

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

HEVERTON PAULINO DE OLIVEIRA

**AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO NOS
MEMBROS INFERIORES ACOMPANHADAS NAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS**

ALFENAS/MG

2025

HEVERTON PAULINO DE OLIVEIRA

**AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO NOS
MEMBROS INFERIORES ACOMPANHADAS NAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio.

ALFENAS/MG

2025

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Oliveira, Heverton Paulino de.

Autocuidado de pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores acompanhadas nas estratégias saúde da família de um município do sul de minas gerais / Heverton Paulino de Oliveira. - Alfenas, MG, 2025.

105 f. : il. -

Orientador(a): Eliza Maria Rezende Dázio.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2025.

Bibliografia.

1. Autocuidado. 2. Ferida. 3. Enfermagem. I. Dázio, Eliza Maria Rezende, orient. II. Título.

HEVERTON PAULINO DE OLIVEIRA

**AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO NOS
MEMBROS INFERIORES ACOMPANHADAS NAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS**

A Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Dissertação/Tese apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 02 de dezembro de 2025

Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio
Presidente da Banca Examinadora
Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava
Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Mônica La Salette da Costa Godinho
Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Eliza Maria Rezende Dázio**,
Professor do Magistério Superior, em 02/12/2025, às 15:57, conforme
horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº
8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.unifal-
mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_aces
so_externo=0](https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1678341** e o código CRC
B4127ACD.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, e acima de tudo, agradeço a Deus, por me fortalecer e capacitar para a realização desta dissertação.

À minha amada noiva Sabrina Sousa Barros, que desde o início me incentivou e esteve ao meu lado, segurando minha mão nos momentos de lágrimas e de sorrisos. Sua fé foi meu porto seguro, seu exemplo meu espelho diante dos estudos, e seu apoio, essencial em todas as minhas decisões.

Aos meus queridos pais, Eva Conceição da Cunha e José Nicodemos Paulino de Oliveira (in memoriam), agradeço pelo dom da vida. Em especial, à minha mãe, Eva Conceição da Cunha, pelo amor incondicional, pelos valores e ensinamentos transmitidos, e pelo apoio em todas as fases da minha trajetória.

Ao meu padrasto Divino Messias Feliciano, expresso profunda gratidão pelo apoio e incentivo constantes, que tornaram possível a concretização dos meus sonhos. Ao meu irmão Éder Paulino de Oliveira, pela parceria e encorajamento em todos os momentos.

Ao meu filho Gabriel Silva de Oliveira, pelo carinho, paciência e compreensão durante esta caminhada. E ao meu fiel companheiro Luck, por estar sempre ao meu lado, deitado aos meus pés, oferecendo conforto e companhia nos momentos difíceis.

À minha orientadora, Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio, pelos ensinamentos, dedicação e apoio imensurável ao longo de todo o processo.

Às professoras Dra. Lilian Cristiane Gomes e Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava, pelas valiosas contribuições durante o exame de qualificação, e ao Prof. Dr. Rogério Silva Lima, membro suplente da banca, pelos importantes ensinamentos.

Agradeço ainda a disponibilidade e ensinamentos da Profa. Dra. Mônica Lá-Salette da Costa Godinho.

Aos profissionais que colaboraram na coleta de dados e a todos os participantes da pesquisa, que gentilmente compartilharam suas experiências, bem como aos seus familiares, que nos receberam com tanto carinho e hospitalidade em seus domicílios.

À Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), especialmente aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por compartilharem seus conhecimentos e contribuírem de forma significativa para minha formação acadêmica e profissional.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

As feridas de difícil cicatrização destacam-se entre os problemas de saúde pública, pela alta prevalência e incidência, acometem a população em diversas faixas etárias, gênero e etnia. Produzem impacto negativo sobre a qualidade de vida, principalmente quando localizadas nos membros inferiores, pela longa duração do tratamento, tendo como desfecho, em algumas situações, a amputação. Nesse contexto, apreende-se que o cuidado de enfermagem deve ir além das ações técnicas voltadas para o tratamento da lesão, sendo importante compreender as necessidades específicas dessas pessoas e reconhecer que o impacto da lesão é singular, podendo afetar o autocuidado e a qualidade de vida de maneiras distintas. O objetivo foi compreender o autocuidado de pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores acompanhadas nas Estratégias Saúde da Família de um município do Sul de Minas Gerais. Estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo, desenvolvido com vinte e uma pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores. A coleta de dados foi realizada no domicílio dos participantes, pelo pesquisador treinado pela orientadora para este fim. Utilizou-se observação não participante, diário de campo, formulário de caracterização sociodemográfica e clínica, e as seguintes questões norteadoras para entrevista semiestruturada: como você se sente com esta ferida? Como você tem se cuidado com esta ferida? Como é para você realizar o seu tratamento na Estratégia Saúde da Família? Com cada participante foi realizada apenas uma entrevista gravada com autorização e duração média de 10 minutos. Os dados de caracterização sociodemográfica e clínica passaram por análise estatística descritiva simples e estão apresentados em dados absolutos e percentuais. Com os dados qualitativos realizou-se a análise temática de Minayo, fundamentada na Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alfenas sob o parecer nº 7.448.594 e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados evidenciaram o predomínio de participantes do sexo feminino 12 (57,1%), com idades entre 47 e 86 anos, 14 (66%) com renda mensal de um salário mínimo, sendo 16 (76,19%) aposentados e 14 (66%) católicos. Quanto ao grau de instrução, 11 (52,38%) cursaram o ensino fundamental incompleto e 10 (47%) eram viúvos. Referente às comorbidades mais prevalentes 11 (52,38%) reportaram hipertensão arterial sistêmica e 10 (47,62%) diabetes mellitus. Quanto aos hábitos de vida, 15 (71,43%) negaram tabagismo e 20 (95,24%), afirmaram não fazer uso de álcool (95,24%). O uso de medicamentos contínuos foi relatado por 20 (95,24%), sendo os anti-hipertensivos os mais citados por 11 (55%), os hipoglicemiantes orais por 7 (35%) e insulina por 4 (20%). O tempo médio de convivência com a ferida foi de 15 anos. Por meio da análise dos dados qualitativos identificou-se os núcleos de sentido para compreender as múltiplas facetas que envolvem o autocuidado das pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores. Assim, construídas as seguintes categorias temáticas: Autocuidado comprometido: reflexo das marcas visíveis e invisíveis da ferida de difícil cicatrização; A busca pela competência para o manejo da ferida: uma trajetória solitária para o autocuidado; O sistema de enfermagem como suporte para promoção do autocuidado de pessoas com feridas: potencialidades e limitações; Autocuidado de pessoas com feridas: desafios à equidade no processo terapêutico. A primeira categoria temática representa os sentimentos da pessoa com ferida de difícil cicatrização e revela que a vivência do ser humano com a lesão transcende a dimensão puramente física, afeta também o bem-estar psicossocial, emocional e espiritual. A segunda categoria temática foca nos comportamentos dos

participantes em relação ao cuidado com a ferida e à saúde geral, por isso a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem se torna uma ferramenta analítica central, uma vez que, a "agência de autocuidado", refere-se a capacidade de a pessoa se engajar em ações para cuidar de si mesmo. A terceira categoria apresenta a Estratégia Saúde da Família e a rede familiar como os principais sistemas de apoio que atuam para compensar os déficits de autocuidado. E ainda, os elementos de suporte que fortalecem a agência de autocuidado e os obstáculos que limitam a eficácia desse sistema. Já na última categoria estão descritos alguns dos fatores condicionantes básicos, sendo estes, capazes de influenciar e afetar a capacidade de autocuidado por criar um cenário de vulnerabilidade. Conclui-se que o autocuidado de pessoas com feridas de difícil cicatrização é um processo dinâmico, influenciado por fatores biopsicossociais, espirituais e culturais. Desenvolver este estudo representou uma jornada de aprendizado científico e humano, consolidando a enfermagem como ciência voltada ao empoderamento e à promoção do autocuidado e da autonomia do ser humano.

Palavras-chave: autocuidado; ferida; enfermagem.

ABSTRACT

Hard-to-heal wounds stand out among public health problems due to their high prevalence and incidence, affecting people across various age groups, genders, and ethnicities. They have a negative impact on the quality of life, especially when located in the lower limbs, due to the long duration of treatment, sometimes resulting in amputation. In this context, it is understood that nursing care must go beyond technical actions focused on wound treatment; it is essential to comprehend the specific needs of these individuals and recognize that the impact of the lesion is singular, potentially affecting self-care and quality of life in distinct ways.

The objective of this study was to understand the self-care practices of people with hard-to-heal wounds in the lower limbs, who are followed up by the Family Health Strategies (Estratégias Saúde da Família - ESF) in a municipality in the South of Minas Gerais, Brazil. This was a descriptive, qualitative study conducted with twenty-one people with hard-to-heal wounds in the lower limbs. Data collection was carried out at the participants' homes by a researcher trained by the advisor for this purpose. Non-participant observation, a field diary, a sociodemographic and clinical characterization form, and the following guiding questions for a semi-structured interview were used: How do you feel about this wound? How have you been taking care of yourself with this wound? What is it like for you to receive your treatment at the Family Health Strategy? Only one recorded interview was conducted with each participant, with authorization, and an average duration of 10 minutes. Sociodemographic and clinical characterization data underwent simple descriptive statistical analysis and are presented in absolute numbers and percentages. The qualitative data were subjected to Minayo's thematic analysis, grounded in Dorothea Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Alfenas under opinion number 7.448.594, and participants signed the Free and Informed Consent Form.

The results showed a predominance of female participants (12; 57.1%), aged between 47 and 86 years, with 14 (66%) having a monthly income of one minimum wage, 16 (76.19%) being retired, and 14 (66%) being Catholic. Regarding education level, 11 (52.38%) had incomplete elementary education, and 10 (47%) were widowed. The most prevalent comorbidities reported were systemic arterial hypertension (11; 52.38%) and diabetes mellitus (10; 47.62%). Regarding lifestyle habits, 15 (71.43%) denied smoking, and 20 (95.24%) reported not using alcohol. The continuous use of medications was reported by 20 (95.24%), with anti-hypertensives being the most cited (11; 55%), followed by oral hypoglycemic agents (7; 35%) and insulin (4; 20%). The average time living with the wound was 15 years.

Through the analysis of the qualitative data, meaning cores were identified to understand the multiple facets involved in the self-care of people with hard-to-heal wounds in the lower limbs. Thus, the following thematic categories were constructed: Compromised Self-Care: A Reflection of the Visible and Invisible Marks of the Hard-to-Heal Wound; The Search for Competence in Wound Management: A Solitary Trajectory for Self-Care; The Nursing System as Support for Promoting Self-Care in People with Wounds: Potentialities and Limitations; Self-Care of People with Wounds: Challenges to Equity in the Therapeutic Process. The first thematic category represents the feelings of the person with a hard-to-heal wound and reveals that the human experience with the lesion transcends the purely physical dimension, also affecting psychosocial, emotional, and spiritual well-being. The second thematic category focuses on the participants' behaviors regarding wound care and general

health, making Orem's Self-Care Deficit Theory a central analytical tool, as the "self-care agency" refers to the person's capacity to engage in actions to care for themselves. The third category presents the Family Health Strategy and the family network as the main support systems that act to compensate for self-care deficits, as well as the support elements that strengthen self-care agency and the obstacles that limit the effectiveness of this system. The last category describes some of the basic conditioning factors, which are capable of influencing and affecting self-care capacity by creating a scenario of vulnerability.

It is concluded that the self-care of people with hard-to-heal wounds is a dynamic process, influenced by biopsychosocial, spiritual, and cultural factors. Developing this study represented a journey of scientific and human learning, consolidating nursing as a science focused on the empowerment and promotion of self-care and autonomy of the human being.

Keywords: self-care; wound; nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organização do conceito de capacidades para o autocuidado.....	25
Figura 2 - Apresentação do processo de formação da categoria: Autocuidado comprometido: reflexo das marcas visíveis e invisíveis da ferida de difícil cicatrização.....	48
Figura 3 - Apresentação do processo de formação da categoria: A busca pela competência para o manejo da ferida: uma trajetória solitária para o autocuidado.	49
Figura 4 - Apresentação do processo de formação da categoria: O sistema de enfermagem como suporte para promoção do autocuidado de pessoas com feridas: potencialidades e limitações.	50
Figura 5 - Apresentação do processo de formação da categoria: Autocuidado de pessoas com feridas: desafios à equidade no processo terapêutico.....	51

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Certificação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DAP	Doença Arterial Periférica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DVC	Doença Venosa Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
HIV	Vírus da Imuno deficiência Humana
HTLV	Vírus Linfotrópico de Células T Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IVC	Insuficiência Venosa Crônica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Úlcera Arterial
UN	Úlcera Neuropática
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas de Minas Gerais
UV	Úlceras Venosas
TAI	Termo de Anuência Institucional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA	14
2.1	DEFINIÇÃO DE FERIDAS E ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS	14
2.1.1	Feridas de difícil cicatrização	15
2.1.2	Úlceras Venosas	16
2.1.3	Úlceras Arteriais	17
2.1.4	Úlceras Mistas	18
2.1.5	Úlceras Neuropáticas	19
2.2	CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS.....	20
2.3	REFERENCIAL TEÓRICO	23
3	JUSTIFICATIVA	31
4	OBJETIVO	33
5	MÉTODO	34
5.1	TIPO DE ESTUDO	34
5.2	CONTEXTO DE INVESTIGAÇÃO	34
5.3	GRUPO SOCIAL INVESTIGADO	35
5.4	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	36
5.6	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	38
5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	39
6.2	CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA	48
6.2.1	Autocuidado comprometido: reflexo das marcas visíveis e invisíveis da ferida de difícil cicatrização	52
6.2.2	A busca pela competência para o manejo da ferida: uma trajetória solitária para o autocuidado	57
6.2.3	O sistema de enfermagem como suporte para promoção do autocuidado de pessoas com feridas: potencialidades e limitações	64
6.2.4	Autocuidado de pessoas com feridas: desafios à equidade no processo terapêutico	71
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	81

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA	91
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	93
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	97

1 INTRODUÇÃO

Este estudo está centrado no autocuidado às pessoas com feridas de difícil cicatrização em membros inferiores acompanhadas nas Estratégias Saúde da Família (ESF) de um município do sul de Minas Gerais.

As feridas de difícil cicatrização destacam-se entre os problemas de saúde pública desafiantes, pela alta prevalência e incidência, acometem a população em diversas faixas etárias, gênero e etnia (Lobato *et al.*, 2025).

As feridas de difícil cicatrização vasculogênicas afetam as diversas dimensões do ser humano, quais sejam: biopsicossocial e espiritual, pois a pessoa sofre em decorrência das alterações da imagem corporal, da dor, das limitações nas suas atividades da vida diária, do afastamento laboral e da instabilidade financeira. E ainda, a pessoa acometida pode ser alvo de estranhamento e rejeição, sendo muitas vezes isolada e excluída do convívio social, devido à presença de exsudato abundante e odores. Por isso, produzem impacto negativo sobre a qualidade de vida, o bem-estar, principalmente pela longa duração do tratamento, tendo como desfecho, em algumas situações, a amputação dos membros inferiores (Murphy *et al.*, 2022).

Os princípios orientadores do tratamento de feridas sempre estiveram focados em definir, identificar quaisquer fatores associados que possam influenciar o processo de cicatrização e, em seguida, selecionar a cobertura ou dispositivo de tratamento adequado para atender ao objetivo de auxiliar no processo de cicatrização da lesão (Blackburn; Ousey; Stephenson, 2019).

Entretanto, nesse contexto, apreende-se que o cuidado às pessoas com feridas de difícil cicatrização, como as vasculogênicas, deve ir além das simples ações técnicas voltadas para o tratamento da lesão. É importante compreender as necessidades específicas dessas pessoas, reconhecendo que o impacto da lesão é pessoal e pode afetar o autocuidado e a qualidade de vida de maneiras distintas (Coelho *et al.*, 2018).

Para tanto, é fundamental que a pessoa com feridas de difícil cicatrização vasculogênica receba cuidados de uma equipe multiprofissional, tanto na Atenção Primária à Saúde como na média e alta complexidade (Lycarião, 2023).

O tratamento de feridas tem avançado por meio de técnicas e medicamentos adequados, possibilitando melhor resolutividade da ESF, tendo em vista que esta é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (Sousa *et al.*, 2020).

Na ESF, o tratamento de pessoas com ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores deve ser conduzido pelos integrantes da equipe de saúde, especialmente, pelo enfermeiro e técnicos de enfermagem, trabalhando, portanto, na promoção, prevenção e recuperação da saúde, com o intuito de satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a realização das atividades de vida diária de forma independente. Desta maneira, os cuidados prestados pela enfermagem podem auxiliar a pessoa a assumir e gerir recursos voltados à saúde e ao seu autocuidado (Fonseca *et al.*, 2012).

O autocuidado é essencial para a sobrevivência e a qualidade de vida do ser humano, pois se constitui como uma ação que a pessoa realiza em seu próprio benefício para manter a sua vida, a sua saúde e o seu bem-estar (Orem, 2006). Assim, ao atender as necessidades humanas, o enfermeiro deve estimular o autocuidado e para tanto, é preciso acolhimento, escuta qualificada, estabelecimento de vínculo, práticas da Clínica Ampliada, para um Projeto Terapêutico Singular (Trivellato *et al.*, 2018). Isso significa capacitar a pessoa a cuidar de si (Braga; Silva, 2011).

A resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 787 de 2025 regulamenta a atuação da equipe de enfermagem na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com lesões cutâneas (COFEN, 2025). Por isso, entende-se que o autocuidado está relacionado à atuação da equipe de enfermagem nas ESF.

Estudo realizado por Almeida *et al.* (2021) com o objetivo de discutir a importância da atuação do enfermeiro da ESF, no cuidado à pessoa com ferida, concluiu que a atuação desse profissional é imprescindível no cuidado e tratamento. Para além disso, o enfermeiro deve ter autonomia, pois é responsável por disponibilizar tecnologias, promover a educação em saúde, além de motivar essas pessoas à participação no processo de saúde, com vistas a melhorar a qualidade de suas vidas.

Durante a atuação em diferentes cidades da região e no decorrer de seis anos, como enfermeiro, em uma ESF de um município do Sul de Minas Gerais, o pesquisador vem se deparando com a complexidade e os desafios do cuidado à pessoa com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores. Essas vivências, aliadas ao contato direto com os usuários do SUS, despertaram o interesse em aprofundar o conhecimento sobre o autocuidado nesse contexto, com o intuito de contribuir para o fortalecimento das práticas de cuidado em enfermagem, pautadas na integralidade e na valorização da autonomia do ser humano.

Diante dessas vivências surgiram as seguintes indagações: como é para o ser

humano lidar no seu cotidiano de vida com uma ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores? Como a pessoa com ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores realiza o seu autocuidado? Como a pessoa com ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores é cuidada pelo enfermeiro na ESF?

Neste contexto, apresenta-se a importância de compreender o autocuidado a partir das vivências das pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores que realizam tratamento nas ESF de um município do Sul de Minas Gerais.

2 FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

2.1 DEFINIÇÃO DE FERIDAS E ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS

As feridas podem ser classificadas com base em diferentes critérios, como o agente causal, a profundidade, a forma, o tamanho, a quantidade de exsudato, a localização, a aparência e as condições do ambiente em que ocorre o tratamento (Sousa *et al.*, 2020).

De acordo com Mehl *et al.* (2020) as feridas podem ser classificadas como agudas ou crônicas. Logo, as feridas agudas são caracterizadas por uma resposta inflamatória controlada e geralmente cicatrizam sem complicações dentro de um período de aproximadamente três semanas. Já as feridas crônicas são aquelas que não avançam nas fases sequenciais e sobrepostas do processo de cicatrização. Estas feridas permanecem estagnadas na fase inflamatória, mesmo quando são adequadamente tratadas.

As feridas crônicas são aquelas que possuem como particularidade o tempo demorado de cicatrização, em decorrência de infecções presentes ou de alguns fatores como: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, comprometimento vascular, neuropatias (Costa *et al.*, 2022).

As úlceras vasculogênicas são lesões caracterizadas pela perda de tegumento, podendo, em casos mais graves, atingir tecidos subjacentes. Resultam do comprometimento do funcionamento do sistema vascular, envolvendo capilares, veias ou artérias, em especial, das anomalias valvulares venosas e das trombozes. Acometem predominantemente pessoas acima dos 60 anos, faixa etária em que são comuns as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), associadas ao processo de envelhecimento, com destaque para a doença venosa crônica (DVC) e a hipertensão arterial (HA). De maneira geral, essas lesões localizam-se no terço distal da perna e correspondem a cerca de 80 a 90% dos casos de úlceras nos membros inferiores (Ruiz; Pinheiro; Lima, 2022).

As úlceras vasculogênicas, também conhecidas como “úlceras de perna”, acometem principalmente os membros inferiores e podem ter origem venosa, arterial, mista, neuropática ou estar associadas a doenças sistêmicas, como neoplasias, hemopatias, infecções, diabetes mellitus e hipertensão arterial. Podem surgir de forma

espontânea ou por trauma, apresentando variações em tamanho, forma e profundidade (Lycarião, 2023).

Esse tipo de lesão nos membros inferiores, em grande parte das pessoas, apresenta natureza crônica, caracterizando-se por feridas que persistem por um período superior a seis semanas e que não demonstram tendência à cicatrização, mesmo após três meses ou mais de tratamento contínuo. Dessa forma, constituem um importante problema de saúde pública, impactando significativamente a vida das pessoas acometidos (Gomes *et al.*, 2022).

2.1.1 Feridas de difícil cicatrização

O termo "ferida de difícil cicatrização" é empregado para aquelas lesões que apresentam fatores que impedem o alcance da cura, entre esses, as condições clínicas subjacentes, localização anatômica desfavorável e por isso podem ser classificadas desde o início ou ainda não respondem adequadamente aos cuidados baseados em evidências, específicos para a sua etiologia. (Murphy *et al.*, 2020). Feridas que apresentam piora no quadro clínico, como aumento do exsudato, presença de tecido desvitalizado (esfacelo) no leito da ferida e ampliação de suas dimensões, são classificadas como feridas de difícil cicatrização. Essas lesões frequentemente estão associadas à presença de biofilme (Murphy *et al.*, 2022).

Estima-se que entre 2% a 6% da população mundial apresente lesões associadas ao processo de envelhecimento populacional, sendo que as pessoas com 65 anos ou mais constituem o grupo de maior risco para o desenvolvimento de feridas de difícil cicatrização (Sachett; Silva, 2019; Oliveira *et al.*, 2022).

As feridas de difícil cicatrização, anteriormente denominadas feridas crônicas, passaram a ser assim classificadas em função do tempo indeterminado necessário para finalização do processo de cicatrização, uma vez que não respondem aos cuidados preconizados para sua recuperação. Essa condição representa um grande desafio para a saúde pública, tanto pelo aumento da prevalência quanto pela multiplicidade de fatores etiológicos envolvidos, além de gerar elevados custos para o sistema de saúde. Dessa forma, destaca-se a necessidade de novos estudos que aprofundem o conhecimento sobre essa temática e contribuam para a melhoria das estratégias de prevenção e tratamento (Silva *et al.*, 2023; Lobato *et al.*, 2025).

2.1.2 Úlceras Venosas

As úlceras venosas (UV) representam cerca de 75% das causas de úlceras crônicas nos membros inferiores, sendo consideradas como um problema de saúde pública devido à sua longa duração, impacto incapacitante e alta taxa de recorrência. (Costa *et al.*, 2021; Lima Filho; Regel; Pressinatte, 2023).

Esse tipo de úlcera compromete as atividades de vida diária e de lazer, o que resulta em sofrimento físico e emocional à pessoa acometida e aos e seus familiares, pode levar a dependência contínua dos serviços de saúde e produzir impacto econômico para o sistema de saúde (Lycarião, 2023).

Cerca de 60% das lesões persistem por seis meses ou mais, e mais de 40% permanecem por mais de 1 ano, com uma duração média de seis a nove meses, podendo variar de algumas semanas até várias décadas, a depender da complexidade clínica e das condições da pessoa acometida (Lycarião, 2023).

Estima-se que no Brasil, cerca de 3% da população apresente úlceras de origem venosa, número que pode chegar a 10% entre pessoas com diabetes mellitus. Além disso, estima-se que aproximadamente quatro milhões de pessoas convivam com lesões crônicas ou enfrentem complicações no processo de cicatrização (Neri; Felis; Sandim, 2020).

As úlceras venosas estão associadas à hipertensão venosa dos membros inferiores e representam aproximadamente 80 a 90% das úlceras nessa região, o que reforça sua gravidade e relevância mundial (Neri; Felis; Sandim, 2020).

Geralmente se localizam no terço inferior da perna, sendo mais comuns na região do maléolo medial, sendo que o seu desenvolvimento ocorre de forma lenta e gradual, apresentando bordas irregulares e aspecto superficial, sem acometimento dos tecidos profundos (Costa *et al.*, 2021; Lima Filho; Regel; Pressinatte, 2023).

