Bras. Enferm*. Brasília: v.65, n.4, p. 637- 644, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a13v65n4.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2016.

SANTOS, F. A. A. S. et al. Carcterization of health status with regard tissue integrity and tissue perfusion in patients with venous ulcers according to the nursing outcomes classification. *J. Vasc. Nurs*. v.18, n. 1, p. 14-20, 2010.

SANTOS, L. ANDRADE, L. O. M. de. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 17, n. 11, p. 2876-2880, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100003)>. Acesso em 09 de out.2016.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO, Brasília, Ministério da Saúde, 2002, p. 726.

TRAVESSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2016.