Algumas úlceras levam meses ou anos para epitelizar e estão diretamente relacionadas à insuficiência venosa crônica (IVC). Essa condição é marcada pela presença de refluxo valvar em veias superficiais ou profundas, prejudicam o funcionamento da bomba muscular da panturrilha. O refluxo ocorre pela incompetência das válvulas venosas, mantendo um fluxo anormal do sistema venoso profundo para o superficial. A falha no mecanismo fisiológico do fluxo venoso leva ao desenvolvimento de hipertensão venosa durante a deambulação, afetando diretamente a microcirculação. Esse processo provoca danos nas paredes capilares

e aumenta sua permeabilidade, permitindo a liberação de macromoléculas para o tecido cutâneo. Como consequência, ocorrem alterações na pele que evoluem para a ulceração do tecido (Neri; Felis; Sandim, 2020; Lima Filho; Regel; Pressinatte, 2023).

2.1.3 Úlceras Arteriais

As úlceras arteriais ou isquêmicas são causadas pela obstrução das artérias: o sangue não consegue chegar adequadamente aos tecidos para nutrir e oxigenar as células, o que resulta em morte celular e, conseqüentemente, lesões (Lima Filho; Regel; Pressinatte, 2023).

Entre essas condições, destaca-se a Doença Arterial Periférica (DAP), geralmente decorrente de processos ateroscleróticos sistêmicos que causam obstruções arteriais, podendo levar ao surgimento das úlceras arteriais. Essas são feridas intensamente dolorosas, desenvolvidas devido à redução do suprimento arterial local. Comumente afetam os dedos dos pés e áreas de maior pressão, como o calcanhar, o maléolo e o tornozelo (Moreira *et al.*, 2016).

Em relação ao histórico clínico, observa-se que essas lesões são mais frequentemente encontradas em pessoas com hábitos tabagistas, com diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica ou de doença arterial periférica, condições que contribuem significativamente para o comprometimento da integridade vascular e dificultam o processo de cicatrização (Lycarião, 2023).

O desenvolvimento da úlcera arterial ocorre de forma rápida e, geralmente, atinge camadas profundas, envolvendo tendões e músculos. Essas lesões apresentam bordas bem definidas, pele com aspecto lustroso, fria ao toque, e podem estar acompanhadas de cianose. A dor costuma ser intensa e persistente, mesmo em repouso, e os pulsos periféricos estão diminuídos ou ausentes na região afetada (Lima Filho; Regel; Pressinatte, 2023).

A evolução clínica das feridas de origem arterial apresenta características bem definidas, o que a torna uma importante aliada na condução do tratamento. Como essas lesões resultam de um comprometimento sistêmico, causado por obstrução arterial, o tratamento cirúrgico por meio da revascularização é considerado o mais eficaz. No entanto, nem sempre essa abordagem é viável, devido às condições clínicas da pessoa. Nesses casos, o tratamento pode incluir o uso de medicamentos e curativos com propriedades terapêuticas, visando à melhora da perfusão local e à

promoção da cicatrização (Lycarião, 2023).

2.1.4 Úlceras Mistas

As úlceras de etiologia mista representam a associação entre insuficiência venosa crônica e comprometimento arterial, sendo frequentemente denominadas úlceras mistas. Esse tipo de lesão é mais prevalente em mulheres entre 50 e 60 anos e costuma localizar-se nas faces lateral, anterior e posterior das pernas. Estima-se que a doença venosa arterial mista afete até 26% das pessoas com ulcerações nos membros inferiores, sendo uma condição de difícil manejo, dada sua complexidade clínica. Essas úlceras estão comumente associadas a comorbidades como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, hiperlipidemia, insuficiência renal crônica, obesidade, além de tabagismo, inatividade física e histórico familiar de doenças vasculares periféricas, fatores que agravam a progressão da lesão e dificultam o processo de cicatrização (Hedayati *et al.*, 2015; Lima Filho; Regel; Pressinatte, 2023; Alagha *et al.*, 2024).

Do ponto de vista clínico, as úlceras mistas apresentam baixo volume de exsudato ou ausência deste, base descorada, fundo necrótico e dor intensa, o que as diferencia das úlceras puramente venosas, geralmente menos dolorosas e mais exsudativas. No entanto, sua significância clínica e fisiopatologia ainda não são completamente compreendidas, o que contribui para a ausência de consenso quanto à modalidade terapêutica ideal, seja por meio de intervenções conservadoras ou cirúrgicas. Diante disso, o manejo dessas lesões requer uma abordagem individualizada e criteriosa, considerando o risco de piora da perfusão tecidual. As principais condutas incluem a elevação dos membros inferiores, a cessação do tabagismo, o controle rigoroso das doenças de base, como o diabetes e a hipertensão, além de orientações voltadas à redução do peso corporal e à promoção da atividade física, quando possível. A atuação da enfermagem é fundamental na avaliação clínica contínua, na implementação de cuidados direcionados e na educação da pessoa com ferida, favorecendo a cicatrização e prevenindo complicações (Hedayati *et al.*, 2015; Alagha *et al.*, 2024).

2.1.5 Úlceras Neuropáticas

As causas mais prevalentes de úlceras neuropáticas (UN) são as neuropatias diabética, hansênica e alcoólica. No entanto, o diagnóstico diferencial deve considerar outras condições, como sífilis, mielodisplasia, sarcoidose, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Vírus Linfotrópico de Células T Humana (HTLV), além de afecções hereditárias, como a amiloidose familiar e a acropatia úlcero-mutilante familiar (síndrome de Thevenard), entre outras (Moreira *et al.*, 2016)

As úlceras neuropáticas são decorrentes de alterações sensoriais, autonômicas e motoras resultantes da destruição dos nervos periféricos, sendo frequentemente associadas a neuropatias diabética, hansênica e alcoólica. O comprometimento sensorial leva à perda da sensibilidade protetora, o que favorece a ocorrência de traumas repetitivos não percebidos pelo paciente, evoluindo para lesões ulcerativas. Clinicamente, as manifestações podem preceder o aparecimento da úlcera, com queixas de queimação, formigamento, dor em pontadas, edema e diminuição da sensibilidade. Em estágios mais avançados, há alterações da marcha, perda de calçados durante o caminhar e deformidades osteomusculares (Jorgetto; Costa; Freitas, 2023; Lemos; Pinel Neto; Nunes, 2025).

Pode haver graus variados de comprometimento sensitivo, autonômico e motor nas úlceras neuropáticas. As alterações autonômicas promovem manifestações cutâneas como pele seca, espessada, presença de fissuras plantares e eritema, o que difere da palidez ou cianose típica das úlceras isquêmicas. Frequentemente, observam-se calosidades indolores nas regiões de maior pressão, como o antepé (especialmente sobre os primeiros e quintos metatarsianos), calcâneo e falanges distais, que antecedem o surgimento da lesão ulcerada. A úlcera neuropática caracteriza-se por bordas hiperkeratóticas, centro profundo e granuloso, além de áreas hemorrágicas que evidenciam microtraumatismos locais. Apesar da presença da neuropatia, os pulsos periféricos tendem a permanecer preservados pés (Brasil, 2008; Abbade *et al.*, 2020).

Diversos fatores contribuem para o surgimento das úlceras neuropáticas. Entre os principais, destaca-se a perda da sensibilidade protetora, incluindo os estímulos táteis, térmicos e dolorosos, o que favorece a ocorrência de microtraumas não percebidos. As alterações das fibras motoras, resultantes de fraqueza muscular e paralisia, podem levar a deformidades nos pés, aumentando a pressão em áreas

específicas. Além disso, a anidrose, provocada pela disfunção das glândulas sebáceas e sudoríparas, compromete a integridade da pele, favorecendo o surgimento de fissuras e a entrada de agentes infecciosos. Calosidades também são frequentes em regiões de maior sobrecarga, intensificando o risco de lesão (Brasil, 2016; Moreira *et al.*, 2016).

O manejo das úlceras neuropáticas representa um desafio clínico, exigindo abordagem multiprofissional para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado, com foco no controle das comorbidades de base, na educação em saúde e no monitoramento contínuo da integridade dos pés (Brasil, 2008; Santiago; Andrada; Cruz, 2020).

2.2 CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS

O processo de cicatrização tem início imediatamente após a formação de uma ferida, a qual pode ser definida como uma lesão corporal que geralmente envolve a laceração ou ruptura de uma membrana, com conseqüente comprometimento dos tecidos subjacentes. Esse processo é realmente complexo e envolve uma série de eventos biológicos. Inclui etapas como hemostasia (parada do sangramento), inflamação (resposta imunológica inicial), proliferação (crescimento de novos tecidos), angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos), produção de matriz (formação de tecido de granulação) e remodelação (reorganização e fortalecimento do tecido cicatricial) (Lycarião, 2023; Almeida *et al.*, 2024).

A hemostasia tem início com a vasoconstrição e a formação do coágulo, mecanismos fundamentais para a cessação do sangramento. Essa fase atua como uma resposta de defesa primária contra a perda sanguínea. A agregação plaquetária resulta na formação do coágulo, enquanto o trombo atua como uma barreira física, impedindo o sangramento contínuo. Além disso, essa estrutura serve como um reservatório de substâncias bioativas liberadas durante a desgranulação das plaquetas, que desempenham um papel importante nas fases subsequentes do processo de cicatrização (Medeiros; Dantas-Filho, 2017).

O evento de inflamação desencadeia a cascata da coagulação, promovendo a amplificação da resposta inflamatória e o recrutamento de células imunológicas responsáveis pelo desbridamento do tecido inviável. Clinicamente, a inflamação se manifesta por sinais clássicos como eritema, calor, edema e dor. Do ponto de vista

fisiológico, essa fase é marcada pela vasodilatação, aumento da permeabilidade vascular e migração de leucócitos para o local da lesão, com o objetivo de combater possíveis agentes patogênicos e preparar o leito da ferida para as próximas fases da cicatrização tecidual (Lycarião, 2023)

A proliferação (crescimento de novos tecidos), ocorre entre o quarto e décimo segundo dias após a lesão. Durante esse período, fibroblastos, células musculares lisas, células endoteliais e células epiteliais começam a atuar para cobrir o local da ferida. Essas células desempenham um papel importante na restauração da continuidade do tecido, por meio da deposição da matriz extracelular, da angiogênese e da epitelização. Os processos dessa fase são necessários para cobrir a superfície da ferida, restaurar a integridade vascular e promover o preenchimento do local com tecido novo, favorecendo a regeneração e a recuperação da função tecidual (Medeiros; Dantas-Filho, 2017).

A angiogênese tem início entre o primeiro e o segundo dia após a ocorrência da lesão. Esse processo envolve a migração de células endoteliais a partir de vênulas intactas localizadas na periferia da ferida em direção à sua borda. Como resultado, há a formação de novos capilares sanguíneos, promovendo a revascularização da área lesionada. O crescimento desses capilares contribui diretamente para a formação do tecido de granulação, estrutura essencial para o preenchimento da ferida e suporte à regeneração tecidual (Lycarião, 2023)

Na produção de matriz (formação de tecido de granulação) o tecido de granulação é caracterizado como um tecido inflamatório jovem, de coloração avermelhada e altamente vascularizado, essencial para a cicatrização. Sua composição inclui água, proteínas plasmáticas (como albumina e globulinas), células inflamatórias, fibroblastos, colágeno, citocinas, componentes do sistema complemento, glicoproteínas, proteoglicanos (como ácido hialurônico e fibronectina), fibrina e uma extensa rede de neovasos. À medida que o processo cicatricial evolui, esse tecido passa por uma fase de remodelagem, durante a qual ocorrem fenômenos como a reabsorção de glicoproteínas, proteínas plasmáticas e eletrólitos, além da degradação dos proteoglicanos. Nessa fase, há também uma reorganização das fibras colágenas, com predominância do colágeno tipo I (aproximadamente 80%), em substituição ao colágeno tipo III (cerca de 20%), conferindo maior resistência e estabilidade ao novo tecido formado (Medeiros; Dantas-Filho, 2017).

A remodelação (reorganização e fortalecimento do tecido cicatricial) é fase final

da cicatrização, tem início na primeira semana após a lesão e pode durar até 18 meses. Nesse período, ocorre a remodelação da matriz cicatricial, com reabsorção e nova deposição de colágeno, promovendo mudanças no tamanho, forma e resistência da cicatriz. A resistência do tecido aumenta gradualmente: cerca de 3% após uma semana, 30% em três semanas e 80% após três meses, embora nunca atinja os 100% do tecido original. Esse processo envolve a conversão de colágeno solúvel em insolúvel, mais espesso e organizado, sendo essencial a presença de vitamina C, oxigênio e ferro para a estabilização das fibras. A qualidade final da cicatriz depende de fatores como tipo, profundidade e localização da ferida, estado nutricional, cuidados no tratamento e condição clínica da pessoa (Medeiros; Dantas-Filho, 2017).

Quando alguma dessas fases é interrompida ou desregulada, o processo de cicatrização pode ser comprometido, levando à formação de feridas crônicas que não cicatrizam adequadamente. O tratamento de feridas crônicas geralmente requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo cuidados médicos, de enfermagem especializada e, às vezes, terapias adicionais, como terapia a vácuo ou enxertos de pele (Almeida *et al.*, 2024).

A cicatrização de feridas é um processo dinâmico e sistemático, cuja evolução depende diretamente da implementação de cuidados específicos e de qualidade, ajustados ao tipo e às características da lesão. Para um manejo eficaz, é importante considerar fatores locais e sistêmicos que podem influenciar negativamente a cicatrização. Entre esses fatores, destacam-se a idade do paciente, a presença de doenças crônicas, o uso de determinados medicamentos, a ocorrência de infecção, edema, presença de corpos estranhos e tecido necrótico, entre outros (Costa *et al.*, 2021).

O processo de cicatrização pode ocorrer por primeira, segunda ou terceira intenção. A cicatrização por primeira intenção ocorre quando há a união das bordas da lesão, geralmente por meio de sutura, sendo comum em feridas pequenas, com bordas próximas, sem infecção ou edema significativo, como nas feridas cirúrgicas. Já a segunda intenção acontece quando há uma grande perda tecidual, com afastamento das bordas e possibilidade de infecção. Nessas situações, a ferida é mantida aberta e cicatriza-se espontaneamente, por meio da epitelização e contração do tecido. Por fim, a terceira intenção ocorre quando uma ferida previamente suturada sofre deiscência, geralmente devido a um processo infeccioso, passando então a cicatrizar por segunda intenção (Lycarião, 2023).

A cicatrização das feridas está diretamente relacionada à adoção de um tratamento apropriado. Nesse contexto, a escolha adequada de medicamentos e coberturas deve contemplar não apenas a promoção da cicatrização, mas também a prevenção de infecções. Ressalta-se, portanto, a importância de que os profissionais de saúde conheçam as diferentes opções de coberturas disponíveis, utilizando-as de forma complementar ao tratamento mais indicado para cada caso. É fundamental compreender os benefícios, indicações, contraindicações e custos associados a cada tipo de cobertura, a fim de selecionar a alternativa mais eficaz para cada fase do processo terapêutico (Sousa *et al.*, 2020).

2.3 REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado (TEDA), desenvolvida por Dorothea Orem, é amplamente aplicada na enfermagem brasileira devido à sua relevância para a assistência, uma vez que permite a adaptação a diferentes cenários e possibilita uma abordagem centrada nas necessidades individuais. Também tem sido utilizada como base conceitual para o desenvolvimento de pesquisas no campo da enfermagem e é aplicável a diferentes grupos e contextos (Orem, 2006; Bezerra *et al.*, 2018).

A teoria é fundamentada em três pressupostos teóricos: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Essa estrutura teórica fornece subsídios para compreender o papel da pessoa no autocuidado, os desafios que podem comprometer o autocuidado e a atuação da enfermagem para a compensação (Orem, 2006).

A Teoria do Autocuidado engloba: o autocuidado, a atividade de autocuidado, a exigência terapêutica de autocuidado e os requisitos para o autocuidado. O autocuidado é entendido como atividades realizadas pela própria pessoa com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar, reintegrando-o à sociedade. Essa teoria é um componente da Teoria do Déficit de Autocuidado, formulada por Dorothea Orem, e parte do princípio de que o autocuidado constitui uma função reguladora humana, sendo uma ação deliberada orientada para suprir ou garantir o fornecimento dos insumos necessários à continuidade da vida, ao crescimento, ao desenvolvimento e à manutenção da integridade humana. Os requisitos para o autocuidado seguem essa mesma lógica, representando as necessidades que devem ser atendidas por

meio dessas ações conscientes e intencionais (Orem, 2006; McEwen; Wills, 2016).

A Teoria do Déficit de Autocuidado vem com a principal ideia de explicar o por que as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem. Visto que a necessidade de assistência de enfermagem surge quando há limitações relacionadas à saúde que impedem a pessoa de conhecer, decidir e realizar os cuidados consigo mesmo ou com uma pessoa dependente (Orem, 2006; Bezerra *et al.*, 2018).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem é a mais abrangente e envolve a Teoria do Déficit de Autocuidado. Por sua vez, a Teoria do Autocuidado faz parte da Teoria do Déficit de Autocuidado (McEwen; Wills, 2016). A Teoria dos Sistemas de Enfermagem estabelece o papel do enfermeiro na prestação de cuidados conforme o grau de dependência da pessoa. Ainda, em consonância com esse referencial teórico, a ajuda profissional pode ser estruturada em três tipos de sistemas: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e apoio e educação (McEwen; Wills, 2016).

Totalmente compensatório refere-se ao autocuidado em sua forma totalmente dependente, caracterizando situações em que outra pessoa, como um familiar ou um profissional de saúde, assume integralmente a prestação do cuidado à pessoa que não possui capacidade para realizá-lo de maneira autônoma (Orem, 2006; Parker; Smith, 2010).

Parcialmente compensatório diz respeito à situação em que a pessoa possui limitações na capacidade de autocuidado, necessitando de assistência parcial para atender às suas demandas. Nesse contexto, as capacidades de conhecer, decidir e agir podem estar comprometidas em diferentes graus, exigindo a intervenção de familiares ou profissionais de enfermagem para complementar o cuidado (Orem, 2006; Parker; Smith, 2010).

Apoio e educação possui um papel essencial nesse contexto, pois permite que as pessoas desenvolvam competências para avaliar suas necessidades, tomar decisões e executar ações que promovam sua saúde. Quando as capacidades para o autocuidado não estão plenamente desenvolvidas ou operacionais, como no caso das pessoas com doenças crônicas, limitações cognitivas ou em situações de vulnerabilidade, a atuação da enfermagem e de cuidadores torna-se indispensável para fornecer apoio educativo e assistência adequada, garantindo que as necessidades terapêuticas sejam atendidas de forma segura e eficaz (Orem, 2006; McEwen; Wills, 2016).

Orem descreve cinco conceitos centrais, como capacidades de autocuidado, ações de autocuidado, demandas de autocuidado terapêutico, déficit de autocuidado e agência de enfermagem. A teoria também descreve como conceito secundário os requisitos de autocuidado e como conceito periférico os fatores condicionantes básicos que influenciam diretamente nas capacidades de autocuidado (Orem, 2006; Bezerra *et al.*, 2018).

As capacidades de autocuidado são os conhecimentos e habilidades que permitem a pessoa atender às suas necessidades contínuas de autocuidado, mantendo e promovendo a integridade física, mental e o bem-estar. Esse conceito é composto pelas disposições e capacidades fundamentais, componentes de poder e operações de autocuidado (Orem, 2006), conforme pode ser observado por meio de um modelo hierárquico de três partes na Figura 1.

Figura 1 - Organização do conceito de capacidades para o autocuidado.



Fonte: Parker; Smith, 2010, p. 130.

As disposições e capacidades fundamentais estão no nível mais básico e relacionadas às capacidades básicas que a pessoa necessita ter para executar ou aprender atividades. Elas representam habilidades necessárias para qualquer tipo de ação deliberada, não apenas para o autocuidado. Entre elas, destacam-se a visão, a audição, capacidades funcionais, a percepção, a memória e a orientação, que permitem a pessoa compreender e executar tarefas de forma consciente. Quando essas capacidades não estão desenvolvidas, torna-se impossível realizar atividades voltadas ao autocuidado (Orem, 2001; Parker; Smith, 2010).

Os componentes de poder situam-se no nível intermediário da hierarquia e representam habilidades fundamentais para o autocuidado. Entre eles, destacam-se

a valorização da saúde, a capacidade de adquirir conhecimento sobre recursos de autocuidado e a disposição física para executá-lo. De forma geral, essas habilidades envolvem aspectos cognitivos, motivacionais e técnicos essenciais para a realização do autocuidado (Orem, 2001; Parker; Smith, 2010).

As operações de autocuidado envolvem habilidades essenciais para identificar, decidir, realizar e avaliar as ações necessárias para o cuidado pessoal. Elas são divididas em três tipos principais: operações estimativas, que consistem na capacidade de determinar o que deve ser feito em uma situação de saúde específica; operações transitórias, relacionadas à tomada de decisão sobre qual ação seguir; e operações produtivas, que englobam a execução do autocuidado, o monitoramento dos efeitos e a avaliação da eficácia da ação. Essas operações destacam a complexidade das capacidades humanas e como a execução do autocuidado pode variar dependendo do desenvolvimento e da funcionalidade da pessoa (Orem, 2001; Parker; Smith, 2010).

As ações de autocuidado correspondem a comportamentos voluntários e intencionais realizados pelo próprio indivíduo com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Essas ações envolvem uma série de capacidades humanas integradas que possibilitam identificar, planejar e executar atividades necessárias para atender às próprias necessidades de saúde. Tais capacidades abrangem desde funções cognitivas básicas como percepção, atenção e memória, até habilidades mais complexas, como tomar decisões conscientes, organizar tarefas em sequência lógica e realizar procedimentos específicos de cuidado, como higiene corporal, alimentação adequada, uso correto de medicações e monitoramento de sinais e sintomas. Para que essas ações ocorram de forma eficaz, é necessário que o indivíduo desenvolva e mobilize três habilidades fundamentais: conhecer (compreender sua condição de saúde), decidir (avaliar e escolher o que precisa ser feito) e agir (executar o cuidado necessário). Entretanto, quando essas capacidades estão ausentes, limitadas ou comprometidas, seja por fatores físicos, emocionais, cognitivos ou contextuais, torna-se indispensável a atuação de outras pessoas, como familiares ou profissionais de enfermagem, que assumem total ou parcialmente o cuidado, assegurando que as necessidades terapêuticas do indivíduo sejam adequadamente atendidas (Orem, 2001; McEwen; Wills, 2016).

As demandas de autocuidado terapêutico abrangem todas as ações necessárias para manter a vida, a saúde e o bem-estar ao longo do tempo, exigindo

um amplo conhecimento de enfermagem baseado em evidências, bem como habilidades de comunicação e relacionamento. Esse processo combina o conhecimento científico com a compreensão das condições individuais e ambientais do paciente, permitindo identificar as ações mais adequadas para cada situação de cuidado, envolvendo a adaptação dos valores com base nos fatores condicionantes básicos (Orem, 2006; Parker; Smith, 2010).

O déficit de autocuidado expressa a relação entre dois conceitos fundamentais: as capacidades de autocuidado e a demanda de autocuidado terapêutico. Quando as capacidades de autocuidado não são suficientes para atender a todos os requisitos de autocuidado, ocorre um déficit de autocuidado (Orem, 2006).

A agência de enfermagem refere-se ao poder ou a habilidade do enfermeiro de fornecer cuidados. Envolve capacidades necessárias para compreender e atender às demandas terapêuticas de autocuidado dos pacientes, além de proteger e regular o desenvolvimento da agência de autocuidado. Assim como a agência de autocuidado, a agência de enfermagem também é influenciada por fatores condicionantes básicos. O enfermeiro tem sua formação somada com sua experiência em enfermagem, podem afetar sua capacidade de oferecer cuidados de forma eficaz (Parker; Smith, 2010).

Diante disso, a intervenção do enfermeiro é planejada de maneira terapêutica, visando não apenas suprir as necessidades da pessoa, mas também capacitá-la para desempenhar, na medida do possível, suas próprias atividades de autocuidado (Ribeiro *et al.*, 2021).

Orem define três tipos de requisitos de autocuidado que servem como base para identificar e orientar as ações necessárias na demanda terapêutica de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (Orem, 2006).

Os requisitos universais são essenciais para todos os seres humanos, independentemente da idade ou condição, variando entre adultos e crianças. Eles incluem elementos como a necessidade de ar, alimentação, atividade e repouso, solidão e interação social, os quais influenciam na qualidade e a quantidade das ações necessárias para alcançar o objetivo, prevenindo riscos à vida, ao funcionamento humano e ao bem-estar (Orem, 2006).

Os requisitos de desenvolvimento contemplam três tipos de requisitos: o primeiro relacionado às ações do desenvolvimento humano ao longo da vida. Esses requisitos costumam ser atendidos por pessoas responsáveis pelo cuidado de

indivíduos dependentes, como pais que cuidam de bebês e crianças em fase de desenvolvimento, ou em situações em que adultos sofrem de doenças graves ou situações de desastre (Orem, 2001; McEwen; Wills, 2016).

O segundo refere-se às demandas de ação de pessoas que ocupam funções positivas e estão em boa saúde mental. Incluindo capacidade autorreflexão, estabelecimento de metas e responsabilidade pelas funções desempenhadas (Orem, 2001). Já o terceiro requisito está relacionado às interferências no desenvolvimento são expressões de objetivos que são alcançados por meio de ações necessárias em situações de crise, como a perda de um ente querido, a perda de emprego ou doenças terminais (Orem, 2001).

Os requisitos de desvio de saúde são objetivos específicos, aplicáveis quando a pessoa está doente, ferida ou recebendo cuidados médicos profissionais. Seu objetivo é buscar e garantir a assistência adequada para condições genéticas, fisiológicas ou psicológicas que sejam conhecidas por causar ou estar associadas a doenças (Orem, 2006).

Os fatores condicionantes básicos são considerados elementos periféricos que influenciam significativamente a capacidade de autocuidado das pessoas. Esses fatores estão diretamente relacionados aos conceitos de agência de autocuidado e demanda terapêutica de autocuidado, atribuídos ao paciente, bem como à agência de enfermagem, conceito associado ao profissional enfermeiro (Orem, 2001; McEwen; Wills, 2016). Tais fatores são divididos em intrínsecos e extrínsecos, sendo os intrínsecos aqueles ligados às características pessoais da pessoa, como idade, sexo, estado de desenvolvimento e estado de saúde. Já os fatores extrínsecos envolvem elementos contextuais e sociais, como a orientação sociocultural, os sistemas de saúde e familiar, o padrão de vida, os fatores ambientais, bem como a disponibilidade e adequação de recursos. Esses aspectos, tanto internos quanto externos, interferem diretamente nas ações e capacidades de autocuidado, além de influenciarem na intensidade e na complexidade do cuidado necessário diante das exigências universais, do desenvolvimento e dos desvios de saúde. Compreender esses fatores é de suma importância para a prática de enfermagem, pois permite identificar as reais necessidades da pessoa, promover intervenções adequadas e favorecer a autonomia no processo de autocuidado (Orem, 2001; Parker; Smith, 2010).

O grau de instrução e escolaridade, a estrutura familiar e os valores culturais constituem exemplos de fatores condicionantes básicos que podem influenciar, tanto

de forma favorável quanto desfavorável, a capacidade e o desempenho das ações de autocuidado (Orem, 2001; Parker; Smith, 2010).

Esses mesmos fatores condicionantes básicos também se aplicam à agência de enfermagem, como o estado de saúde. Isso significa que as capacidades de enfermagem podem ser afetadas por diferentes condições que impactam a habilidade do enfermeiro em atender às demandas específicas de cuidados do paciente (Orem, 2001; Parker; Smith, 2010).

Os conceitos metaparadigmáticos da enfermagem (pessoa, ambiente, saúde e enfermagem) na perspectiva da Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, são compreendidos a partir da centralidade do fenômeno do autocuidado e assumem definições específicas que orientam a prática assistencial. A pessoa é entendida como um ser humano integral, composto pelas dimensões física, psicológica, social e espiritual, dotado de potencial para realizar ações deliberadas de autocuidado. Orem define os seres humanos como “homens, mulheres e crianças atendidos individualmente ou como unidades sociais”, sendo estes o “objeto material” do cuidado prestado pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde (Orem, 2001; McEwen; Wills, 2016).

O ambiente, por sua vez, é o espaço no qual o autocuidado é praticado ou recebido, e compreende aspectos físicos, químicos e biológicos, além de considerar a influência da cultura familiar, da comunidade e das estruturas sociais, as quais interferem diretamente na capacidade de autocuidado da pessoa (Orem, 2001; McEwen; Wills, 2016).

A saúde é definida por Orem (2001) como o estado de integridade estrutural e funcional do ser humano, sendo compreendida tanto no nível individual quanto coletivo. Ela representa a capacidade do sujeito de manter equilíbrio físico e funcional, refletir sobre si mesmo, simbolizar experiências e comunicar-se com os outros. Na teoria de Orem, a saúde está intrinsecamente ligada à realização dos requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde que, quando atendidos, favorecem a promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da qualidade de vida.

Por fim, a enfermagem é concebida como uma ciência aplicada e uma arte, pela qual o enfermeiro presta assistência especializada àqueles que apresentam limitações na realização de seu autocuidado, seja de maneira parcial ou total. Para Orem a enfermagem ultrapassa os cuidados comuns e envolve ações deliberadas que

visam suprir déficits de autocuidado, colaborando de forma inteligente e integrada com o atendimento médico e com outros profissionais da saúde. Assim, o cuidado de enfermagem visa não apenas compensar a incapacidade temporária ou permanente do indivíduo, mas também promover sua autonomia e fortalecer suas capacidades de autocuidado ao longo do processo saúde-doença (Orem, 2006; McEwen; Wills, 2016).

Nesse contexto, Orem (2006) diferencia os conceitos de saúde e bem-estar, considerando-os interligados, porém distintos. A saúde refere-se a um estado de integridade físico-psicológica e estrutural-funcional, enquanto o bem-estar está associado a experiências subjetivas de satisfação, prazer e felicidade, podendo ser influenciado por fatores como vivências espirituais, avanço no processo de autoconhecimento e contínua personalização do indivíduo.

O enfermeiro, em colaboração com o paciente e os agentes de cuidado dependente, realiza uma análise das limitações da pessoa em relação aos requisitos de autocuidado. Essas limitações geralmente envolvem a falta de conhecimento, dificuldades na tomada de decisões e a incapacidade de realizar as ações necessárias para alcançar os resultados terapêuticos desejados. Com base nessa avaliação, o enfermeiro elabora um plano de cuidados que proporciona o suporte necessário para que o paciente possa melhorar seu autocuidado e sua saúde (Parker; Smith, 2010).

Diante disso, a intervenção do enfermeiro é planejada de maneira terapêutica, visando não apenas suprir as necessidades da pessoa, mas também capacitá-la para desempenhar, na medida do possível, suas próprias atividades de autocuidado (Parker; Smith, 2010; Ribeiro *et al.*, 2021).

3 JUSTIFICATIVA

Conviver diariamente com uma ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores é um desafio que vai além do aspecto físico, uma vez que essa afeta também o bem-estar emocional e social da pessoa. O tratamento desse tipo de condição é complexo e muitas vezes requer a atuação de uma equipe multiprofissional, o que envolve o processo de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde, além da utilização de materiais e coberturas adequadas. É fundamental promover a educação permanente dos profissionais sobre o manejo correto das feridas e considerar os fatores intrínsecos e extrínsecos que interferem na cicatrização. Todos esses desafios podem contribuir para o prolongamento do tratamento, aumento dos custos, maior risco de complicações, piora na qualidade de vida da pessoa e de seus familiares ou cuidadores, além do aumento da morbimortalidade associada (Silva *et al.*, 2021).

Os impactos causados pelas feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores demandam dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, um conhecimento aprofundado para o manejo adequado e uma atuação resolutiva. Nesse contexto, o papel do enfermeiro é muito importante, sendo imprescindível compreender o autocuidado na perspectiva da pessoa com lesão (Lycarião, 2023).

O desenvolvimento deste estudo é justificado pela sua capacidade de fornecer informações úteis que podem aprimorar o cuidado à pessoa com ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores e otimizar a organização do trabalho da equipe de enfermagem, levando em conta suas particularidades e demandas. Além disso, pode contribuir para orientar o cuidado de forma abrangente, propiciando uma maior conexão entre a pessoa com ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores e profissionais de enfermagem, o que fortalece o vínculo entre eles e contribui positivamente para o seu autocuidado, bem-estar e qualidade de vida.

Ressalta-se a relevância desta temática tanto para os profissionais de saúde quanto para as pessoas com ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores, uma vez que compreender o autocuidado na perspectiva do paciente, constitui uma forma de dar voz a essas pessoas levantar as fragilidades e potencialidades desse autocuidado e contribuir para subsidiar as políticas de saúde direcionadas a este público.

A relevância científica deste estudo está em contribuir para o avanço do

cuidado às pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores, uma condição que afeta significativamente a qualidade de vida e o bem-estar. Ao investigar o autocuidado sob a perspectiva dos próprios pacientes, o estudo oferece dados que podem orientar práticas clínicas, intervenções em enfermagem e políticas de saúde, promovendo diretrizes de cuidado mais eficazes e uma melhor conexão entre pacientes e profissionais de saúde.

4 OBJETIVO

Compreender o autocuidado de pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores acompanhadas nas Estratégia Saúde da Família de um município do Sul de Minas Gerais.

5 MÉTODO

Nesta seção serão apresentados o tipo do estudo, contexto de investigação, grupo social investigado, instrumentos, procedimentos para coleta de dados, organização análise dos dados e aspectos éticos.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Para atingir o objetivo proposto nesta pesquisa, optou-se por desenvolver um estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo.

A pesquisa qualitativa investiga questões específicas, explorando aspectos da realidade que não podem ser quantificados ou numericamente ilustrados. Ao contrário disso, concentra-se em compreender os significados, motivações, crenças e valores das pessoas, indo além de simplesmente quantificar variáveis buscando compreender as relações, os processos e os fenômenos de forma mais profunda e contextualizada (Minayo, 2023). Desse modo, a abordagem qualitativa vai além do que é mensurável, previsível ou informativo (Soares, 2019).

O estudo descritivo é focado em observar, registrar e descrever características de um fenômeno ou população, sem interferir ou manipular variáveis. Esse tipo de estudo busca fornecer uma visão clara e detalhada a respeito da forma pela qual as pessoas vivenciam uma determinada situação e ainda, possibilita levantar as suas principais necessidades (Nascimento; Melo, 2020).

5.2 CONTEXTO DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo foi desenvolvido em um município do Sul de Minas Gerais com população estimada de 78.970 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) médio de 0,761 de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022).

A rede de saúde está distribuída em 19 equipes da ESF local, sendo 18 situadas nos bairros urbanos e uma na zona rural. Em cada ESF as equipes são compostas pelos seguintes profissionais: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. O atendimento à população é realizado de segunda a sexta-feira, das sete às onze horas e das treze às 17 horas, totalizando 40 horas semanais.

O atendimento às pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores é realizado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) pelas equipes das ESF.

Os atendimentos ocorrem de forma programada ou por demanda espontânea, sendo os cuidados com feridas uma das ações rotineiras da enfermagem. Os curativos são realizados principalmente pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, com orientações individualizadas sobre higiene, troca adequada de coberturas, controle de sinais de infecção e estratégias de prevenção de recidivas. Também são feitas orientações quanto ao autocuidado, incentivo à adesão ao tratamento clínico das doenças de base, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, e encaminhamentos aos serviços de referência, quando necessário.

Em alguns casos, sobretudo aos finais de semana ou quando a pessoa possui limitações de mobilidade, os próprios usuários ou familiares realizam os curativos no domicílio, com materiais fornecidos pela unidade de saúde e orientações prévias da equipe. O monitoramento do quadro clínico é feito por meio de visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e de avaliações periódicas na unidade.

Essa organização do cuidado visa promover o tratamento adequado das pessoas com feridas, minimizar complicações e melhorar a qualidade de vida das pessoas, respeitando os princípios da integralidade e da equidade do SUS.

5.3 GRUPO SOCIAL INVESTIGADO

Pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores acompanhadas nas ESF de um município do Sul de Minas Gerais.

Os critérios de elegibilidade são: pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade, com capacidade cognitiva para responder as questões do estudo, que apresentam ferida de difícil cicatrização em membros inferiores e são acompanhadas pela ESF de um município do Sul de Minas Gerais.

Foram excluídas as pessoas acompanhadas pela ESF de um município do Sul de Minas Gerais que durante o período de coleta de dados se encontravam hospitalizadas ou em situação de debilidade física e também aquelas que não foram localizadas após três tentativas de visitas pré-agendadas.

A amostra foi selecionada por conveniência, a partir da identificação dos casos pelos integrantes das equipes de enfermagem das ESF.

5.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário, elaborado pelos pesquisadores, contendo dados de identificação sociodemográfica e clínica, tais como, sexo, idade, grau de escolaridade, profissão, situação conjugal, se possui filhos ou cuidador, comorbidades, medicamentos em uso, atividade física, tabagismo, etilismo, etiologia da ferida nos membros inferiores, tempo de ferida, número de feridas em membros inferiores, e ainda, questões norteadoras para entrevista (APÊNDICE A).

As questões de pesquisa são: como você se sente com esta ferida? Como você tem se cuidado com esta ferida? Como é para você realizar o seu tratamento na Estratégia Saúde da Família?

A entrevista é uma técnica de coleta de dados fundamental em pesquisa e tem como objetivo principal captar os sentimentos, pensamentos, opiniões, crenças, valores, percepções e atitudes do entrevistado em relação a um ou mais fenômenos permitindo uma compreensão mais profunda da experiência humana (Guazi, 2021).

Existem diferentes tipos de entrevistas, como as semiestruturadas, que são organizadas em torno de um conjunto de questões abertas pré-determinadas, com outras questões emergindo durante o diálogo entre pesquisador e entrevistado (Guazi, 2021).

Como forma de aprofundamento para a coleta de dados foi utilizado o diário de campo. Este desempenha um papel fundamental na autoanálise do pesquisador, permitindo que reflita sobre suas próprias experiências, sentimentos, preconceitos e interpretações durante o trabalho de campo. Fornece um espaço seguro para o pesquisador registrar observações pessoais, insights e reflexões que podem não ser apropriados para inclusão em publicações científicas, mas que são essenciais para a compreensão completa do contexto da pesquisa e dos dados coletados (Kroeff; Gavillon; Ramm, 2020).

Outra técnica de coleta de dados foi a observação não participante. O objetivo dessa técnica de observação é entender os comportamentos e experiências das pessoas em seus cenários naturais (Polit; Beck, 2019). O pesquisador utilizou também um diário de campo.

1.1 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Após a aprovação deste Projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alfenas, o pesquisador entrou em contato com os enfermeiros das 19 ESF do município para identificar quais eram as pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores, que realizavam acompanhamento nessas ESF, seus endereços e telefones de contato, por meio dos registros de cadastro dos usuários.

Posteriormente foi realizado o primeiro contato com a pessoa com ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores, em sua residência, por meio de agendamento prévio, para esclarecimentos, apresentação da pesquisa, convite à participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B).

Os dados foram coletados pelo pesquisador, treinado pela orientadora e esse não tinha vínculo com os participantes. Utilizou-se um formulário de caracterização sociodemográfica e clínica, contendo questões norteadoras para entrevistas semi-estruturadas, observação não participante e um diário de campo. O pesquisador solicitou ao participante que escolhesse o cômodo da residência em que se sentiria mais confortável para responder às perguntas da pesquisa, estando presentes apenas o pesquisador e o participante.

As entrevistas foram gravadas, com permissão do participante, usando o aplicativo Gravador de Voz em um celular da marca Apple, modelo Iphone 14 e, em seguida, transcritas com auxílio de um software Zapia AI, para análise posterior. Com cada participante foi realizada apenas uma entrevista com duração média 10 minutos.

Desde o início da coleta de dados o pesquisador registrou em um caderno brochura as suas percepções, inquietações e acontecimentos, sendo que posteriormente, realizou a transcrição em arquivo do programa Microsoft Word 2010 para análise.

Os registros retirados de diário de campo foram identificados como “notas de diário” seguido pela data na qual foi realizado.

Durante as entrevistas, foi realizada observação não participante nos domicílios, contexto no qual o pesquisador esteve inserido durante a coleta de dados. Ainda que não tenha sido realizada avaliação direta das feridas, essa observação permitiu captar elementos importantes do cotidiano dos participantes, tais como o ambiente domiciliar, comportamentos, expressões faciais, comunicação não verbal, bem como aspectos

relacionais e de interação com o pesquisador. Essa observação ajudou o pesquisador a entender melhor como é, no dia a dia, a experiência de viver com uma ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores, considerando o ambiente, os comportamentos e as situações vivenciadas pelas pessoas no seu autocuidado.

Os dados das entrevistas, da observação não participante e do diário de campo foram transcritos pelo pesquisador e foram analisados para a construção de temas recorrentes.

5.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados de caracterização sociodemográfica e clínica passaram por análise estatística descritiva simples, e estão apresentados em dados absolutos e percentuais.

Os dados resultantes das entrevistas, do diário de campo e da observação não participante foram analisados em consonância com a análise temática proposta por Minayo (2023), em que se subdivide em três tipos de procedimento: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise propriamente dita, fundamentados na Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, nos documentos do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Enfermagem e da Associação Brasileira de Estomaterapia – SOBEST.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo obedeceu aos preceitos da Resolução nº 466/2012, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alfenas, sob o parecer nº parecer nº 7.448.594 e registro CAAE 85642324.8.0000.5142 (ANEXO A).

Após os devidos esclarecimentos, aquelas pessoas que concordaram com a participação no estudo foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e receberam uma via do mesmo, sendo a outra via arquivada pelo pesquisador.

Para preservar o anonimato os nomes pessoais foram substituídos por nomes fictícios escolhidos pelo pesquisador.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta sessão apresentam-se os resultados deste estudo, sendo que participaram vinte e uma pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A análise dos resultados da caracterização sociodemográfica e clínica dos 21 participantes evidenciou, que a maioria era do sexo feminino 12 (57,1%) com idade mínima de 47 anos e a máxima de 86 anos, renda mensal um salário mínimo 14 (66%), sendo 16 (76,19%) aposentados, 14 (66%) católicos e 10 (47%) viúvos.

Esse achado é consistente com dados do Ministério da Saúde que apontam que, no Brasil, as mulheres apresentam uma expectativa de vida superior à dos homens, correspondendo 80 anos para as mulheres e 73 anos para os homens. Esse fenômeno não é exclusivo deste país, sendo observado mundialmente, com as mulheres representando a maioria da população idosa, o que reitera a feminilização entre as pessoas idosas, uma característica da contemporaneidade. Além disso, as diferenças regionais também são relevantes: no Sul e no Sudeste, regiões onde a população idosa é mais numerosa e apresenta maior longevidade, o predomínio feminino entre os idosos é ainda mais expressivo, Tais informações ajudam a contextualizar o perfil dos participantes deste estudo, reforçando que o maior número de mulheres acompanhadas pelas ESF reflete uma tendência demográfica nacional. Este achado é coerente com a literatura que aponta uma maior participação das mulheres em serviços de saúde, incluindo no acompanhamento de condições crônicas, como ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores (Andrade *et al.*, 2020; Brasil, 2023).

O predomínio de participantes com idade superior a 60 anos é esperado, considerando que as feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores, como úlceras venosas, arteriais e diabéticas são mais prevalentes na população idosa, devido às alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, como redução da elasticidade vascular, menor capacidade regenerativa da pele, presença de comorbidades e maior risco de imobilidade (Vieira; Araújo, 2018).

No Brasil, é considerada pessoa idosa aquela que possui 60 anos ou mais. O

número de idosos tem aumentado rapidamente e, atualmente, o país abriga mais de 30,2 milhões de pessoas nessa faixa etária, representando 14,6% da população total. Ressalta-se que 9,7% dos participantes fazem parte do grupo com 80 anos ou mais, demonstrando a existência dessa tendência no cenário examinado. Essa informação enfatiza a necessidade de um cuidado diferenciado aos idosos de longa vida, particularmente na ESF.

Considerando a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, que apresenta como conceito periférico os fatores condicionantes básicos, intrínsecos e extrínsecos, a idade e sexo constituem fatores intrínsecos que influenciam nas capacidades de autocuidado (Silva; Braga, 2016). Por isso, é de suma importância incentivar a participação ativa no tratamento, no autocuidado, respeitando as limitações para promover saúde e bem-estar das pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores, nessa faixa etária.

No que se refere à escolaridade, observou-se que a maioria 11 (52,38%) dos participantes, cursaram o ensino fundamental incompleto e chama atenção que cinco (23,81%) se declararam sem escolaridade. Os dados deste estudo apontam para um baixo nível de escolaridade entre as pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores.

A educação tem se revelado um fator importante para o autocuidado, uma vez que pessoas com baixo letramento enfrentam desafios significativos, como problemas na continuidade do tratamento e uso inadequado dos serviços preventivos, o que pode resultar no manejo inadequado das feridas, aumento da dor, impacto psicológico negativo e isolamento social. Nesse contexto, o letramento em saúde possui uma função importante no manejo do cuidado às pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores, auxiliando-as na manutenção do autocuidado e na promoção da qualidade de vida (Scortegagna *et al.*, 2021).

Ao se relacionar a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, a educação constitui fator condicionante básico extrínseco que influencia nas capacidades de autocuidado (Silva; Braga, 2016). Diante desse cenário, torna-se necessário que os profissionais de saúde, adotem uma comunicação clara e acessível, utilizando linguagem simples, materiais educativos objetivos e promovam o envolvimento ativo das pessoas para o seu autocuidado (Monteiro; Santos; Moreira, 2024).

O perfil socioeconômico dos participantes deste estudo é marcado por uma expressiva concentração de aposentados 16 (76,19%). A totalidade dos aposentados

relatou uma renda de um salário mínimo, um dado que reflete um cenário nacional mais amplo, no qual uma parcela significativa de idosos sobrevive com rendas baixas, aumentando sua vulnerabilidade social (IBGE, 2024).

Esta condição financeira restrita impõe barreiras significativas ao autocuidado, dificultando o acesso a uma alimentação adequada, transporte para consultas e aquisição de insumos necessários para o tratamento de feridas de difícil cicatrização. Tal cenário corrobora a forte correlação entre baixa renda e piores desfechos de saúde, fatores que impactam diretamente a qualidade de vida e a adesão terapêutica. A baixa renda, associada à baixa escolaridade previamente identificada entre os participantes deste estudo, potencializa os desafios para a gestão da saúde, evidenciando que as intervenções devem considerar não apenas os aspectos clínicos, mas também os determinantes sociais que perpetuam o ciclo de adoecimento (Veloso *et al.*, 2020).

Acerca do estado conjugal dez (47,62%) se declararam viúvos. Esse dado reflete uma tendência já identificada na literatura, em que o estado civil dos idosos, especialmente o viúvo, se torna mais frequente com o avançar da idade, sendo mais comum entre as mulheres em razão da maior expectativa de vida feminina (Brasil, 2023).

A viuvez pode impactar negativamente diversos aspectos da vida dos idosos, afetando diretamente a saúde emocional, o apoio social e a capacidade de autocuidado, em particular no manejo de condições crônicas, como as feridas de difícil cicatrização. Estudos demonstram que o estado civil está associado à saúde das pessoas, sendo que as casadas tendem a apresentar melhores níveis de saúde em comparação àquelas em outros estados civis. A condição de viúvo, por sua vez, tem sido relacionada a uma pior funcionalidade, em razão da influência psicológica provocada pela perda do cônjuge, o que pode comprometer tanto o bem-estar emocional quanto a adesão às práticas de autocuidado necessárias para o tratamento de condições crônicas (Inácio *et al.*, 2023; Zheng; Yan, 2024).

No que tange a religião 14 (66%) se identificaram como católicos e sete (33%) evangélicos. Esse dado coaduna com o estudo desenvolvido com 10 participantes que apresentavam feridas de difícil cicatrização, sendo que 50% se declararam católicos e 50% evangélicos. O estudo evidenciou que o sentido da vida das pessoas com feridas de difícil cicatrização está sustentado nos pilares da família, da fé em Deus e no amor ao próximo. Os participantes salientaram a conquista de bençãos e

de graças junto a Deus, bem como, o fortalecimento do espírito para superar os desafios e continuar seguindo em frente no tratamento de feridas de difícil cicatrização (Oliveira *et al.*, 2024).

É importante ressaltar que religião é diferente de espiritualidade. Embora os termos sejam frequentemente utilizados como sinônimos, diversos autores destacam que se tratam de conceitos distintos, ainda que interligados. A religião refere-se à adesão a um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos vinculados a uma instituição religiosa, por meio dos quais a pessoa busca a aproximação com o sagrado. Agrega elementos culturais, morais e sociais que oferecem sentido à existência humana e pode representar um meio de consolo, sociabilidade ou pertencimento. Já a espiritualidade é entendida como uma dimensão mais ampla e subjetiva, caracterizada pela busca pessoal de significado, propósito e conexão com o transcendente ou com uma força superior, podendo ou não estar associada a práticas religiosas. Diferentemente da religião, a espiritualidade manifesta-se como uma experiência íntima que estimula o autoconhecimento, o cuidado consigo e com o outro, contribuindo para o enfrentamento de sentimentos de culpa, raiva e ansiedade, e para a construção de sentido diante das adversidades da vida (Thiengo *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2024).

Constatou-se a prevalência de condições crônicas não transmissíveis, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica, presente em 11 (52,38%) dos participantes, e o diabetes mellitus, que acometia 10 (47,62%). Sendo, que a concomitância de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus foi identificada em 6 (28,57%), sendo estes dados encontrados e extraídos dos prontuários do participantes, na ESF. Esses achados são ainda mais expressivos quando comparados a estudos, como o de Sachett e Silva (2019), realizado com pessoas com feridas de difícil cicatrização, em que a hipertensão arterial estava presente em 38% dos participantes e o diabetes em 31%. Os dados deste estudo reiteram elevada presença de comorbidades que corroboram para complicações no tratamento de feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores, o que evidencia a necessidade de educação para a saúde com vistas ao alcance do autocuidado.

A coexistência de diabetes e hipertensão, como observado em parte dos participantes deste estudo, agrava ainda mais a vulnerabilidade das pessoas, dificulta o autocuidado, prejudica a adesão ao tratamento e aumenta a complexidade do manejo das feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores (Sachett e Silva,

2019).

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica exercem impacto deletério no processo de cicatrização, uma vez que promovem alterações fisiopatológicas no sistema vascular que resultam na redução do fluxo sanguíneo para os tecidos periféricos. Essas alterações vasculares ocasionam hipóxia tecidual, comprometem o aporte de nutrientes e oxigênio necessários para a reparação celular, retardam o processo de reparo tecidual e, conseqüentemente, prolongam o tempo de cicatrização das feridas, dificultando a evolução favorável do tratamento (Santos *et al.*, 2023).

Quanto ao hábito de fumar, observou-se que a maioria dos participantes 15 (71,43%), negou o hábito. No entanto, seis (28,57%) afirmaram ser tabagistas, o que representa um importante fator de risco a ser considerado no contexto da saúde geral e da cicatrização. O tabagismo é apontado como um dos principais fatores que comprometem o processo de cicatrização, pois interfere na oxigenação dos tecidos, prejudica a resposta inflamatória adequada, além de aumentar os riscos de infecções (Mesquita *et al.*, 2023).

Em contrapartida, a quase totalidade de não etilistas 20 (95,24%) entre os participantes é um achado positivo, indicando uma baixa prevalência deste fator de risco. Este é um dado que contribui favoravelmente, considerando que o consumo excessivo de álcool está associado a prejuízos no processo de cicatrização, incluindo alterações imunológicas e nutricionais que dificultam a regeneração dos tecidos. Portanto, a identificação do histórico de tabagismo e etilismo é fundamental para o planejamento de estratégias de autocuidado que busquem minimizar os fatores de risco, reforçar a importância da mudança de estilo de vida e promover a recuperação eficiente da pessoa com ferida de difícil cicatrização (Lycarião, 2023).

A análise dos dados revelou que nenhum dos participantes do estudo relatou a prática regular de atividade física, um achado relevante considerando os efeitos benéficos da atividade física na cicatrização de feridas. A prática de exercícios físicos moderados está associada à melhora da perfusão tecidual e ao aumento da oxigenação, favorecendo o reparo tecidual. Além disso, as alterações fisiológicas comuns ao envelhecimento aumentam a predisposição a comorbidades, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que prejudica a perfusão tecidual; quando associada ao sedentarismo, contribui para o agravamento desse quadro (Santos *et al.*, 2023).

As pessoas idosas com restrição de mobilidade apresentam maior

comprometimento funcional, tanto nas atividades básicas de autocuidado quanto nas atividades instrumentais da vida diária, sendo observado que aquelas com feridas cutâneas possuem níveis mais elevados de dependência. A atividade física é essencial não apenas para a saúde corporal, mas também para a saúde mental, promovendo melhor nutrição e oxigenação dos órgãos, melhora do humor, proteção das articulações e músculos, além de prevenir e auxiliar no controle de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, demência e artrose (Brasil, 2023).

Dessa forma, a identificação da inatividade física regular entre os participantes deste estudo sinaliza a necessidade de ações de educação para a saúde e de promoção da prática de atividades físicas como estratégia complementar no cuidado de pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores. Ainda mais, considerando que oito (38,10%) participantes sofriam de lesões bilaterais, evidenciando a complexidade e a extensão do problema.

O uso de medicamentos contínuos é uma prática entre os participantes, pois 20 (95,24%) fazem uso de alguma terapia medicamentosa. Este dado está em consonância com a alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis observada entre os participantes deste estudo.

Dentre os medicamentos, os anti-hipertensivos são os mais comuns, sendo utilizados por 11 (55%) participantes. Em seguida, destacam-se os medicamentos para o controle do diabetes: sete (35%) usam hipoglicemiantes orais e quatro (20%) insulina. O uso de hormônios tireoidianos também foi relatado por três (15%). A presença significativa de polifarmácia, ou seja, uso de múltiplos medicamentos é um fator importante, refletindo a complexidade do perfil de saúde dos participantes deste estudo. Esse perfil medicamentoso reflete a presença de comorbidades crônicas, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, condições que impactam diretamente no processo de cicatrização de feridas. Dessa forma, o perfil de uso de medicamentos reforça a necessidade de um acompanhamento multiprofissional, para o estímulo ao autocuidado, visando o manejo adequado das comorbidades e a promoção de melhores condições para a cicatrização de feridas (Lima Filho; Hedayati *et al.*, 2015; Robertson *et al.*, 2019; Lima Filho; Regel; Pressinatte, 2023; Alagha *et al.*, 2024).

O tempo de ferida é um fator crítico, com uma média de 15 anos. A longa duração dessas feridas, com casos que se estendem por décadas, chegando a 50 anos, sublinha o caráter crônico e a dificuldade de cicatrização enfrentada por alguns

participantes deste estudo, reforçando a necessidade de um cuidado integral e de acompanhamento longitudinal por parte dos profissionais da saúde que atuam nas ESF.

Esta persistência temporal pode ser analisada sob a ótica de múltiplos fatores interconectados. Em relação aos fatores relacionados à pessoa com ferida de difícil cicatrização, a cronicidade é frequentemente influenciada por comorbidades como o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica, que comprometem a vascularização e a resposta imunológica, além de aspectos psicossociais como baixa autoestima e isolamento social (Oliveira *et al.*, 2019; Santos, 2025). Contudo, outros fatores intrínsecos e extrínsecos desempenham papel igualmente importante.

O estado nutricional configura-se como um elemento determinante no processo de cicatrização de feridas, uma vez que a regeneração tecidual exige elevada demanda metabólica e adequada disponibilidade de nutrientes essenciais. A desnutrição compromete o fornecimento de proteínas, vitaminas e minerais necessários para a síntese de colágeno, a proliferação celular e a função imunológica, retardando de forma significativa o processo cicatricial. Nesse contexto, estratégias de suplementação nutricional, seja por via oral, enteral, podem ser necessárias para corrigir deficiências e otimizar os resultados terapêuticos. Assim, o estado nutricional deve ser cuidadosamente considerado pela equipe multiprofissional, pois a intervenção nutricional contribui de maneira decisiva para a promoção da cicatrização e a melhoria da qualidade de vida de pessoas com feridas de difícil cicatrização (Albuquerque; Silva; Fernandes, 2025). Considera-se importante repensar sobre acesso dessas pessoas a alimentação saudável.

A idade avançada configura-se também como um importante fator de risco para o desenvolvimento de feridas de difícil cicatrização, uma vez que o processo natural de envelhecimento acarreta alterações fisiológicas significativas, como a diminuição da elasticidade e da espessura da pele, a redução da vascularização e as modificações no sistema imunológico, tornando o organismo mais suscetível a lesões e com menor capacidade de reparo. Diversos estudos corroboram apontando o predomínio de lesões de difícil cicatrização em pessoas idosas, fenômeno atribuído às alterações vasculares, metabólicas e imunológicas inerentes ao processo de senescência, que interferem diretamente na cicatrização. Além disso, a presença de comorbidades, como diabetes, hipertensão e insuficiência venosa, comuns entre idosos, agrava o quadro e dificulta o processo de cicatrização (Almeida *et al.*, 2024;

Limeira *et al.*, 2025).

A escolaridade, o nível socioeconômico e a cultura exercem influência direta sobre o autocuidado, a adesão ao tratamento e a compreensão das orientações de saúde, impactando significativamente o processo de cicatrização de feridas. As crenças populares podem, muitas vezes, direcionar as pessoas às práticas ineficazes ou até prejudiciais, evidenciando a necessidade de uma atuação profissional sensível e dialógica. Nesse contexto, cabe ao enfermeiro e a equipe multiprofissional compreender as dimensões biológicas, sociais, culturais e subjetivas que compõem o processo de viver e ser saudável, integrando os saberes populares ao conhecimento científico. Assim, ao reconhecer e respeitar a diversidade cultural, podem promover um cuidado culturalmente congruente, aproximando o sistema de saúde popular do sistema profissional e fortalecendo o protagonismo da pessoa em seu próprio processo de autocuidado (Chibante *et al.*, 2017).

No que se refere ao sistema de saúde, as barreiras de acesso a serviços especializados, a fragmentação do cuidado entre os níveis de atenção e a carência de recursos humanos e materiais qualificados na APS, são elementos que perpetuam a condição crônica das feridas (Barbosa, 2025).

As lacunas do conhecimento relacionadas à condição crônica e ao manejo da ferida e o engajamento para a autogestão constituem desafios significativos que impactam diretamente no autocuidado e conseqüentemente no processo de cicatrização (Araújo, 2025).

Embora o desejo imediato da pessoa seja o alívio dos sintomas, como a dor, a resposta inicial ao adoecimento costuma ser a negação da lesão. O tempo com a ferida pode contribuir para uma postura defensiva dando lugar a uma fase de aceitação, na qual a pessoa assimila a cronicidade da ferida, incorporando-a como parte integrante e permanente de sua condição corporal (Gomes, 2018).

Frente a essa postura, os profissionais da saúde, especialmente da enfermagem desempenham um papel importante. Durante a fase de negação, é imperativo que o enfermeiro adote uma abordagem empática, utilizando a comunicação terapêutica para estabelecer vínculo, oferecer escuta qualificada e validar os sentimentos, sem forçar a aceitação imediata (Barbosa, 2025).

Nesse contexto ampliado, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº787 de 2025 compete ao técnico de enfermagem “realizar os cuidados de enfermagem para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas

com lesões cutâneas, conforme prescrição e supervisão do enfermeiro, respeitando as suas competências técnicas e legais para atuação (COFEN, 2025). Paralelamente, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) se consolida como elo estratégico entre a comunidade e a equipe multiprofissional, uma vez que sua inserção no território e o conhecimento das particularidades socioculturais dos usuários possibilitam identificar barreiras, desconstruir crenças populares e promover maior adesão ao tratamento (Melo *et al.*, 2023). Para que essa atuação seja integrada e efetiva, a educação permanente dos profissionais da ESF torna-se indispensável, devendo contemplar a atualização constante sobre práticas baseadas em evidências no manejo de feridas de difícil cicatrização e na promoção do autocuidado, ação essa de responsabilidade do enfermeiro (Antunes *et al.*, 2023).

À medida que a pessoa avança para a aceitação, a equipe de enfermagem deve intensificar as ações de educação para a saúde, capacitando a pessoa com ferida e seus cuidadores para o autocuidado, promovendo a autonomia e a participação ativa no plano terapêutico. Isso inclui o ensino do reconhecimento de sinais de complicação e estratégias para manutenção da qualidade de vida, sempre respeitando as singularidades de cada ser humano (Araújo, 2025; Santos, 2025).

Para a implementação de um plano terapêutico singular é imprescindível ao enfermeiro o conhecimento científico e da realidade sociocultural da pessoa com ferida. Neste sentido, entende-se por feridas de difícil cicatrização aquelas caracterizadas por um processo de recuperação tecidual lento e disfuncional, que não obedece adequadamente às etapas fisiológicas da cicatrização: inflamação, proliferação e remodelação. Deve-se avaliar a dimensão da lesão, pois quanto mais extensa, maiores são as chances de infecções recorrentes, colonização por biofilmes bacterianos, inflamação crônica, hipoxia tecidual, comprometendo a regeneração das células (Gomes, 2018; Oliveira *et al.*, 2024).

Ademais, a cronicidade da lesão também gera efeitos psicossociais relevantes, como dor contínua, isolamento social e diminuição da qualidade de vida. Assim, entender o tempo de cicatrização como um importante indicador da complexidade da lesão é importante para a aplicação de estratégias terapêuticas fundamentadas em evidências, que levem em conta não somente o aspecto clínico, mas também os fatores emocionais, culturais, econômicos, sociais e espirituais que influenciam o processo de cura (Gomes, 2018; Oliveira *et al.*, 2024).

Portanto, é indispensável conhecer as características sociodemográficas e

clínicas dos participantes para a elaboração de estratégias de cuidado individualizadas, visando promover uma cicatrização mais eficiente, favorecer o autocuidado e contribuir para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dessas pessoas (Santos *et al.*, 2023).

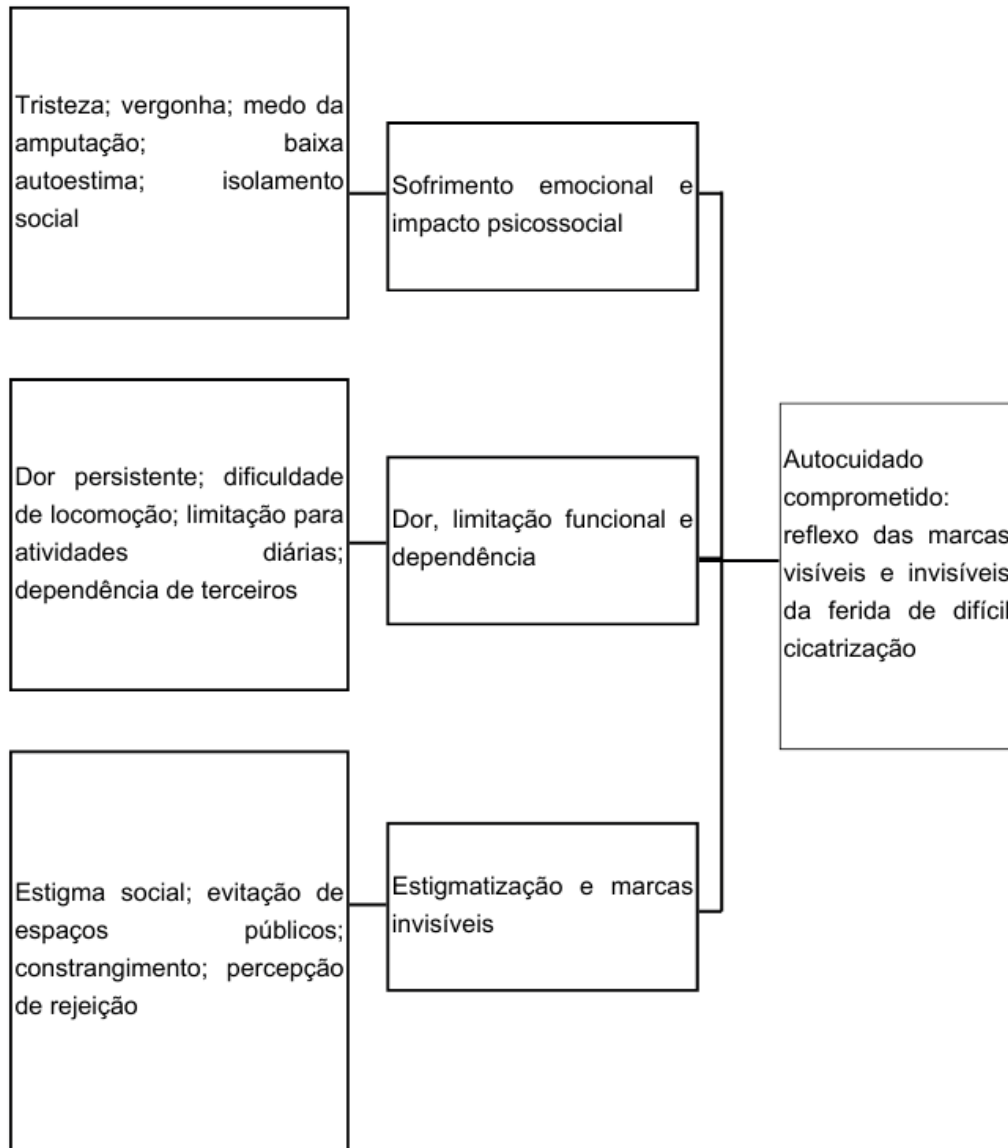
6.2 CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA

A categorização temática dos dados foi realizada a partir da Análise Temática proposta por Minayo (2023), seguindo rigorosamente as etapas de ordenação, classificação e interpretação dos dados empíricos. Inicialmente, procedeu-se à leitura exaustiva e flutuante das transcrições das entrevistas, dos registros do diário de campo e das notas provenientes da observação participante, possibilitando a identificação dos núcleos de sentido relacionados às vivências de autocuidado das pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores. Na fase de classificação, esses núcleos de sentido foram organizadas em códigos iniciais, posteriormente agrupados por similaridade semântica e conceitual, dando origem às subcategorias empíricas. A partir do movimento analítico-interpretativo, fundamentado na Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, as subcategorias foram articuladas em categorias temáticas, considerando os conceitos de capacidades de autocuidado, déficit de autocuidado, sistemas de enfermagem e fatores condicionantes básicos. Assim, foram construídas as seguintes categorias temáticas: Autocuidado comprometido: reflexo das marcas visíveis e invisíveis da ferida de difícil cicatrização; A busca pela competência para o manejo da ferida: uma trajetória solitária para o autocuidado; O sistema de enfermagem como suporte para promoção do autocuidado de pessoas com feridas: potencialidades e limitações; Autocuidado de pessoas com feridas: desafios à equidade no processo terapêutico.

Esse processo permitiu apreender o autocuidado como um fenômeno complexo, dinâmico e multifacetado, influenciado por dimensões biopsicossociais, espirituais e contextuais, garantindo coerência teórica, rigor metodológico e profundidade interpretativa na análise dos dados.

Figura 2 - Apresentação do processo de formação da categoria: Autocuidado comprometido: reflexo das marcas visíveis e invisíveis da ferida de difícil

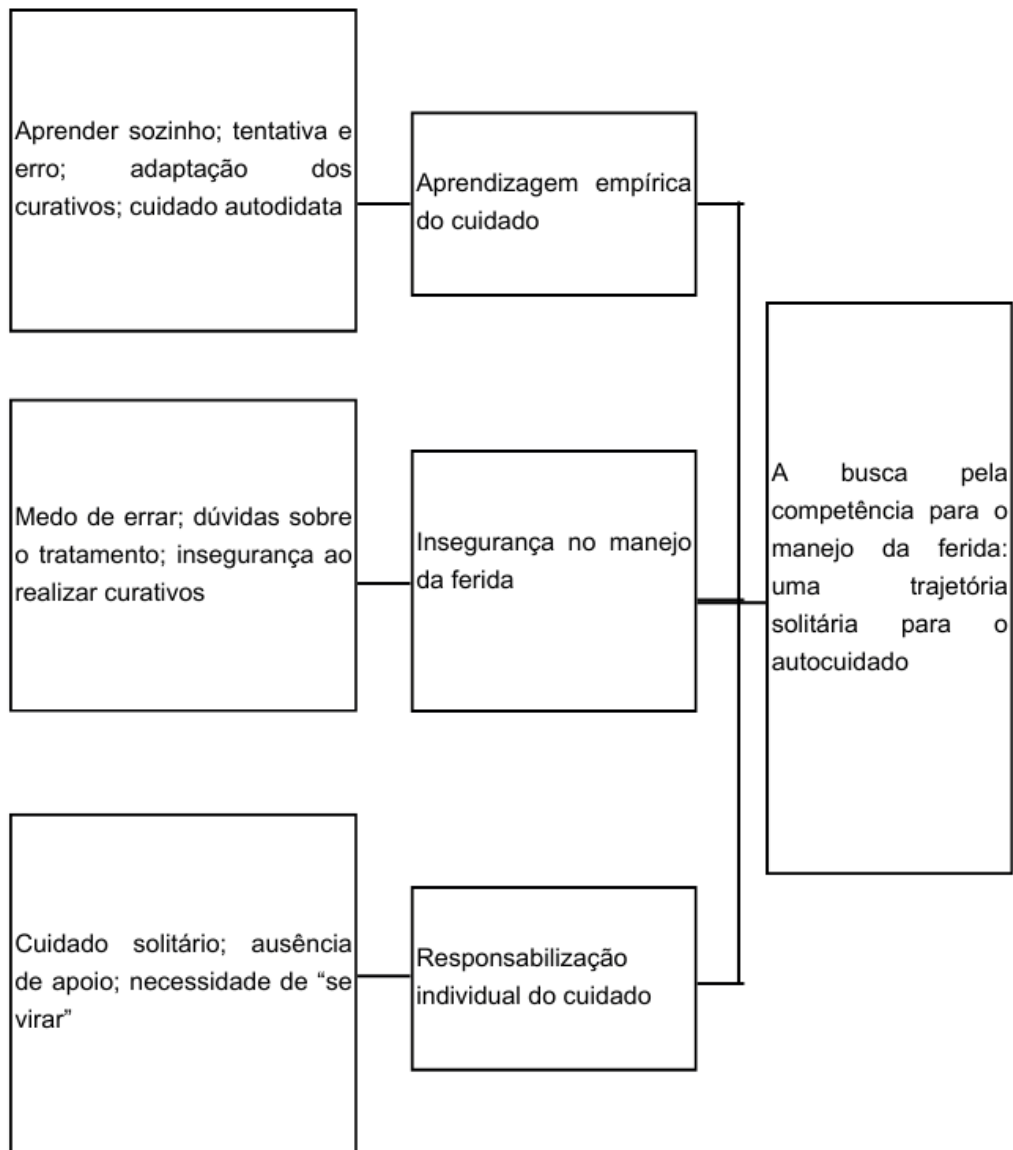
cicatrização.



Fonte: Do autor.

Figura 3 - Apresentação do processo de formação da categoria: A busca pela competência para o manejo da ferida: uma trajetória solitária para o

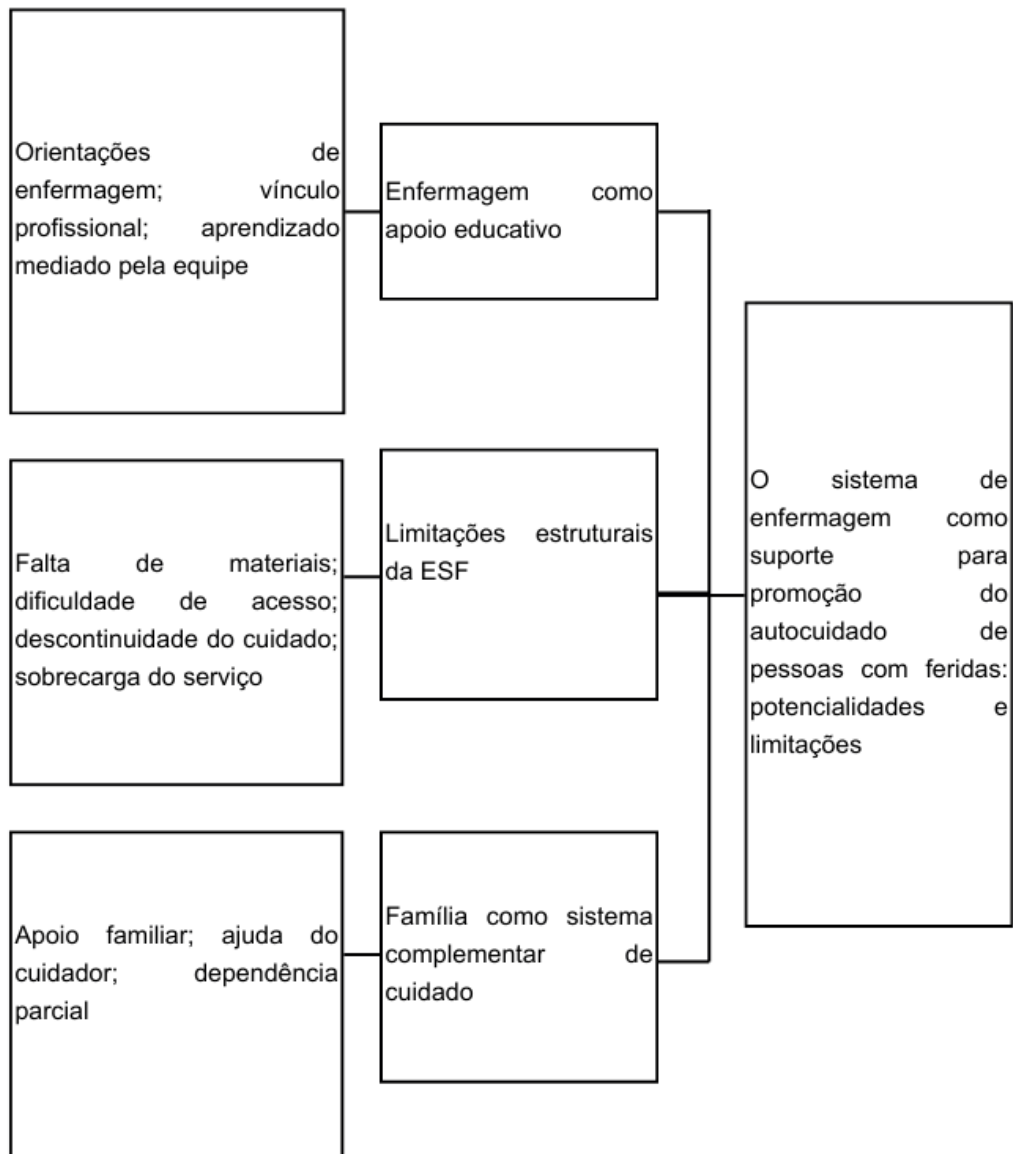
autocuidado.



Fonte: Do autor.

Figura 4 - Apresentação do processo de formação da categoria: O sistema de enfermagem como suporte para promoção do autocuidado de pessoas

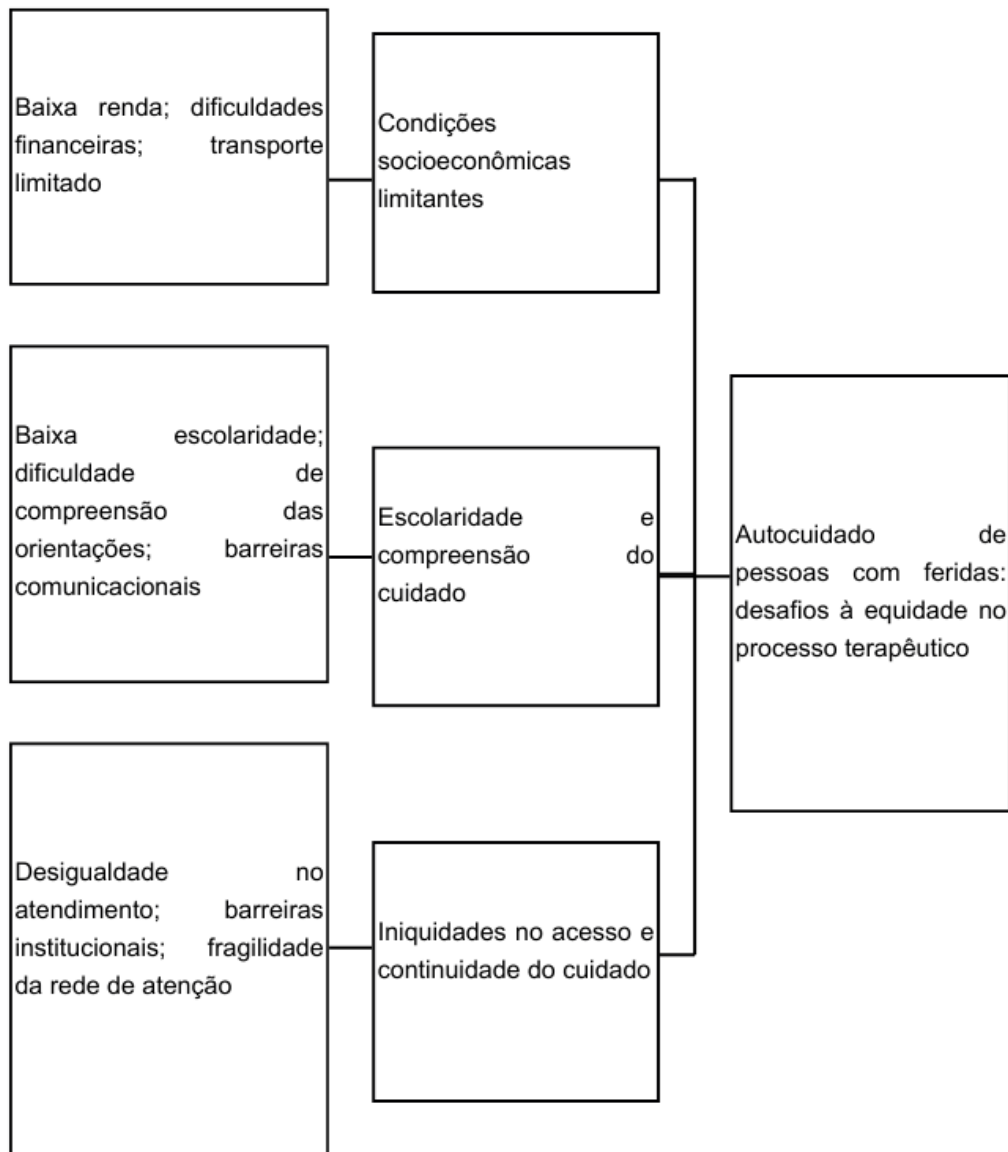
com feridas: potencialidades e limitações.



Fonte: Do autor.

Figura 5 - Apresentação do processo de formação da categoria: Autocuidado de

peças com feridas: desafios à equidade no processo terapêutico.



Fonte: Do autor.

6.2.1 Autocuidado comprometido: reflexo das marcas visíveis e invisíveis da ferida de difícil cicatrização

A convivência duradoura com uma ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores transcende a dimensão puramente física, afeta também o bem-estar psicossocial, emocional e espiritual. Esta categoria temática representa os sentimentos e as percepções dessa vivência, revelando o que a ferida representa na vida de cada participante.

Os sentimentos de desânimo, frustração e perda da autonomia são recorrentes. A cronicidade da lesão e a percepção de um tratamento que "não evolui" geram um desgaste emocional significativo, o que pode impactar na motivação para

o autocuidado.

A ferida é frequentemente percebida como um símbolo de perda, seja da identidade, da feminilidade, como no desejo de usar sandálias, mencionado pela participante Elisângela, e ainda, da incapacidade de desempenhar o trabalho ou da convivência social.

“[...] Ah, eu sinto vontade de calçar um sapatinho bem bonitinho [olha em direção ao pé esquerdo e continua olhando] ... E o meu pé incha, sabe? Não tem calçado que dá certo... [...] Calçar um calçadinho bonitinho, que eu gostava tanto [abaixa a cabeça e olha para a perna esquerda]. Ele incha aqui tudo [aponta para o pé esquerdo] Agora mesmo eu comprei um calçado, uma sandália que tem umas fivelas assim [aponta para o pé esquerdo], eu tive que abrir e aumentar, então, eu acho que é difícil demais, mas eu vou indo” (Elisângela).

A fala da participante Elisângela é emblemática ao descrever a ferida como "humilhante", conectando os sofrimentos físico ao psicossocial. Esse sofrimento é um fator condicionante básico que afeta diretamente a capacidade da pessoa de se engajar no autocuidado.

“[...] É muito difícil... É humilhante... não é? Principalmente eu que sirvo a Deus [voz trêmula]” (Elisângela).

A ferida de difícil cicatrização, ao impor limitações físicas severas, afeta diretamente a percepção que a pessoa tem de si mesmo como um ser autônomo e funcional. A seguir, as falas dos participantes revelaram sentimentos de incapacidade e impotência.

“[...] A gente sente um... como se diz [pausa longa] ... Meio impotente, não é?”(Eliane).

“[...] Para falar bem a verdade, eu me sinto como uma incapaz... Não posso fazer nada. Não posso pisar, não posso... Não posso fazer as coisas que eu estou acostumada a fazer, então [pausa longa] Uma incapaz, porque [olha para ferida]” (Fátima).

O desânimo gerado pela longa duração da ferida e pela percepção de um tratamento lento e, por vezes, ineficaz em decorrência da realização diária dos cuidados, sem uma melhora visível, pode levar a um estado de frustração e cansaço emocional, como evidenciado na seguinte nota de diário de campo:

Durante a coleta de dados a participante Sandra se mostrou com uma postura de desânimo e desconforto frente a sua condição, pois manteve postura cabisbaixa e evitava contato visual prolongado, além de voltar ocasionalmente o olhar para a ferida (nota de diário decampo, 03/04/2025).

Na perspectiva da pessoa, o desânimo e a frustração emergem da interação direta da pessoa com sua condição de saúde. A ferida de difícil cicatrização impõe demandas contínuas de autocuidado, que, quando não resultam em melhora perceptível, geram um ciclo de desesperança. A dor persistente, as alterações na imagem corporal, as limitações nas atividades diárias e o isolamento social são fatores que afetam diretamente os requisitos de autocuidado universal e de desenvolvimento, conforme Orem (2001).

Já na perspectiva do serviço de saúde o desânimo é amplificado por fatores estruturais e sistêmicos. A fragmentação dos serviços de saúde, a falta de acesso a tecnologias e coberturas adequadas, a escassez de profissionais especializados em feridas e a descontinuidade do cuidado entre os diferentes níveis de atenção, criam um ambiente que dificulta o processo cicatricial e sobrecarrega a pessoa com ferida e os seus cuidadores (Orem 2001; Barbosa, 2025; Andriola *et al.*, 2025).

Essas falhas no sistema de enfermagem, impedem que a pessoa receba o suporte necessário para compensar seu déficit de autocuidado, resultando em um cuidado inadequado ou insuficiente (Orem, 2001).

“[...] Ah... às vezes dá uma certa indisposição, não é? Porque cura todo dia... e parece que não está evoluindo... está evoluindo muito pouco, sabe? [...] Demora muito para cicatrizar. E às vezes... às vezes cicatriza... dependendo do esforço, alguma coisa que a gente faz... ela torna a voltar. É assim. Por isso que desanima. Por isso que desanima” (Marlene).

“[...] Olha, eu tenho que sentir bem, não é? Porque não tem outra saída, não é? [tosse]... Se dói, eu tenho que me sentir bem. Se não dói, também tem que se sentir bem melhor ainda... Porque fazer o quê? Não tem outra saída” (Wagner).

“[...] Péssima, não é? Ah, eu sinto péssimo [pausa longa] Eu tenho a vontade de livrar dessa [direciona o olhar para a perna esquerda] ... dessa faixa, nosso Deus!” (Elisângela).

“[...] Ah, eu me sinto meio pra baixo, não é? [pausa longa] Ter um psicológico aí tem que ter muita calma na hora... [...] Ah, psicológico, você pensa que não vai sarar [pausa longa]” (Raimundo).

Dentro do universo de percepções e sentimentos, a exclusão social emerge como uma dor silenciosa, mas extremamente impactante. Ela não se refere apenas ao isolamento físico imposto pela condição, mas à sensação de ser "deixado de fora" da vida social, do trabalho e das rotinas que antes definiam a identidade da pessoa:

“Ah, a gente se sente assim, meio excluído. Porque tem que ficar mais parado, não é? Igual eu, acostumado a trabalhar direto e ficar parado assim... Isso aí fica meio recluso. [...] A gente mesmo não poder fazer as coisas, sabe? Tipo assim, ser acostumado a sair cedo, voltar de tarde de serviço... Você tem que ficar praticamente parado, trancado, não é? Sem fazer nada, porque não tem jeito, não é?” (Joel).

Outras falas corroboraram essa percepção de exclusão, muitas vezes ligada ao odor ou à aparência da ferida, condições que criam uma barreira social.

“[...] Na igreja não tem jeito de ir, por causa do problema [refere a ferida como um problema], não é? Olha aí pra você ver [pausa longa]... Aí, cheirando forte, não é? Como que eu vou na igreja desse jeito?... Cheira forte! [...] Na igreja pode prejudicar algumas crianças, algumas pessoas mais velhas do que a gente... pode dar problema, não é?” (Wagner).

“[...] É vontade de andar, é horrível.... É, fazer as coisas, não é? Tem muitas coisas que a gente tem que deixar de fazer, não é? Nossa, mãe!” (Aline).

“[...] Péssimo, me sinto mal, não sinto bem, não, porque trabalhei a vida inteira, trabalhei desde criancinha, eu vendia picolé, com nove anos para dez anos, depois comecei a trabalhar na roça com 12 anos, depois com 15 registrei a minha carteira”

(João).

A análise das percepções e sentimentos dos participantes revela que a experiência de conviver com uma ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores é uma condição que transcende a dimensão física e impõe um fardo psicossocial profundo afetando essência do ser humano (Gomes *et al.*, 2018).

Esses fatores psicossociais estão diretamente relacionados à condição de ser uma pessoa com ferida de difícil cicatrização. O desconforto causado pelo odor e pela presença de exsudato são aspectos que comprometem o bem-estar físico e mental da pessoa. Tal situação foi evidenciada durante a entrevista e registrada nas notas de diário de campo, nas quais se observou que um dos principais pontos de incômodo referia-se à presença constante de moscas ao redor da faixa que cobria a ferida, bem como ao odor proveniente da lesão, fatores que o deixavam o participante visivelmente desconfortável (nota de diário decampo, 07/04/2025)

As falas são consistentes em apontar para um sofrimento marcado pela cronicidade, que gera sentimentos de desânimo, frustração e, em alguns casos, uma resignação forçada diante da percepção de um tratamento lento e sem garantias de cura. A ferida se torna um símbolo de perdas múltiplas como a identidade profissional, feminilidade, autonomia e da participação social. O impacto emocional não é um aspecto secundário, mas sim um fator central que afeta diretamente a motivação e a disposição da pessoa para o autocuidado. Compreender essa dimensão do sofrimento é o primeiro passo para o planejamento de um cuidado de enfermagem que seja verdadeiramente integral, único e eficaz (Araújo *et al.*, 2020).

A depressão, a ansiedade e o isolamento social são prevalentes em pessoas com feridas de difícil cicatrização, impactando negativamente a qualidade de vida e a adesão ao tratamento (Gomes *et al.*, 2022). O sentimento de perda de controle e a percepção de incapacidade, como os verbalizados pelos participantes, são fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento de transtornos de humor nesse grupo (Moreira *et al.*, 2016).

Na perspectiva da Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, esses estados emocionais e percepções negativas não são meras consequências, mas fatores condicionantes básicos que atuam como barreiras diretas à agência de autocuidado. Uma pessoa que se sente "incapaz" e "impotente" terá sua motivação e sua capacidade de executar as ações de autocuidado severamente diminuídas, criando um ciclo vicioso onde o sofrimento emocional agrava a condição física, e vice-versa.

Portanto, a abordagem de enfermagem a essas pessoas deve, impreterivelmente, ser planejada como um sistema de apoio-educação, focando não apenas no tratamento da lesão, mas na validação dos sentimentos, no resgate da autoestima e no fortalecimento da identidade para além da sua condição de ser uma pessoa com ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores.

6.2.2 A busca pela competência para o manejo da ferida: uma trajetória solitária para o autocuidado

Esta categoria foca nos comportamentos dos participantes em relação ao cuidado com a ferida e à saúde geral, por isso a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem se torna uma ferramenta analítica central, uma vez que, a "agência de autocuidado", refere-se a capacidade de a pessoa se engajar em ações para cuidar de si mesmo, já os "déficits de autocuidado", ocorrem quando essa agência é insuficiente para atender essas demandas.

Apesar das inúmeras dificuldades, os participantes demonstraram uma notável agência de autocuidado em diversos aspectos, revelando conhecimento, habilidade e, sobretudo, resiliência. Muitos participantes desenvolveram rotinas próprias para o manejo da lesão, especialmente quando o serviço de saúde não está disponível.

“Se der uma intercorrência no final de semana, aí eu mesmo faço aqui [refere-se a sua casa], faço sozinho. [...] Pego os materiais que eu tenho ali, os materiais eu pego no postinho aqui em cima... E aí eu deixo aqui, e caso aconteça isso, eu mesmo faço aqui” (Anderson).

Esse fato foi observado e relatado pelo pesquisador em notas de diário de campo, onde foi possível observar a presença de materiais de curativos que estavam armazenados e organizados em uma estante da sala, demonstrando um grau de comprometimento com o tratamento da ferida (nota de diário de campo, 03/04/2025).

“[...] E a higiene tem feito mais lá [ESF], agora esses dias que eu tenho feito, eu venho, jogo o soro fisiológico, depois eu molho a gaze e passo em volta a gaze, depois pego outra gaze, molho, faço a limpezinha nela [refere-se a ferida] e ponho essa pomadinha [aponta para a pomada em cima do balcão], esses dias eu mesmo estou fazendo” (João).

A necessidade de um cuidado contínuo com a ferida, que não cessa nos finais

de semana, feriados ou diante de barreiras de acesso, exige dos participantes a desenvolverem suas próprias rotinas de autocuidado. Essas rotinas domésticas de autocuidado são uma resposta adaptativa e demonstram uma tentativa de manter o controle sobre a própria saúde, quando o suporte profissional não está disponível. Isso pode ocorrer quando o participante consegue replicar o conhecimento adquirido com a equipe de enfermagem. Uma vez que eles observam, aprendem e reaplicam a técnica em casa, transformam as ações de educação para saúde recebidas em uma habilidade prática, assumindo então o papel da agência de autocuidado (Orem 2001).

Para mitigar essa lacuna, diversas estratégias podem ser implementadas, tais como a intensificação da educação para a saúde, capacitando a pessoa e os seus cuidadores informais para o manejo da ferida no domicílio, incluindo a troca de curativos, identificação de sinais de complicação e medidas preventivas (Diniz *et al.*, 2022).

“[...] Depois eu uso a água para desinfetar [soro fisiológico]. Depois que eu seco com uma gazinha, limpo, tudo em volta... Depois que eu limpo e eu passo a pomada na gazinha e encosto a gazinha na própria ferida... dentro da ferida... E aí eu passo a fita crepe e ponho três, quatro que é para segurar [pausa longa] Quando eu tenho a faixa, eu passo em cima da gazinha a faixa, depois a fita crepe para segurar” (Rafael).

“[...] Então, eu faço os curativos, lavo com soro, não é? Com soro fisiológico... Aí depois eu seco bem e depois eu passo pomada... Pomada é sulfadiazina de prata” (Eliane).

“[...] Nos feriados eu mesma faço os curativos, com todo cuidado, tem as trocas, não é? Não deixo contaminar nem nada, só isso. Na hora do banho tem que tomar muito cuidado. Aí a gente usa o sabonete... aquele... [pausa] Protex líquido, depois o soro, depois a pomada. Põe a luva, tudo certinho” (Marlene).

A participante não apenas executa a tarefa, mas segue uma sequência lógica (soro, pomada, luva) que indica um conhecimento adquirido, provavelmente com a equipe de enfermagem, e a habilidade para replicá-lo parcialmente de forma autônoma, contudo ela não disse que recebeu orientações.

Quando os recursos materiais são escassos ou as ações de educação para a

saúde não são totalmente compreendidas, os participantes criam suas próprias soluções. Essas adaptações são uma demonstração de criatividade e tentativas de resolução de problemas enfrentados em suas rotinas diárias de autocuidado, as falas a seguir vem demonstrando tais comportamentos executados pelos participantes.

“[...] Eu vou tomar banho, sempre coloco um plástico bem arrumadinho assim [aponta para o pé esquerdo]. Aí, olha, estou sequinho [aponta para a ferida]” (Sebastião).

“[...] Eu, às vezes, eu ponho uma sacolinha, um saco plástico no pé para não deixar molhar, sabe? E aí, eu tenho um banheiro ali no fundo, que ele é menor. Aí eu ponho, eu sento numa cadeira, sabe? E ponho o pé no vaso. Aí não molha o pé” (Eliane).

“[...] O banho é o seguinte.... eu ponho um saco plástico, passo uma fita crepe, não é? Tomo banho normal, tudo bem” (Jésus).

“[...] O banho, eu cubro, porque não pode molhar, não é? Eu visto uma meia, visto uma sacolinha no pé, tomo banho... Aí depois tiro de novo, porque não pode molhar. Não pode ficar aberto, tem que ficar só bem fechado, que não pode entrar poeira, nada” (Joel).

“[...] Tomo banho normal, só que eu ponho um saquinho plástico no pé, passo uma fita, eu comprei aquela fita larga, aí passo aqui, aí a água não entra, não pode ter contato com a água” (Raimundo).

“[...] Eu tomo banho, enrolo a toalha, sabe? Toalha de banho, enrolo assim [aponta para a perna esquerda]. E eu coloco o pé para cima pra tomar banho... Não molho, sabe?” (Aline).

Na ausência de um protetor específico, eles criaram suas próprias tecnologias de baixo custo ("plástico", "sacolinha", "toalha",). A fala da participante Eliane vai além, mostrando uma adaptação do ambiente ("banheiro ali no fundo") e do processo (sentar na cadeira, colocar o pé no vaso) para alcançar o objetivo de não molhar a

ferida. Isso demonstra uma complexa operação de autocuidado, envolvendo análise do problema e criação de uma solução.

Em conformidade com Orem (2001), os déficits de autocuidado são igualmente presentes e se manifestam de formas distintas e demandam diferentes tipos de intervenções do sistema de enfermagem. Isso pode ocorrer quando o participante não recebe a informação de forma adequada e segura para realizar o autocuidado, levando a práticas potencialmente prejudiciais e perigosas.

“ [...] Tem que por o saco [refere-se ao plástico colocado na perna ao tomar banho], eu tenho muito medo de cair... Agora se eu estou sem o saco eu tomo banho sozinha, pois aquele saco é muito ruim... Eu tenho medo de cair e me machucar” (Carolina).

A ausência de uma orientação dialógica e com linguagem clara e objetiva contribui para ações prejudiciais e déficit de autocuidado. Isso fica claro na fala a seguir:

“[...] Estou lavando com o sabão, sabão em barra, sabão Ypê, sabe o que é? Porque o sabão Ypê achei mais forte, tem soda nele [...] Só que amolece mais, vai limpando, acabando” (Diego).

Este é um exemplo de um déficit de autocuidado que se transforma em uma rotina de autocuidado perigosa. A lógica do participante é compreensível do ponto de vista leigo: se algo está "sujo" ou "não melhora", um produto "mais forte" deveria resolver. No entanto, essa lógica é desastrosa e compromete o processo cicatricial da lesão. A "soda" que ele acredita ser eficaz para "limpar" é, na verdade, um agente químico que causa destruição tecidual, favorecendo a um retardo no processo de cicatrização.

De acordo com o International Wound Infection Institute (2022), para a higienização adequada de feridas, recomenda o uso de soluções isotônicas, como o soro fisiológico a 0,9% em temperatura ambiente ou aquecido. O soro fisiológico é a escolha padrão por ser biocompatível, não interferir no processo de cicatrização e remover eficazmente exsudatos, detritos e microrganismos sem causar dano ao tecido de granulação. Em casos específicos, soluções antimicrobianas como a

polihexametileno biguanida (PHMB) ou o ácido hipocloroso podem ser indicadas, sob prescrição e supervisão de um profissional de saúde. Várias soluções são indicadas para a limpeza e o tratamento de feridas de difícil cicatrização, como em tecidos colonizados, contaminados e infectados, favorecendo a remoção de biofilmes e a cicatrização tecidual.

Nesse contexto, o déficit de autocuidado também se manifesta quando o participante não adquiriu conhecimento sobre o cuidado com a lesão, não desenvolveu as habilidades práticas necessárias ou não dispõe de recursos materiais adequados para realizar o cuidado de forma correta.

“[...] Aí depois eu mesmo aprendi, aí eu mesmo comecei a fazer sozinho... Aí depois o pé zangou um pouco, que eu acho que é devido [pausa longa] ... Eu não ter muita prática” (Anderson).

“[...] eu estava fazendo em casa, parece que não estava dando certo, né?... Eu tinha maior cuidado, mas só que, sei lá, eu enchia muito de pomada, não sei a quantidade tem que colocar, eu enchia de pomada... E tampava, sabe? Com a gazinha e tudo” (Aline).

A fala da participante Aline, ilustra o conhecimento incipiente para realizar o cuidado. Ou seja, ela sabe o que usar (pomada, gaze), mas não sabe como usar ("não sei a quantidade"). O excesso de pomada pode levar à maceração das bordas da ferida, prejudicando a cicatrização (Andriola *et al.*, 2025). Apreende-se que a sua intenção é de "maior cuidado", mas o resultado é ineficaz por falta de conhecimento.

Contudo essa falta de conhecimento pode ser influenciada por vários fatores, refletindo um déficit mais amplo nas ações de educação para a saúde e na construção da agência de autocuidado. Fatores como o nível de escolaridade, a capacidade cognitiva, as crenças culturais e a própria ansiedade em relação à ferida podem influenciar a apreensão e a aplicação do conhecimento (Costa *et al.*, 2021; Diniz, 2022).

A ausência de demonstração prática, repetição e feedback contínuo por parte da equipe de enfermagem impede que a pessoa desenvolva a competência necessária para um autocuidado seguro e eficaz. Portanto, é necessário que as estratégias de educação em saúde sejam planejadas de forma participativa,

considerando as particularidades de cada indivíduo e promovendo o desenvolvimento de habilidades práticas, não apenas o repasse de informações (Barbosa, 2023).

A não adesão ao serviço de saúde, pode ser entendida como uma ação direta de resistência ou desengajamento, motivada por uma complexa interação de fatores. Ela pode se manifestar de forma sutil, como a não observância das orientações, ou de maneira explícita, como o afastamento completo do sistema formal de cuidado, como expressa a participante Silvia. Sua decisão de não procurar mais a ESF não se baseia em uma crença de que o tratamento é desnecessário, mas em uma preferência pessoal e na quebra de um vínculo de confiança. A mudança da equipe ou da unidade de referência, como mencionado por ela, pode romper a continuidade do cuidado e a relação de vínculo estabelecida, levando o paciente a buscar alternativas que, embora percebidas como mais convenientes, são desprovidas de supervisão profissional (Diniz, 2022).

“[...] Eu, então, de ferida eu não tratei de jeito nenhum... [...] eu acho que eu gostava mais do outro postinho de cá! Lá ali, depois que mudou... Ah, eu quase nem vou, não. [...] Ali mesmo eu não fui nem uma vez, não, nunca fui... [...] Eu compro lá na farmácia [refere aos materiais para curativo] [...] Quando eu curava lá no [cita o nome de uma unidade municipal de saúde], para o final de semana, eles me davam curativo pra me curar aqui, mas depois que eu parei de curar lá, aí eu mesmo compro na farmácia... [...] Eu compro tudo na farmácia, a gazinha e tudo” (Silvia).

Esse afastamento a leva a um sistema de autocuidado totalmente dependente de seus próprios recursos ("eu mesmo compro na farmácia"), o que a expõe a riscos, já que ela não tem uma avaliação profissional contínua sobre a evolução da ferida ou a adequação dos produtos que utiliza.

Os motivos para esse afastamento são complexos e frequentemente interligados. A quebra de vínculo de confiança com a equipe de saúde, como sugerido pela fala da participante Silvia ao mencionar a mudança de "postinho", é um fator preponderante. A construção de uma relação terapêutica sólida, baseada na escuta ativa, no acolhimento e na competência profissional, é essencial para a adesão e continuidade do cuidado (Araújo, 2025; Barbosa, 2025).

Quando essa relação é fragilizada ou inexistente, a pessoa pode sentir-se desamparado e desmotivado a buscar o serviço formal. Outros motivos incluem a

percepção de que o tratamento oferecido não é eficaz, dificuldades de acesso, horários de atendimento incompatíveis com a rotina, e a busca por soluções mais imediatas ou alternativas, muitas vezes baseadas em crenças populares (Ferreira *et al.*, 2025).

A coexistência entre a agência de autocuidado e os déficits de autocuidado reforça a importância de cuidados de enfermagem que ultrapassem a simples prescrição de cuidados. Nesse contexto, a utilização de instrumentos como o Plano Terapêutico Singular (PTS) pode auxiliar a equipe multidisciplinar a planejar e conduzir intervenções em tempo oportuno, além de possibilitar o acompanhamento contínuo da evolução do processo de cuidado. Tal abordagem favorece o exercício do julgamento clínico e subsidia práticas de enfermagem fundamentadas nas necessidades individuais de cada paciente (Lobato *et al.*, 2025)

Essas intervenções devem, portanto, abranger os fatores intrínsecos e extrínsecos da pessoa, como suas condições socioeconômicas e comorbidades, questões nutricionais, como o planejamento de uma dieta balanceada, tais fatores que impactam diretamente o processo de cicatrização. O plano de tratamento precisa ser individualizado, considerando não apenas a escolha da cobertura ideal, mas também os recursos materiais e humanos disponíveis para garantir a continuidade do cuidado. Essa assistência singular, que enxerga a pessoa em sua totalidade, é fundamental para favorecer a evolução do tratamento, reduzir o sofrimento e, finalmente, contribuir para a cicatrização da ferida (Costa *et al.*, 2021; Lima Filho; Regel; Pressinatte, 2023).

O papel do enfermeiro, portanto, é atuar como um avaliador criterioso, validando e potencializando as práticas de autocuidado desenvolvidas pelas pessoas com ferida de maneira segura, ao mesmo tempo em que identifica e corrige os déficits por meio de um sistema de apoio-educação que seja individualizado, empático e focado tanto na apreensão do conhecimento quanto no desenvolvimento de habilidades práticas (Costa *et al.*, 2021). Essa abordagem é essencial para capacitar a pessoa com ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores, transformando-a de um receptor passivo de cuidados em um agente ativo e protagonista no seu cuidado, influenciando positivamente no processo de cicatrização.

Em suma, esta categoria demonstra que o autocuidado de pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores é um processo dinâmico de tentativa e erros, fortemente influenciado por crenças, pela criatividade pessoal e pelas ações de

educação para a saúde oferecidas pelos profissionais.

Salienta-se aqui a importância da capacitação dos profissionais da saúde que compõem equipes das ESF para o acolhimento, escuta ativa, o estabelecimento do vínculo terapêutico, avaliação da pessoa com ferida na sua integralidade, solicitação de exames, realização de curativos, acompanhamento longitudinal e encaminhamentos às especialidades. Complementa-se a importância do trabalho em rede, pois às vezes, os profissionais da média e alta complexidade não realizam a contrarreferência à ESF. Por conseguinte, a pessoa com ferida de difícil cicatrização não é acompanhada após consultas com especialistas ou a alta hospitalar, o que poderá impactar no autocuidado, bem estar e na qualidade de vida.

6.2.3 O sistema de enfermagem como suporte para promoção do autocuidado de pessoas com feridas: potencialidades e limitações

Esta categoria apresenta como sistemas de apoio, principalmente a ESF e a rede familiar, que atuam para compensar os déficits de autocuidado dos participantes. Dessa forma, apresenta-se tanto os elementos de suporte, como a ESF e a rede familiar que fortalecem a agência de autocuidado, quanto os obstáculos que limitam a eficácia desse sistema, sendo esses as barreiras.

Para muitos participantes, a ESF representa o principal, e, em alguns casos, o único, suporte formal disponível. Entende-se que a função mais valorizada da ESF no contexto do manejo de feridas de difícil cicatrização é a de atuar como um sistema parcialmente compensatório, conforme preconizado por Orem (2001).

Este sistema de enfermagem é fundamental para suprir as necessidades, principalmente de pessoas com déficit de autocuidado, em decorrência da escassez de recursos materiais, ou pela inabilidade para o cuidado. Nessas circunstâncias, a ESF constitui importante suporte para provimento de recursos e de educação. Essa atuação é importante para minimizar o déficit de autocuidado, promover a autonomia e garantir a continuidade do tratamento no ambiente domiciliar, fortalecendo a capacidade da pessoa de gerenciar sua própria saúde e bem-estar (Barbosa, 2023; Andriola *et al.*, 2025).

“[...] Eles são muito bons [refere-se aos profissionais da ESF], o pessoal ali. Nossa, ali eles ajudam, sabe? Dá material, tudo certinho. Aí quando é um feriado mais prolongado, eles dão mais material pra gente... Olha lá o soro [aponta para a estante],

está vendo? Eu ponho lá... Agora os curativos como faixa, gazinha, está tudo lá dentro, no quarto” (Marlene).

“[...] Ali no postinho, eles mandaram eu trazer o [pausa longa buscando raciocinar]... Pomadas, sorinho, tudo... Aí, eu tenho tudo aqui em casa” (Severino).

“[...] Gosto muito de lá [ESF] Faço mais é aqui [na sua casa]. Eu tenho material, a [cita o nome da técnica de enfermagem da ESF] arranja pra mim” (Adriana).

“[...] Eu uso a água sanitária, que é a uma água que eles me mandam, não sei o nome [refere-se ao soro fisiológico]” (Rafael).

“[...] Então, às vezes, se a [cita o nome da técnica de enfermagem] que estiver lá, ela me dá, mas a maior parte eu compro” (Eliane).

Dentro do Sistema de Enfermagem, a qualidade da interação entre a pessoa com ferida de difícil cicatrização cadastrada no serviço e a equipe de enfermagem da ESF emerge como um fator condicionante importante para o sucesso do tratamento e a promoção do bem-estar. A percepção positiva sobre os profissionais, especialmente a equipe de enfermagem, não apenas constrói a ponte de confiança necessária para a adesão ao tratamento, mas contribui significativamente para o fortalecimento da agência de autocuidado. Essa contribuição vai muito além da mera transmissão de informações técnicas, sendo alicerçada em pilares essenciais da prática de enfermagem. O acolhimento humanizado, a escuta qualificada e o estabelecimento de um vínculo terapêutico são elementos que permitem ao enfermeiro compreender as necessidades, medos e crenças do paciente, criando um ambiente de segurança e respeito (Mohr *et al.*, 2024; Araújo, 2025; Barbosa, 2025).

Essa abordagem centrada na pessoa facilita a construção de um plano de cuidados individualizado e culturalmente sensível. Adicionalmente, a competência profissional da equipe de enfermagem, que engloba o conhecimento técnico-científico atualizado sobre o manejo de feridas, a habilidade em educação em saúde e a capacidade de adaptação às particularidades de cada caso, é indispensável (Silva Filho, 2021; COFEN, 2025).

Ao demonstrar expertise e empatia, o enfermeiro poderá empoderar a pessoa

com ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores, incentivando-a participar ativamente do seu tratamento e a desenvolver sua própria agência de autocuidado, transformando-a de receptor passivo em protagonista de sua saúde. Assim, a interação qualificada da enfermagem na ESF não só supre déficits de autocuidado, mas também estimula a autonomia e a resiliência frente à cronicidade da ferida (Mohr *et al.*, 2024; Moreira, 2024; Andriola *et al.*, 2025).

“[...] Ah. O postinho está me tratando muito bem lá” (Jésus).

“[...] Aquele rapazinho [refere-se ao recepcionista da ESF] atende muito bem, as outras meninas, também” (Rafael).

“[...] Eu quase não ia lá... Fiquei admirado... Muito bem tratado [pausa longa] ... Trata muito bem... Vou lhe falar pra você, não esperava que o tratamento era tão bom, como se diz um ditado: “Às vezes você não gosta de uma coisa porque você não comeu.” [...] Porque você nunca foi, não é? Oi, trata muito bem lá, viu! Gostei, viu...Gostei, viu” (Raimundo).

A fala do participante Raimundo é reveladora, ele chega ao serviço com baixa expectativa, e é surpreendido positivamente. O tratamento eficaz, aliado a uma postura acolhedora, foi capaz de quebrar sua resistência inicial e transformá-lo em um defensor do serviço.

Essa confiança é reforçada quando a pessoa vê resultados concretos, atribuindo-os diretamente à competência da equipe, como citado na fala do participante Jésus.

“[...] Então, ela [cita nome da técnica de enfermagem] é... Ela é... Competência fora de sério... Tanto é que ela que [olhou em direção à ferida] ... Médico não [risos] não fechava... Com os remédios não fechava... Duas semanas, já fechou a metade... Agora olha o tamanho, você viu?... Do tamanho que estava... A mulher [se referiu a técnica de enfermagem] é fera... Ela tem que ter um valor na nossa mão. Inclusive, eu vou elogiar ela também” (Jésus).

“[...] Essa última médica [pausa longa] ... Essa última médica está sendo até

melhor do que a primeira, viu? [pausa longa] ... Ela tá preocupanda demais, trocou a pomada, ela tá mais incentivada no curativo, em curar a ferida” (Rafael).

“[...] Lá (ESF) está sendo uma beleza, nossa estamos tratando muito bem, e, tipo assim, em parte eu não tenho o que reclamar, sabe? Porque vai lá e faz o curativo, às vezes a moça não pode fazer nessa hora, ela liga pra mim e fala: vem mais tarde” (Jésus).

“[...] A médica vai lá, vai ver o meu pé, a enfermeira. Sempre dá uma sugestão para melhorar” (Raimundo).

“[...] Ah, estou achando bom, não é? Eu estou achando bom, sim... Porque eu estava fazendo em casa, parece que não estava dando certo (Aline).

Além do cuidado técnico, a equipe de enfermagem atua no sistema de apoio-educação, orientando e capacitando a pessoa com ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores e suas famílias, para garantir a continuidade do cuidado, mesmo quando o serviço de saúde não esteja disponível. Essa expertise, aliada à capacidade de acolhimento, escuta qualificada e estabelecimento de vínculo, transforma o cuidado técnico em uma experiência humanizada que empodera o paciente (Diniz *et al.*, 2022).

Ao sentir-se seguro e amparado por uma equipe que demonstra conhecimento e preocupação genuína, a pessoa é mais propensa a aderir ao tratamento, a desenvolver sua agência de autocuidado e a enfrentar a cronicidade da ferida com maior resiliência, otimizando os resultados clínicos e melhorando sua qualidade de vida (Silva Filho, 2021; Mohr *et al.*, 2024).

Essas falas demonstram que o fornecimento de insumos e a execução de um cuidado técnico de qualidade são, de fato, a base para a construção de uma relação de confiança e para o sentimento de segurança e amparo da pessoa com ferida de difícil cicatrização. Apreende-se que a ESF, ao atuar como um sistema parcialmente compensatório, desempenha um papel insubstituível nesse processo conforme a Orem (2001).

“[...] É a minha mulher que faz [curativo] do jeito que a enfermeira ensinou ela

lá. Porque a enfermeira ensinou ela” (Severino).

“[...] Nos feriados eu mesma faço os curativos, com todo cuidado, tem as trocas, não é? Não deixo contaminar nem nada, só isso” (Marlene).

“[...] Aí, minha filha acabou de curar para mim, eu acabei de tomar banho, ela acabou de curar para mim. Aí, às vezes eu vou lá [ESF], quando eu estou em dúvida aqui, eu vou lá a [técnica de enfermagem] olha para mim” (Aparecida).

“[...] Ela que cura pra mim [aponta o dedo para sua filha]” (Carolina).

“[...] Eu faço [curativo] aqui em casa, faço no postinho, aí hoje minha menina foi buscar material pra mim, ela que faz para mim, minha filha” (Adriana).

“[...] Essa enfermeira [cita o nome da enfermeira da ESF], o dia que ela liberou eu para vir fazer em casa, aí ela mesma falou para mim [pausa longa] ... Aí ela tirou um ponto, estava ali e falou assim para mim: “_ Agora eu vou liberar” Ela falou (cita fala da enfermeira): “_ Será que a [cita o nome da sua esposa] consegue fazer o curativo?”. Eu falei: _ Ela faz... Ela falou [cita fala da enfermeira] “_ Então eu vou liberar, para ela fazer” (Severino).

Essas falas dos participantes podem demonstrar a eficácia do sistema de apoio-educação, visto que enfermeiro não apenas realizou o procedimento, mas realizou a educação para a saúde aos familiares dos participantes, garantindo a continuidade do cuidado no ambiente domiciliar e fortalecendo o sistema de apoio familiar.

Embora existam aspectos positivos, as falas evidenciam múltiplas barreiras que comprometem a efetividade do sistema de cuidado, resultando em sentimentos de frustração e intensificação das lacunas no autocuidado. As principais barreiras citadas são a distância, a falta de transporte e a comunicação falha, o que torna o acesso ao atendimento um desafio diário e uma das reclamações mais frequentes.

“[...] Você chama o carro, fizeram a folha lá da [pausa longa buscando raciocínio]... ESF que agora o carro lá é para me levar e buscar, mas não resolve!

Você liga lá, bota o recado, caixa de mensagem, não atende... [...] Eu cheguei lá às oito horas... eram oito horas até que eles foram me atender eram dez horas! E atrasa, porque tem uns outros curativos. E às onze horas eles param para almoçar, entendeu? Aí eles falam: “ Você volta à tarde”... à tarde não dá para voltar” (Wagner).

“[...] Aqui, para eu ir ali no postinho eu tenho que ir com a minha filha... Lá no outro médico que eu vou também, que eu faço tratamento de reumatismo, o meu filho me leva de carro também e minha filha vai junto... [...] Nossa! eu tive uma época que eu fiquei dois meses na cama, dois meses. Minha perna travava assim, porque eu não tinha jeito de andar... Nossa senhora! mas um sacrifício danado... Aí agora eu tenho medo, assim, medo de sair sozinha” (Aparecida).

“[...] É igual aconteceu comigo, negócio do carro da prefeitura... Ficava esperando o carro aqui, passando raiva, passando nervoso, não vinha me buscar, liguei lá para a mulher da prefeitura, ela falou para mim que não tinha obrigação, compreendeu? E eu não estava podendo pisar mesmo [aponta para o chão]... Aí o que que eu fiz? Eu tinha essa bicicleta aí [aponta para uma bicicleta motorizada encostada na parede ao lado], falei, é o único meio que eu tenho, é arriscar. [...] Você pegar um circular [ônibus], fica custoso, você tem que andar ali, chega lá, você não desce, você tem que descer de pé... Aí o que eu tenho que fazer? Eu tenho que procurar o meu, sabe?. [...] Porque eu tenho parentes que têm carro, mas é difícil, tem dia que eles não podem ir, tem dia, compreendeu?” (Joel).

“[...] Ah, eu vou cedo [pausa longa] ... Ali pelas oito horas eu vou... Aí eles fazem o curativo para mim, aí eu venho embora, eu vou ir devagarzinho, devagarzinho. Sempre vou parando, conversando com os outros no caminho” (Severino).

“[...] É, limitado, sou preso, não saio daqui de casa não, não saio não, quando eu saio, saio abraçado com esse menino [aponta para o quarto, onde seu filho estava], quando eu tenho que ir em algum lugar, eu saio abraçado com esse moleque aí, para ir em algum lugar, agora que eu estou chegando aqui, eu vou no postinho, minha irmã que me levou de carro” (João).

“[...] Deu para poder entender a situação? porque para eu ir lá [ESF] é difícil. Não gosto nem de sair de casa... O problema é que eu nem gosto de sair de casa nessa rampa [aponta para fora de casa, indicando a rampa de acessibilidade]. Se aparecer a rampa é muito forte... E o morro subindo, é muito difícil. Fico mais limitado, não é? Por causa da deficiência, não é? É difícil para poder sair, e aí acaba dependendo dos outros” (Diego).

A análise do sistema de enfermagem, que engloba tanto o suporte formal da ESF quanto o apoio informal da rede familiar, revela uma dinâmica de dupla face. Por um lado, a ESF é percebida como um pilar de apoio indispensável, no que se diz respeito a estrutura do atendimento, fornecimento de insumos, cuja atuação dos integrantes da equipe multidisciplinar é muito importante para a continuidade do cuidado. A equipe de enfermagem executa cuidados técnicos com competência e estabelece uma relação terapêutica de confiança, fortalecendo a adesão ao tratamento e a segurança da pessoa com ferida de difícil cicatrização (Diniz *et al.*, 2022).

As ações de educação para a saúde ao cuidador familiar, podem favorecer o cuidado no domicílio, exemplificando a eficácia do sistema de apoio-educação de Orem e é uma das maiores conquistas para a sustentabilidade do tratamento.

Por outro lado, as falas expõem barreiras estruturais significativas que diminuem a eficácia desse sistema. Dificuldades de acesso, seja pela distância geográfica, pela dependência de transporte ou por falhas na comunicação e agendamento, surgem como a principal fonte de frustração e descontinuidade do cuidado.

Embora a qualidade do cuidado técnico e a competência relacional da equipe de enfermagem na ESF sejam frequentemente elogiadas, as falhas logísticas e as barreiras de acesso ao sistema de saúde representam um déficit crítico a ser superado. A efetividade do Sistema de Enfermagem, conforme preconizado por Orem, não depende apenas da capacidade da equipe em prover o cuidado direto, mas também de uma rede de suporte que garanta que o cuidado chegue a quem precisa, de forma consistente, previsível e continuada, superando os desafios impostos pela fragmentação dos serviços e pela precariedade de recursos (Araújo, 2025; Barbosa, 2025).

Os motivos para essas falhas são multifacetados e incluem a escassez de

materiais e insumos adequados para curativos avançados, a descontinuidade do fornecimento desses recursos, a limitação de profissionais especializados em feridas e a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Tais lacunas comprometem a adesão ao tratamento, aumentam o tempo de cicatrização e geram frustração tanto para os pacientes quanto para os profissionais. Além disso, a falta de padronização de protocolos e a sobrecarga de trabalho nas unidades de saúde contribuem para a ineficiência do processo, afetando diretamente a qualidade de vida das pessoas com feridas crônicas (Santos, 2025).

Para melhorar o atendimento e mitigar esses desafios, sugere-se a implementação de políticas públicas que garantam o suprimento contínuo e adequado de insumos essenciais, a facilidade de acesso aos serviços de saúde, a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, com foco em tecnologias e abordagens atualizadas para o tratamento de feridas. É importante também investir na integração dos serviços, por meio de sistemas de referência e contrarreferência eficazes, e na utilização de ferramentas como o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para personalizar o cuidado, fortalecendo a agência de autocuidado e o empoderamento das pessoas portadoras de feridas de difícil cicatrização (Araújo, 2025; Diniz, 2022; Lobato *et al.*, 2025).

6.2.4 Autocuidado de pessoas com feridas: desafios à equidade no processo terapêutico

Nesta categoria, estão descritos alguns dos fatores condicionantes básicos encontrados diante das falas dos participantes, sendo estes, elementos capazes de influenciar e afetar a capacidade de autocuidado de cada pessoa com ferida de difícil cicatrização, criando um cenário de vulnerabilidade.

A dependência de uma renda mínima, seja ela oriunda de aposentadoria ou benefício por incapacidade permanente, limita drasticamente o acesso a recursos que poderiam complementar o cuidado, como uma alimentação adequada, facilitação à um meio de transporte ou até a compra de materiais e insumos para realização de curativos quando estes não são disponibilizados pela ESF.

“[...] E umas coisas que se você não tiver, não tem renda igual a gente tem, é difícil, porque você é acostumado, eu trabalho de pedreiro, você acostuma a ganhar

1.200 reais por semana, toda semana você tem aquilo, aí você parou de uma vez [...] aí é complicado” (Joel).

“[...] Para falar a verdade, eu não consigo fazer compra [pausa longa] ... Eu compro uma cesta no portão, ela fica em 700 reais. Porque o meu dinheiro não dá [risos com constrangimento]. Bom, eu não consigo me alimentar das coisas que eu precisava e que eu queria... Eu gosto muito de fruta, salada. Então, a salada ainda consigo, mas a fruta é difícil, porque eu tenho muito neto... Então, toda fruta que eu compro vai direto, acaba dentro de um dia, dois, no máximo. Então, fica difícil... E vai [tosse].. agora, a carne já é mais difícil, porque a carne é muito cara, mas de vez em quando a gente compra... Quando eu recebo assim, eu compro” (Elizângela).

“[...] Você tem que pagar uma enfermeira se não tiver condições de uma irmã para ajudar ou qualquer outra coisa... se tiver meio doente e não der para curar, tem que pagar uma enfermeira ou enfermeiro para curar... e às vezes você não tem o dinheiro, aí você fica sem curar” (Elisângela).

“[...] Eu gasto, quer ver [ergue a cabeça buscando um raciocínio], com essas pomadas que eu tô usando agora, são oitenta reais, trinta gramas. Às vezes lá [ESF] não tem faixa, falta, eu tenho que comprar de meu bolso, não é? [pausa longa]” (Raimundo).

“[...] Ah... eu como arroz... feijão... verdura, não é? [pausa].. É normal, simples, não é? (pausa). Quando tem uma carninha... come ...[risos]... não tem, não como, não é?” (Sandra).

“[...] A alimentação é normal... Um arroz, um feijão, uma salada... Porque, tipo assim, às vezes já está parado, já não está tendo condição, porque não está tendo renda nenhuma, compreendeu? [pausa longa] ... Então é mais o básico mesmo, arroz, feijão, uma salada... O dia que, tipo assim, você arruma um dinheiro, você compra uma carne, um ovo, mas é raro” (Sandra).

A necessidade de arcar com os custos de materiais para curativos, como pomadas e coberturas, representa um fardo financeiro significativo para a pessoa com

ferida de difícil cicatrização nos membros inferiores, como evidenciado nas falas dos participantes, especialmente quando há falhas no fornecimento pelo sistema público, o que acaba consumindo uma parcela substancial de recursos financeiros de famílias de baixa renda, impactando a capacidade de arcar com outras necessidades básicas, agravando ainda mais a vulnerabilidade nutricional.

Estudo desenvolvido com o objetivo de aferir os custos diretos médios de curativos de úlceras vasculogênicas realizados por profissionais de enfermagem em pacientes atendidos por uma Unidade de Tratamento Integral de Ferida evidenciou que, em famílias de baixa renda, os gastos com saúde competem diretamente com o orçamento destinado à alimentação, o que gera escolhas difíceis. Nesses contextos, muitas vezes opta-se por priorizar o tratamento tópico, enquanto a adoção de uma dieta adequada acaba sendo colocada em segundo plano (Ruiz; Pinheiro; Lima, 2022).

Vieira e Araújo (2018) realizaram estudo sobre a prevalência de fatores associados a feridas de difícil cicatrização em idosos na Atenção Básica que corroboram estes achados. A pesquisa evidenciou que, na amostra estudada, a presença de feridas estava associada a variáveis socioeconômicas como a ausência de atividade laboral e a restrição alimentar. Entre os 339 participantes, predominavam idosos de baixa renda cuja principal fonte de sustento era a aposentadoria. A nutrição inadequada mostrou-se diretamente relacionada à renda insuficiente para atender às necessidades básicas, incluindo a alimentação. Diante disso, os autores reforçam que a condição econômica desfavorável é um fator determinante para a nutrição inadequada entre os participantes, ressaltando que a ingestão insuficiente de nutrientes é comum, visto que as comorbidades frequentemente presentes nesse público, podem comprometer a ingestão e absorção dos nutrientes essenciais para o processo de cicatrização de uma ferida.

A dor crônica e a dificuldade de deambulação são barreiras físicas diretas que limitam a capacidade de realizar o autocuidado e de acessar os serviços de saúde.

“[...] Minhas pernas já estão um trapo mesmo! Eu tive uma época que eu fiquei dois meses na cama, dois meses. Minha perna travava assim, porque eu não tinha jeito de andar... Nossa senhora! mas um sacrifício danado... Aí agora eu tenho medo, assim, medo de sair sozinha” (Aparecida).

“[...] agora não consigo nem andar mais, me sinto mal, péssimo, não estou conseguindo nem andar, praticamente. Sou limitado, sou preso, não saio daqui de casa não” (João).

“[...] quase não estou saindo, porque se fica muito tempo em pé, dói demais... Vou muito devagarinho, porque tem subida... Tem dia que nem dá vontade de ir, porque só de eu subir até ali já começa a doer, mas eu chego lá, sento um pouco né?... Aí eles fazem o curativo e eu venho devagarinho” (Marlene).

A realização de curativos no domicílio pelos técnicos de enfermagem é uma prática possível dentro da APS, desde que esteja sob a supervisão e orientação do enfermeiro responsável pela equipe (COFEN, 2018). No entanto, a efetivação dessa atividade muitas vezes é limitada pelo número reduzido de profissionais na ESF. Em muitos municípios, inclusive no contexto da presente pesquisa, observa-se a presença de apenas um enfermeiro e um técnico de enfermagem por equipe, o que torna desafiadora a realização de visitas domiciliares e o acompanhamento contínuo dos pacientes com feridas crônicas. Essa escassez de recursos humanos impacta diretamente a oferta e a qualidade dos cuidados, dificultando o atendimento às demandas de curativos domiciliares e comprometendo a integralidade do cuidado na atenção básica (Pereira *et al.*, 2024; Barbosa, 2025).

“[...] Vou falar, minha perna tem dia, hoje está me doendo meus dois joelhos. O dia que meus dois joelhos estão doendo, eu não dou conta de ir ao posto [ESF]... Não dou, de jeito nenhum” (Aparecida).

“[...] Eu ando com dor, não é? Ando com dor, porque você toma dipirona, dói. Você não toma, dói do mesmo jeito” (Wagner).

“[...] Você anda um pouquinho de pé e não tem jeito de você andar. Compreendeu? E aí, se você for só aqui por perto mesmo... Você pega um circular [ônibus], fica custoso, você tem que andar ali, chega lá, você não desce, você tem que descer de pé... Aí o que eu tenho que fazer? Eu tenho que procurar o meu jeito, sabe?” (Joel).

“[...] Ah doi... às vezes doi, às vezes queima, às vezes fica “ferroando” ... às vezes melhora e passa, depois fica doendo [pausa longa] ... Tomo remédio... Sentir dor é muito ruim [risos]...É ruim sentir dor [risos] é muito ruim” (Carolina).

“[...] A ferida Impede andar não tem jeito... Vai que eu vou daqui na esquina, se eu cair, vai complicar mais ainda como eu estou” (Raimundo).

“[...] Me incomoda muito a dor, muita dor, e agora estou com dificuldade de andar, não estou conseguindo pisar no chão mais [pausa longa]... [olha para a mão esquerda e faz contagem dos dedos] padaria, ajudante, padeiro, agora não consigo nem andar mais, me sinto mal, péssimo, não estou conseguindo nem andar, praticamente” (João).

“[...] Você vê que dentro de casa eu ando de andador e bengala, tá?... O andador já faz [levanta a cabeça buscando tentar lembrar] ... Uns três anos, mas o andador só ando aqui em casa, dentro de casa, sabe?... Agora na rua eu tenho que pegar no braço de alguma pessoa e ir com a bengala” (Eliane).

“[...] Não saio não... Eu tenho uma cadeira motorizada [aponta para uma cadeira de rodas motorizada encostada no canto da sala], pois tem que ter duas... Eu tenho outra cadeira [aponta para uma cadeira de rodas que estava no quarto] é mais estreita... Eu fui sair nela, ela tombou comigo e quebrei duas costelas, aí eu fiquei com medo” (Diego).

Verifica-se que, a dor persistente em pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores é um dos principais preditores da limitação da mobilidade, como observado nas falas dos participantes. Estudos demonstram que a dor, especialmente ao caminhar ou ficar em pé, leva a uma redução da atividade física e da capacidade de deambulação, criando uma barreira direta ao acesso aos serviços de saúde e à participação em atividades sociais. A mobilidade reduzida em pessoas com feridas de difícil cicatrização está diretamente associada a piores desfechos de saúde, maior risco de depressão e uma queda acentuada na qualidade de vida (Diniz *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2021; Joaquim *et al.*, 2018).

A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou

relacionada à percepção de uma lesão tecidual real ou potencial. Trata-se de um fenômeno subjetivo e individual, influenciado por fatores físicos, psíquicos e sociais. Seja aguda ou crônica, a dor configura-se como uma experiência complexa e multifacetada, que exige uma abordagem holística e multidisciplinar, desempenhando papel central na promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos.. (Sertório *et al.*, 2024).

No contexto da ESF, o desafio não se limita ao alívio sintomático, mas também à identificação das causas subjacentes e à implementação de estratégias de manejo que integrem aspectos físicos, psicológicos e sociais. Nesse cenário, o enfermeiro assume função estratégica no manejo da dor na atenção básica, coordenando e aplicando intervenções individualizadas e centradas no paciente. Tais intervenções envolvem: avaliação abrangente da dor; promoção da participação ativa do usuário no processo de cuidado; adoção de estratégias não farmacológicas sempre que possível; encaminhamentos a fisioterapia para reabilitação e melhora funcional; suporte psicológico e estratégias de enfrentamento; quando necessário, encaminhamento a especialistas em dor; e condução de sessões educativas grupais para portadores de dor crônica, favorecendo a troca de saberes e o autocuidado (Guimarães, 2024).

Considerando os persistentes desafios do sistema de saúde público brasileiro especialmente no que tange à universalidade, integralidade e equidade é imperativo que a dor seja reconhecida como um componente essencial na atuação da APS, cuja gestão eficiente pode contribuir decisivamente para a resolutividade das redes de atenção (Brasil, 2022).

Em meio a um cenário de tantas vulnerabilidades, a fé, a religiosidade e a espiritualidade emergem como o mais poderoso fator condicionante positivo. Para muitos, é a principal fonte de força, conforto e esperança.

“[...] Ando bem, graças a Deus... para Deus nada é impossível! Não é, meu filho? Eu sou católica” (Sandra).

“[...] Eu também sou católica, não estou indo [na igreja]... A minha filha já foi buscar a comunhão, porque ela é ministra. Ela já foi buscar a comunhão para mim eu comungo em casa” (Aparecida).

“[...] Eu tenho o hábito de rezar em casa... Sou católico... Então, olha lá [aponta para um altar improvisado, com uma luz acesa]... Meu Deus!... Eu tenho muita fé” (Jésus).

“[...] Agora, o dia que eu falei com Deus, eu falei assim: “_ Meu Deus, essa perna minha precisa sarar... Podia Deus abençoar uma pessoa para cuidar, para fazer os curativos, porque curativo eu mesmo fazia em casa... Aí, quando veio, chegou ao agente [recebeu visita do agente comunitário de saúde] Chegou o agente aqui, falando que tinha chegado uma enfermeira [refere-se a professora e alunos da UNIFAL-MG] lá no postinho [ESF] e que estava fazendo tratamento para as pessoas que tinham ferida na perna... Aí, se eu queria ir... Eu falei, vamos ver, peraí: “Então, eu vou” ... peraí, plano de Deus! Porque no mesmo dia, Deus mandou ele [agente comunitário de saúde] aqui para falar... Eu fui, eu estou indo” (Elisângela).

Durante a coleta dos dados foi possível identificar a presença de elementos simbólicos no ambiente domiciliar, como imagens de santos, altares religiosos, trechos de livros bíblicos e velas. Tais aspectos revelam a forte expressão da fé, da religiosidade e da espiritualidade no cotidiano dos participantes, evidenciando a importância desses elementos como fontes de conforto emocional, esperança e enfrentamento diante das adversidades impostas pela condição de saúde (nota de diário de campo, 09/05/2025).

Tais achados estão em consonância com o estudo realizado por Oliveira e Popim (2024), em Unidades de Atenção Primária à Saúde do interior do estado de São Paulo. Com uma amostra composta por dez pacientes que apresentavam feridas de difícil cicatrização, evidenciou-se que o sofrimento decorrente dessas lesões é expressivo e impacta significativamente a vida das pessoas. Os autores ressaltam que, diante dessa condição, muitos pacientes buscam na espiritualidade, um sentido para continuar vivendo.

A espiritualidade pode constituir um mecanismo de enfrentamento que ajuda os participantes a darem sentido ao seu sofrimento e a manterem a esperança, mesmo quando o prognóstico clínico é incerto. Ela influencia diretamente a disposição para o autocuidado, fornecendo a motivação que, por vezes, o tratamento por si só não consegue gerar.

A presente categoria revelou que o autocuidado de pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores é intrinsecamente moldado por um conjunto

de fatores condicionantes básicos, que criam um cenário de vulnerabilidade e impactam diretamente a capacidade e a autonomia da pessoa. A vulnerabilidade socioeconômica emerge como um pilar central, onde a limitação de renda restringe o acesso a recursos essenciais, como alimentação nutritiva, transporte e até mesmo materiais para curativos, especialmente quando há falhas no fornecimento público. Tal realidade força escolhas difíceis, priorizando o tratamento tópico em detrimento de uma dieta adequada, fundamental para a cicatrização, conforme evidenciado por Ruiz, Pinheiro e Lima (2022).

A pesquisa de Vieira e Araújo (2018) corrobora essa perspectiva, associando a presença de feridas crônicas às condições socioeconômicas desfavoráveis e nutrição inadequada, destacando a renda insuficiente como um fator determinante. Além disso, estudos recentes reforçam que o perfil socioeconômico tem efeitos diretos na cicatrização de feridas, influenciando o acesso aos cuidados e à qualidade de vida.

Outro fator condicionante crítico é a dor crônica e a mobilidade reduzida, que atuam como barreiras físicas e psicológicas significativas. A dor persistente não apenas limita a capacidade de deambulação e a realização de atividades diárias, mas também impede o acesso oportuno aos serviços de saúde, como relatado pelos participantes. Essa limitação da mobilidade está diretamente associada a piores desfechos de saúde, maior risco de depressão e uma acentuada queda na qualidade de vida, conforme citado também por Diniz *et al.* (2022) e Oliveira *et al.* (2021).

No entanto, em meio a essas adversidades, a fé, a religiosidade e a espiritualidade se destacam como um poderoso fator condicionante positivo, oferecendo força, conforto e esperança, influenciando diretamente a disposição para o autocuidado e fornecendo motivação, como observado por Oliveira e Popim (2024). Essa dimensão espiritual é um recurso valioso que os auxilia a darem sentido ao sofrimento e a manterem a esperança, mesmo diante de prognósticos incertos, impactando positivamente na qualidade de vida das pessoas com feridas de difícil cicatrização.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, pautado na Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem e na análise temática, demonstrou a complexidade do autocuidado de pessoas com feridas de difícil cicatrização nos membros inferiores acompanhadas na ESF. Os resultados evidenciaram que o autocuidado é um processo dinâmico, marcado por uma agência resiliente e por déficits significativos, influenciados por fatores biopsicossociais, por comorbidades como diabetes e hipertensão, estado nutricional, idade, escolaridade, e aspectos culturais. Revelou-se que a cronicidade da ferida gera sentimentos de desânimo, frustração e exclusão social, impactando diretamente a motivação e a capacidade de engajamento no autocuidado. Contudo, a espiritualidade emergiu como um poderoso mecanismo de enfrentamento, fornecendo sentido e esperança, enquanto a interação qualificada da equipe de enfermagem na ESF, pautada em acolhimento, escuta qualificada e vínculo, mostrou-se importante para o fortalecimento da agência de autocuidado e para a adesão ao tratamento, mesmo diante de falhas logísticas e barreiras de acesso ao sistema de saúde.

Desenvolver este estudo representou uma jornada de profundo aprendizado, tanto em nível científico quanto pessoal. A imersão nas falas dos participantes proporcionou uma compreensão mais humanizada e empática sobre a vivência com feridas de difícil cicatrização, transcendendo a perspectiva puramente técnica do cuidado. A aplicação da Teoria de Orem permitiu uma análise robusta das interações entre as demandas de autocuidado e a capacidade das pessoas em atendê-las, consolidando a percepção da enfermagem como uma ciência que vai além da intervenção, focando no empoderamento, no autocuidado e na autonomia do ser humano. Essa experiência reforçou a importância da pesquisa qualitativa para apreender a subjetividade e a complexidade das experiências de saúde e do autocuidado, enriquecendo a formação acadêmica e a visão profissional sobre o cuidado integral, centrado nas necessidades e potencialidades de cada pessoa.

As implicações para a prática de enfermagem são diretas, apontando para a necessidade de um cuidado que integre a escuta qualificada, dialogicidade e o planejamento participativo, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), e para a formação de profissionais capazes de ir além da prescrição, atuando como verdadeiros facilitadores do autocuidado.

As limitações do estudo estão relacionadas ao tempo para a defesa da

dissertação, o que corroborou para a não realização de um acompanhamento longitudinal das práticas de autocuidado com a ferida no domicílio. Sugere-se, para pesquisas futuras, a desenvolvimento de estudos que realizem o acompanhamento longitudinal das práticas de autocuidado com a ferida no domicílio, o que poderá oferecer dados que possibilitem o aprimoramento das ações de educação para a saúde.

Em suma, os resultados reforçam a urgência de se repensar o modelo de cuidado a pessoas com feridas crônicas na ESF, movendo o foco da simples execução de procedimentos para a construção de um sistema de enfermagem que seja integral, acessível e verdadeiramente centrado nas necessidades e potencialidades de cada pessoa. Para a gestão, fica o alerta sobre a importância de garantir a continuidade do cuidado e os recursos necessários, enquanto para o ensino, destaca-se a necessidade de formar enfermeiros com uma visão ampliada do cuidado, capazes de lidar com a complexidade humana que permeia o processo de cicatrização.

REFERÊNCIAS

- ABBADE, Luciana Patricia Fernandes. *et al.* Consensus on the diagnosis and management of chronic leg ulcers - Brazilian Society of Dermatology. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 95, p. 1–18, nov. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0365059620302348?via%3Dihub>. Acesso em: 15 set. 2023.
- ALAGHA, Mohammed. *et al.* Review of Mixed Arterial Venous Leg Ulcers (MAVLU) Disease in Contemporary Practice. **Vascular and Endovascular Surgery**, v. 58, n. 7, p. 747–751, out. 2024. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/15385744241264336?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org. Acesso em: 22 abr. 2025.
- ALBUQUERQUE, Fernanda Soares da Silva; SILVA, Nádia Juliana Nascimento da; FERNANDES, Maria Vitória Costa. A contribuição da enfermagem e a influência do estado nutricional na cicatrização de feridas crônicas: uma revisão de literatura. **Revista Foco**, v. 18, n. 5, p. e8492, 2025. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/8492>. Acesso em: 18 out. 2025.
- ALMEIDA, Antonia Mylene Sousa. *et al.* A atuação do enfermeiro no cuidado de feridas na atenção primária a saúde. **Revista de Casos e Consultoria**, v.12, n.1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/26878/15044>. Acesso em: 14 set. 2023.
- ALMEIDA, Lorena de Carvalho. *et al.* Fatores associados à prevalência de cicatrização de feridas crônicas em uma unidade de saúde da família. **Revista de Pesquisa. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v.16, p. e-13054, 2024. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/13054/12377>. Acesso em: 14 maio 2024.
- ANDRADE, S. C. V. *et al.* Perfil de saúde dos idosos assistidos pelo programa acompanhante de idosos na Rede de Atenção à Saúde do município de São Paulo. **Einstein**, v. 18, p. 1-8, 2020. Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/2317-6385-eins-18-eAO5263/2317-6385-eins-18-eAO5263-pt.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.
- ANDRIOLA, Leisse Soares. *et al.* Revisão integrativa de literatura: desafios na assistência de enfermagem com o cuidado de feridas na atenção primária. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 5, p. 1566–1579, 6 maio 2025. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/19080>. Acesso em: 08 out. 2025.
- ANTUNES, Ana Júlia Fernandes. *et al.* Educação permanente em feridas e curativos para as equipes de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal. **Health Residencies Journal - HRJ**, v. 4, n. 21, 30 nov. 2023. Disponível em: <https://hrj.emnuvens.com.br/hrj/article/view/956>. Acesso em: 08 out. 2025.

ARAUJO, Bruna Karolini Vronski Rocca de et al. Cuidado de enfermagem à pessoa com ferida crônica na Atenção Primária à Saúde: desafios e possibilidades. **Revista Delos**, v. 18, n. 69, p. e5988, 25 jul. 2025. Disponível em: <https://ojs.revistadelos.com/ojs/index.php/delos/article/view/5988/3299>. Acesso em: 08 out. 2025.

ARAÚJO, Wilkslam Alves. *et al.* Meanings of living with a chronic wound: a meta-synthesis study. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, [S. l.], v. 18, 2020. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/936>. Acesso em: 16 set. 2025.

BARBOSA, Adeilda da Silva; BIONE, Jackeline Patrícia Gomes de Moraes; GOMES, Adenilson da Silva. Gestão do cuidado de feridas complexas na atenção primária. **Acta Scientific Sciences**, v. 1, n. 1, p. 1–12, 18 ago. 2025. Disponível em: <https://actascientific.com.br/acta/article/view/4>. Acesso em: 08 out. 2025.

BEZERRA, Maria Luiza Rêgo. *et al.* Aplicabilidade da teoria do déficit do autocuidado de ordem no Brasil: uma revisão integrativa. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, v. 9, 2018. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/538/741>. Acesso em: 26 abr. 2025

BLACKBURN, Joanna; OUSEY, Karen; STEPHENSON, John. Nurses' education, confidence, and competence in appropriate dressing choice. **Advances in skin & wound care**, v. 32, n. 10, p. 470-476, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31403476/>. Acesso em: 15 set. 2023.

BRAGA, Cristiane Giffoni; SILVA, José Vítor da. **Teorias de Enfermagem**. Saraiva Educação. São Paulo: Iátria, 2011. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=4YuwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=TEORIA+DE+ENFERMAGEM+DO+D%C3%89FICIT+DO+AUTOCUIDADO+Jose+Vitor+da+Silva+Jerusa+Gomes+Vasconcellos+Haddad+Maria+Isabel+Marques+Pereira+Rog%C3%A9rio+Silva+Lima&ots=2q-of7-_2z&sig=ueSgfRJEHc7iRxdDYSFOeXtnX-4#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 16 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013, Seção 1, p. 59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, p. 44-46. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dor Crônica em Adultos**. Brasília, DF, 2022. Disponível em:

https://www.gov.br/conitec/pt-r/midias/consultas/relatorios/2022/20221101_pcdt_dor_cronica_cp74.pdf. Acesso em: 09 out. 2025.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de Cuidados para a Pessoa Idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 26 abr. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/10/manual_do_pe_diabetico.pdf. Acesso em: 26 abr. 2025.

CHIBANTE, Carla Lube de Pinho. *et al.* Knowledge and practices in care focused on individuals with wounds. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/dfnLmbkDWth7sV5gBzjcYgq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2025.

COELHO, Maria Cristina Augusta; SOUZA, Sônia Regina; ALVES, Paulo César; SÓRIA, Denise. O impacto na qualidade de vida dos portadores de úlceras vasculogênicas. The impact on the quality of life of patients with vasculogenic ulcers **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 86, n. 24, 2018. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/76>. Acesso em: 9 abr. 2024.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 567/2018**. Regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Brasil, Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html. Acesso em: 19 set. 2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 787, de 21 de agosto de 2025**. Regulamenta a atuação da equipe de enfermagem na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com lesões cutâneas. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-787-de-21-de-agosto-de-2025/>. Acesso em: 8 out. 2025.

COSTA, Cleuson Vieira. *et al.* Conhecimento da enfermagem no tratamento de feridas. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 15, p. e9221, 10 dez. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/9221/5675>. Acesso em: 04 ago. 2025.

COSTA, Julia Aparecida Silveira da. *et al.* Conhecimento dos enfermeiros sobre tratamento de feridas crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 37, 2022. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1282/1245>. Acesso em: 13 set. 2023.

DINIZ, Geórgina Araújo. *et al.* Percepção do autocuidado nos usuários portadores de feridas crônicas. **Nursing**, v. 25, n. 294, p. 8928–8939, 2022. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2861>. Acesso em: 08 out. 2025.

FERREIRA, Vanessa de Faveri. *et al.* Percepção de pessoas em condições crônicas e a influência no processo de cicatrização de lesões. **Aracê**, v. 7, n. 9, p. e8032, 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/8032>. Acesso em: 08 out. 2025.

FONSECA, César. *et al.* A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n. 2, p.480-486, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/63PC9pMDgv7tnmkwvdHYf5g/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2023.

GOMES, Efigênia. *et al.* Compreendendo os significados de se conviver com ferida crônica. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 7, n. 2, 15 out. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/328297668_COMPREENDENDO_OS_SIGNIFICADOS_DE_SE_CONVIVER_COM_FERIDA_CRONICA. Acesso em: 08 out. 2025.

GOMES, Nathália Nunes. *et al.* Social representations of patients with vasculogenic ulcers about quality of life: an analysis of the social context. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 2, p. e20210136, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/pst7TvpB5yxTYXjKQypNM9k/?lang=en>. Acesso em: 28 abr. 2025.

GUAZI, Taísa Scarpin. Diretrizes para o uso de entrevistas semiestruturadas em investigações científicas. **Revista Educação, Pesquisa e Inclusão**. v. 2, 2021. Disponível em: <https://revista.ufrb.br/rep/article/view/e202114/pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024.

GUIMARÃES, Mateus Henrique Dias. Proposta de diretriz para manejo da dor em pacientes da atenção primária em saúde no papel do enfermeiro. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 1, n. 1, 2024. Disponível em: <https://remunom.ojsbr.com/multidisciplinar/article/view/2108/2560>. Acesso em: 9 out. 2025.

HEDAYATI, Nasim. *et al.* Management of mixed arterial venous lower extremity ulceration: A review. **Vascular Medicine**, v. 20, n. 5, p. 479–486, out. 2015. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1358863X15594683>. Acesso em: 28 abr. 2025.

IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais (ORG.). **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2024. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102052.pdf>. Acesso em: 07 set. 2025.

INÁCIO, Rafaela Vieira Silva. *et al.* Dificuldades de idosos na adesão a terapias

medicamentosas crônicas, Unidade Básica de Saúde, Congonhas-Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 21, p. 628-633, 2023. Acesso em: 26 abr. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População no último censo**. Alfenas, MG: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/alfenas/panorama>. Acesso em: 01 maio 2024.

INTERNATIONAL WOUND INFECTION INSTITUTE (IWII). **Wound infection in clinical practice**. London: Wounds International, 2022.

JOAQUIM, Fabiana Lopes *et al.* Impact of venous ulcers on patients' quality of life: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 2021–2029, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mvmdkzBNJXYQKGY7JM9ZWrk/?lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2025.

JORGETTO, Giovanna Vallim; COSTA, Francisca Pereira; FREITAS, Simone de Aro. Cicatrização de lesão cutânea complexa aguda, devido neuropatia periférica diabética: relato de caso: Cicatrização de lesão em neuropatia diabética: Relato de caso. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 4, p. e023244, 10 dez. 2023. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/2025>. Acesso em: 17 out. 2025.

KROEFF, Renata Fischer da Silveira; GAVILLON, PótiQuartiero; RAMM, Laís Vargas. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.20, n.2, p. 464–480, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/52579>. Acesso em: 02 maio 2024.

LEMOS, Luana Gislene Herculano; PINEL NETO, Orlando; NUNES, Marco Antônio Prado. Análise evolutiva do tratamento da úlcera neuropática em pé diabético. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 25, p. e19233, 14 fev. 2025. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/19233>. Acesso em: 17 out. 2025

LIMA FILHO, Anival Ferreira de Lima; REGEL, Beatriz Woloski; PRESSINATTE, Franciele Milani. A importância do enfermeiro para a eficiência da cicatrização de lesões ulcerativas de origem venosa, arterial e mista. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 9, n. 5, p. 18298–18312, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/60162>. Acesso em: 15 abr. 2025.

LIMEIRA, Bárbara dos Santos. *et al.* Classificação do tipo de feridas frequentes em pacientes atendidos em um ambulatório de estomaterapia. **Health Residencies Journal**, v. 6, n. 30, p. 1003, 2025. Disponível em: <https://hrj.emnuvens.com.br/hrj/article/view/1003>. Acesso em: 18 out. 2025.

LOBATO, Larissa Laila Paiva. *et al.* Mapeamento de diagnósticos de enfermagem em pessoas com feridas de difícil cicatrização. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 99, n. 1, e025022, 19 fev. 2025. Disponível em:

<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/2354>. Acesso em: 10 out. 2025.

LYCARIÃO, Octávia Maria Silva Gomes. **Cuidado à pessoa com ferida cutânea: manual de orientações quanto à competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte, MG: Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, 2023. Disponível em: https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2023/09/manual_cuidadoapessoa-2.pdf. Acesso em: 28 abr. 2025.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases teóricas de enfermagem**. Artmed Editora, 2016.

MEDEIROS, Aldo Cunha; DANTAS-FILHO, Antônio Medeiros. Cicatrização das feridas cirúrgicas. **Journal Of Surgical And Clinical Research**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 87–102, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/jscr/article/view/11438>. Acesso em: 14 abr. 2025.

MEHL, Adriano Antonio. *et al.* Mensuração da área de feridas para análise precoce do fator preditivo cicatricial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8PrJtjSrd9Yzt4CYdTY79gQ/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 08 abr. 2024.

MELO, Dilene Fontinele Catunda. *et al.* Educação permanente com agentes comunitários de saúde: potencialidades de uma formação norteada por residentes multiprofissionais. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 13, n. 88, p. 13314–13323, 19 dez. 2023. Disponível em: <https://www.revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3120/3914>. Acesso em: 19 out. 2025.

MESQUITA, Helen Thaís Santos. *et al.* A influência do tabagismo no processo de cicatrização cirúrgica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 5, p. 23359–23370, 29 set. 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/63547>. Acesso em: 29 abr. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2023. E-book. (1 recurso online). (Manuais Acadêmicos). ISBN 9788532642127. Disponível em: <https://middleware-bv.am4.com.br/SSO/unifalmg/9788532642127>. Acesso em: 13 nov. 2024.

MOHR, Helena Sophia Strauss *et al.* Cuidado de enfermagem à pessoa com ferida na Atenção Primária à Saúde: desafios e potências. **ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 22, p. e1437, 2024. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1437>. Acesso em: 10 out. 2025.

MONTEIRO, Juliana Simone Devesa; SANTOS, Ryan de Paulo; MOREIRA, Francielly da Silva Santos. Impactos do letramento em saúde no autocuidado e na qualidade de vida de pacientes com feridas crônicas: uma revisão de literatura. **Biológicas & Saúde**, v. 14, n. 48, 2024. Disponível em:

https://www.perspectivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/2901/2600. Acesso em: 26 abr. 2025.

MOREIRA, Márcia Maria Renó. *et al.* Qualidade de vida e capacidade funcional em pacientes com úlcera arterial. **av.enferm.**, Bogotá, v. 34, n. 2, p. 170-180, 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2025.

MURPHY, Chris. *et al.* Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: wound hygiene. **Journal of Wound Care**, London, v. 29, suppl. 3b, p. S1–S26, 2020. Disponível em: https://www.magonlineibrary.com/doi/full/10.12968/jowc.2020.29.Sup3b.S1?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org. Acesso em: 10 set. 2025

MURPHY, Chris. *et al.* Embedding Wound Hygiene into a proactive wound healing strategy. **Journal of Wound Care**, v. 1, n. 31, 2022. Disponível em: https://www.magonlineibrary.com/doi/full/10.12968/jowc.2022.31.Sup4a.S1?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org. Acesso em: 17 abr. 2025.

NASCIMENTO, Lívia Maria de Carvalho; MELO, Stella Maria Carvalho de. O desafio da construção do conhecimento por discentes do curso superior de tecnologia em secretariado. **Revista Expectativa**, v.19, n. 2, p. 67-91, 2020. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/expectativa/article/view/24600/16321>. Acesso em: 10 set. 2023.

NERI, Cleonice Ferreira da Silva; FELIS, Keila Cristina; SANDIM, Lucíola Silva. Úlceras venosas: A abordagem do enfermeiro na consulta de enfermagem. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 5, p. 30682–30694, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/10584/8843>. Acesso em: 14 abr. 2025.

OLIVEIRA, Aline Costa. *et al.* Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 194–201, mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/5rXWbmmz3qbNgTJKzwGtK9N/?lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2025.

OLIVEIRA, Amanda Paulino. *et al.* Visão de enfermeiros sobre um protocolo de prevenção e tratamento de feridas. **Av Enferm**, v. 39, n.3, p.345-355, 2021. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002021000300345#:~:text=Conclus%C3%B5es%3A,promoveu%20maior%20cuidado%20em%20sa%C3%BAde. Acesso em: 09 de set. de 2023.

OLIVEIRA, Fabiano Fernandes *et al.* Significado de espiritualidade e o sentido da vida para pessoa com ferida de difícil cicatrização. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 32, n. 1, p. e80250, 2024. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/80250>. Acesso em: 16 set. 2025.

OLIVEIRA, Fabiano Fernandes; POPIM, Regina Célia. Espiritualidade e o sentido da

vida para pessoas com ferida de difícil cicatrização. **Congresso Paulista de Estomaterapia**, [S. l.], 2024. Disponível em: <https://anais.sobest.com.br/cpe/article/view/1021>. Acesso em: 10 out. 2025.

OLIVEIRA, Letícia Maria. *et al.* Tratamento de infecções localizadas em feridas de difícil cicatrização: uma revisão integrativa. **ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 22. e1499, 2024. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1499>. Acesso em: 28 abr. 2025.

OREM, Dorothea Elizabeth. **Nursing Concepts of Practice**. 8. ed. Boston: Mosby; 2006.

OREM, Dorothea Elizabeth. **Nursing: Concepts of practice**. 6 ed. St. Louis, MO: Mosby, 2001.

PARKER, Marlaine.; SMITH, Marilyn. **Nursing theories and nursing practice**. 3. ed. Philadelphia: Davis, 2010.

PEREIRA, Daniel Galdino de Araújo. *et al.* Gestão de recursos humanos na saúde: Uma revisão. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 11, p. e87131147431, 15 nov. 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/47431>. Acesso em: 20 out. 2025.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Artmed Editora. Porto Alegre - RS, 2019. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582714904/>. Acesso em: 16 maio 2024.

RIBEIRO, Olga Maria Pimenta Lopes. *et al.* Prática profissional no contexto hospitalar: visão de enfermeiros sobre contribuições das concepções de Dorothea Orem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. e28, 26 mar. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/54723/pdf>. Acesso em: 01 fev. 2025.

ROBERTSON, Lindsay. *et al.* Antidepressants for major depression disorder in older people: a network meta-analysis. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, p. CD013394, 2019. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6727180/>. Acesso em: 29 abr. 2025.

RUIZ, Paula Buck de Oliveira; PINHEIRO; Gabriella; LIMA; Antônio Fernandes Costa. Custos diretos dos curativos de úlceras vasculogênicas realizados por uma unidade de tratamento integral de ferida. **Cogitare Enfermagem**, v.27, p. 1–13, e82224, 28 set. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/YG8fJbByJmbYPWZsjWSRjbG/>. Acesso em: 28 abr. 2025.

SACHETT, Jacqueline de Almeida Gonçalves; SILVA, Montenegro Christielle. Perfil epidemiológico dos pacientes com feridas crônicas atendidos pelo “Programa Melhor em Casa”. **ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v.17 , n.737 , p. e2019, 18 out. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/336656792_Perfil_epidemiologico_dos_pac

ientes_com_feridas_cronicas_atendidos_pelo_Programa_Melhor_em_Casa. Acesso em: 26 abr. 2025.

SANTIAGO, Alessandra Oliveira; ANDRADA, Karinne dos Santos; CRUZ, Leila Dayana Firmino. A importância do enfermeiro no tratamento de úlceras neuropáticas: uma revisão de literatura. In: *CONGRESSO BRASILEIRO DE ESTOMATERAPIA*, XIV, 2023, [S. l.]. **Anais...** [S. l.]: SOBEST, 2024. Disponível em: <https://anais.sobest.com.br/cbe/article/view/584>. Acesso em: 17 out. 2025.

SANTOS, Francisca Aline Arrais Sampaio *et al.* Qualidade de vida e cuidados de enfermagem direcionados a pessoa com ferida crônica: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 99, n. 3, p. e025066, 5 ago. 2025. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/2518>. Acesso em: 08 out. 2025.

SANTOS, Thainara Fernanda Alves. *et al.* Cicatrização de lesões cutâneas a partir da mensuração como parâmetro de evolução. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 98, n. 1, p. e024250, 27 dez. 2023. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/2032/3705>. Acesso em: 26 abr. 2025.

SCORTEGAGNA, Helenice de Moura. *et al.* Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 25, n.4, p. e20200199, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/YtLvghq34knPc5DZJThGbcR/?lang=pt#>. Acesso em: 29 abr. 2025.

SERTÓRIO, Dênis Morgão. *et al.* Dor crônica na atenção primária à saúde: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 5, p. e72439, 2 set. 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/72439/50768>. Acesso em: 08 out. 2025.

SILVA FILHO, Benedito Fernandes. *et al.* Autonomia do enfermeiro no cuidado à pessoa com lesão crônica. **Revista Bioética**, v. 29, n. 3, p. 481-486, jul. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/9ShV9SPwrLpwDGLhSL8MfWS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2025.

SILVA, Emanuela Cardoso. *et al.* Perfil de pessoas com feridas crônicas acompanhadas por uma unidade de saúde da família / Profile of people with chronic injuries followed by a family health unit. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 77388–77400, 6 ago. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/33948/pdf>. Acesso em: 26 abr. 2025.

SILVA, José. Vitor; BRAGA, Cristiane Giffoni. **Teorias de enfermagem no processo de cuidar**. 2. ed. Curitiba: Editora Prismas, 2016.

SILVA, Nataly Soares. *et al.* Feridas de difícil cicatrização: teoria e prática à luz da literatura. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 6, n. 5,

p. 115– 130, 3 jul. 2023. Disponível em:
<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/dificil-cicatrizacao>. Acesso em: 26 abr. 2025.

SILVA, Paula Caroline da. *et al.* A atuação do enfermeiro no tratamento de feridas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4815-4822, 2021. Disponível em:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25942/20571>. Acesso em: 09 set. 2023.

SOARES; Simaria de Jesus. Pesquisa científica: uma abordagem sobre o método qualitativo. **Revista Ciranda**, v. 3, n. 1, p. 1-13, 2019. Disponível em:
<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/ciranda/article/view/314> Acesso em: 13 abr. 2023.

SOUSA, Márcia Beatriz Viana. *et al.* Assistência de enfermagem no cuidado de feridas na atenção primária em saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.48, n. 48, p. e3303, 12 jun. 2020. Disponível em:
<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3303/1997>. Acesso em: 13 abr. 2023.

THIENGO, Priscila Cristina da Silva. *et al.* Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 7 mar. 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4836/483660296015/html/>. Acesso em: 07 out. 2025.

TRIVELLATO, Maria Luísa de Medeiros. *et al.* Práticas avançadas no cuidado integral de enfermagem a pessoas com úlceras cutâneas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 6, p. 600-608, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ape/a/s4wryBhrzZZKp67QLzfzjCP/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2023.

VELOSO, Marylane Viana. *et al.* Desigualdades de renda e capacidade funcional de idosos em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200093, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/ZstRKbqQf6Q3rL9W3WZHXCw/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 07 set. 2025.

VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista. Prevalence and factors associated with chronic wounds in older adults in primary care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/vhRVSFBNrGndry36ZV5GFvz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26. abr. 2025.

ZHENG, Jichao; YAN, Lei. The impact of widowhood on the mental health of older adults and the buffering effect of social capital. **Frontiers in Public Health**, v. 24, n. 12, p. 1385592, 2024. Disponível em:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11076834/pdf/fpubh-12-1385592.pdf>. Acesso em: 26. abr. 2025.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas, MG. CEP: 37130-001 Fone: (35) 3701-9000. Fax: (35) 3701-9006



APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Nome do paciente:

Data de Nascimento:

Data da coleta: ____/____/____

1) Sexo: () Masculino () Feminino

2) Idade: ____ anos

3) profissão: ____ Renda: _____ Religião: _____

4) Situação conjugal: () Solteiro (a) () Casado(a) () União estável

() Divorciado (a) () Viúvo (a)

5) Possui filhos: () Sim () Não, Se sim, quantos?

6) Possui algum cuidador: () Sim () Não Se sim, quantos?

7) Grau de Escolaridade:

() Analfabeto

() Pós-Graduação – Residência

() Ensino fundamental incompleto

() Pós-Graduação – Especialização

() Ensino fundamental completo

() Pós-Graduação – Especialização

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

() Pós-Graduação – Doutorado

() Pós-Graduação – Mestrado

() Ignorado

8) Apresenta alguma deficiência: () Sim () Não Se sim, qual? _____.

9) É portador de alguma doença: () Sim () Não Se sim, quais? _____.

10) Possui alguma lesão crônica no membro inferior direito: () Sim () Não
 Se sim, quantas? _____, há quanto tempo? _____.

11) Possui alguma lesão crônica no membro inferior esquerdo: () Sim () Não
 Se sim, quantas? _____, há quanto tempo? _____.

12) Tabagista? () Sim () Não

13) Etilista?() Sim () Não

14) Possui alguma comorbidade? () Sim () Não Se sim, quais?

15) Faz uso de medicamentos contínuos? () Sim () Não Se sim, quais?

16) Realiza alguma atividade física? () Sim () Não

Questões norteadoras para entrevista:

1. Como você se sente com esta ferida?
2. Como você tem se cuidado com esta ferida?
3. Como é para você realizar o seu tratamento na Estratégia Saúde da Família?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Participante da Pesquisa

Título da pesquisa: AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS EM MEMBROS INFERIORES ACOMPANHADAS NAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS

Pesquisadora responsável: Eliza Maria Rezende Dázio **Pesquisador**

participante: Heverton Paulino de Oliveira

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS EM MEMBROS INFERIORES ACOMPANHADAS NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS, de responsabilidade da pesquisadora Eliza Maria Rezende Dázio. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo, assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador (a) responsável. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar, ao final desse documento, se foi suficientemente esclarecido (a) sobre as etapas da pesquisa.

1. Esta pesquisa tem por objetivo compreender o autocuidado de pessoas com feridas crônicas em membros inferiores acompanhadas nas Estratégia Saúde da Família de um município do Sul de Minas Gerais.

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações sobre a forma pela qual você tem se cuidado com estas feridas. Para tanto, você será convidado a responder sobre dados como sexo, idade, grau de escolaridade, profissão, situação conjugal, se possui filhos ou cuidador, doenças, medicamentos em uso, atividade física, tabagismo, uso de bebida alcoólica, origem e tempo das feridas. Para completarmos informações solicitamos a observação da forma que você tem se cuidado e autorização para termos acesso ao seu prontuário. Também será perguntado como você se sente com esta ferida; como você tem se cuidado com esta ferida e como é para você realizar o seu tratamento na Estratégia Saúde da Família. As suas respostas serão gravadas, com a sua permissão, usando o aplicativo Gravador de Voz em um celular da marca Motorola, modelo Moto G Power8 e, em seguida, transcritas pelo pesquisador com auxílio de um software para análise posterior. Também será utilizado um diário de campo para anotações dos pesquisadores.

Você poderá ficar preocupado (a), ter o sentimento de invasão de privacidade em relação à divulgação de seus dados confidenciais, receio de perda e danos físicos

ao seu prontuário ou até mesmo de divulgação de informações. No entanto, terá a garantia de que o acesso dos pesquisadores aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa. Terá a garantia de integridade dos documentos, pois não serão causados danos físicos, rasuras e nem serão feitas cópias. Também será garantido o sigilo dos dados fornecidos e a guarda adequada das informações, uma vez que assumimos também o compromisso de não publicar o nome dos participantes desta pesquisa e nem mesmo as iniciais do nome, ou qualquer outra forma que permita a identificação individual.

No que diz respeito à responsabilidade dos pesquisadores na transferência e armazenamento adequado dos dados coletados, após o término da coleta de dados, será realizado o *download* dos dados para o computador do pesquisador responsável, com arquivamento em pasta individualizada, unicamente neste computador, sendo excluídos todo e qualquer registro da Plataforma Virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. Estes arquivos digitais permanecerão sob a guarda e responsabilidade do pesquisador, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, conforme Art. 17, inciso VI e Art. 28, inciso IV da Resolução CNS 510/2016 (BRASIL, 2016).

3. Durante a execução desta pesquisa o participante poderá correr o risco mínimo de ficar com receio de oferecer informações suas a pessoas que não conhece. Os pesquisadores apresentarão documento de identificação como aluno do mestrado e como professora da Universidade Federal de Alfenas. Poderá também ficar com receio de responder às perguntas e ser prejudicado (a) quanto ao tratamento de feridas no município. Para reduzir este risco as suas informações não serão identificadas. Assim, outras pessoas não saberão o que foi respondido. Pode ocorrer desconforto mínimo ao responder as perguntas, por isso os pesquisadores farão esclarecimentos e uma abordagem humanizada, bem como o apoio e o referenciamento à ESF adstrita do município em questão, para acolhimento e acompanhamento.

4. Ao participar desta pesquisa, você contribuirá para aprofundar o entendimento sobre o autocuidado na perspectiva dos pacientes, o que é valioso tanto para profissionais de saúde quanto para os próprios clientes. Essa compreensão ajuda a dar voz a essas pessoas, identificar pontos fortes e vulnerabilidades no cuidado e embasar políticas de saúde voltadas especificamente para suas necessidades.

5. Sua participação nesta pesquisa terá a duração necessária para responder a cada pergunta da entrevista, com o tempo variando de acordo com as respostas individuais fornecidas para cada uma delas.

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo as cópias dos termos e questionários das entrevistas fornecidos totalmente gratuitos; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado (a) e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito a buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua

participação no estudo, você terá direito à assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo pesquisador responsável, pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado (a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação. Sendo assim, considerando que a pesquisa precisará de gravação do som de voz, torna-se necessário a autorização. Sendo assim:

AUTORIZO () / **NÃO AUTORIZO** () a coleta e divulgação de imagens/fotografias/vídeos/som de voz para a presente pesquisa.

12. Você poderá consultar o (a) pesquisador(a) Eliza Maria Rezende Dázio, no seguinte telefone (35) 99154-9122 ou email eliza.dazio@unifal-mg.edu.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL- MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130- 000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

**O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Eu, _____,
declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário (a), do projeto de pesquisa acima descrito.

Alfenas, (dia) de (mês) de (ano)

.....
(Assinatura do (a) participante da pesquisa)

.....
(Assinatura do (a) pesquisador(a) responsável / pesquisador(a) participante.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autocuidado de pessoas com feridas crônicas em membros inferiores acompanhadas nas Estratégias Saúde da Família de um município do Sul de Minas Gerais.

Pesquisador: Eliza Maria Rezende Dázio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85642324.8.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.448.594

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado, financiamento obtido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG. De abordagem qualitativa do tipo descritiva, exploratória. Será realizada em um município do Sul de Minas Gerais que atualmente conta com 19 equipes da ESF que compõem a Atenção Primária à Saúde. Os participantes serão pessoas com feridas crônicas em membros inferiores acompanhadas nas ESF de um município do Sul de Minas Gerais. Os dados serão coletados por meio de um formulário de caracterização sociodemográfica e clínica, observação participante, diário de campo e entrevistas semiestruturadas. As questões norteadoras serão: como você se sente com esta ferida? Como você tem se cuidado com esta ferida? Como é para você realizar o seu tratamento na Estratégia Saúde da Família? Os participantes serão localizados por meio dos registros de cadastro dos usuários com auxílio dos enfermeiros das 19 ESF do município. Os dados das entrevistas, da observação participante e do diário de campo serão transcritos pelo mestrando e analisados para a construção de temas recorrentes. Os dados de caracterização sociodemográfica e clínica passarão por análise estatística descritiva simples, e posteriormente apresentados seguindo análise absoluta e percentual.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 7.448.594

Parecer CEP - Há compatibilidade de informações entre o Projeto, o Formulário de Informações Básicas e os termos obrigatórios anexados.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o autocuidado de pessoas com feridas crônicas em membros inferiores acompanhadas nas Estratégia Saúde da Família de um município do Sul de Minas Gerais.

Análise do CEP:

1. claros e bem definidos;
2. coerentes com a propositura geral do projeto;
3. exequíveis (considerando tempo, recursos e método).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos e medidas minimizadoras os autores apontam que:

- a) Você poderá ficar preocupado (a), ter o sentimento de invasão de privacidade em relação à divulgação de seus dados confidenciais, receio de perda e danos físicos ao seu prontuário ou até mesmo de divulgação de informações. No entanto, terá a garantia de que o acesso dos pesquisadores aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa. Terá a garantia de integridade dos documentos, pois não serão causados danos físicos, rasuras e nem serão feitas cópias. Também será garantido o sigilo dos dados fornecidos e a guarda adequada das informações, uma vez que assumimos também o compromisso de não publicar o nome dos participantes desta pesquisa e nem mesmo as iniciais do nome, ou qualquer outra forma que permita a identificação individual.
- b) Durante a execução desta pesquisa o participante poderá correr o risco mínimo de ficar com receio de oferecer informações suas a pessoas que não conhece. Os pesquisadores apresentarão documento de identificação como aluno do mestrado e como professora da Universidade Federal de Alfenas.
- c) Poderá também ficar com receio de responder às perguntas e ser prejudicado (a) quanto ao tratamento de feridas no município. Para reduzir este risco as suas informações não serão identificadas. Assim, outras pessoas não saberão o que foi respondido. Pode ocorrer desconforto mínimo ao responder as perguntas, por isso os pesquisadores farão esclarecimentos e uma abordagem humanizada, bem como o apoio e o referenciamento à ESF

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 7.448.594

adstrita do município em questão, para acolhimento e acompanhamento.

Quanto aos benefícios os autores apontam que a pesquisa pode contribuir para aprofundar o entendimento sobre o autocuidado na perspectiva dos pacientes, o que é valioso tanto para profissionais de saúde quanto para os próprios clientes. Essa compreensão ajuda a dar voz a essas pessoas, identificar pontos fortes e vulnerabilidades no cuidado e embasar políticas de saúde voltadas especificamente para suas necessidades.

Análise do CEP:

1. Os riscos de execução do projeto são bem avaliados, realmente necessários e estão bem descritos no projeto;
2. Os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;
3. Para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Análise do CEP:

1. Metodologia da pesquisa: adequada aos objetivos do projeto, atualizada;
2. Referencial teórico da pesquisa: atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
3. Cronograma de execução da pesquisa: coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto;
4. Orçamento: presente e adequado;
5. Instrumento(s): presente(s).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): presente e adequado
2. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD): presente e adequado
3. Termo de Anuência Institucional (TAI): presente e adequado
4. Termo de Assentimento (TA): não se aplica

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 7.448.594

5. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE): não se aplica
6. Folha de rosto: presente e adequada
7. Declaração de compromisso do pesquisador responsável - presente e adequada
8. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise, a Coordenação do CEP emite parecer ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2471627.pdf	11/03/2025 18:14:25		Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	11/03/2025 18:14:09	Eliza Maria Rezende Dázio	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencia_CEP_UNIFAL_Heverton.doc	11/03/2025 18:13:59	Eliza Maria Rezende Dázio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Heverton_Paulino.docx	11/03/2025 18:13:41	Eliza Maria Rezende Dázio	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Heverton.pdf	23/12/2024 23:26:16	Eliza Maria Rezende Dázio	Aceito
Outros	Declaracao_de_compromisso_Heverton.pdf	05/12/2024 20:21:48	Eliza Maria Rezende Dázio	Aceito
Outros	TCUD_Heverton.pdf	05/12/2024 20:19:05	Eliza Maria Rezende Dázio	Aceito
Outros	TAI_Heverton.pdf	05/12/2024 20:18:02	Eliza Maria Rezende Dázio	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Heverton_Paulino.pdf	05/12/2024 20:15:00	Eliza Maria Rezende Dázio	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 7.448.594

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 18 de Março de 2025

Assinado por:

**Ana Cláudia Mesquita Garcia
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro **CEP:** 37.130-001

UF: MG **Município:** ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br