

Organização das unidades de atenção básica para o atendimento às pessoas com feridas do Município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul

Autores: Vanessa Maciel Fantuzzi¹, Giselda Quintana Marques²

¹ Enfermeira. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Email: vanessafantuzzi@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Enfermeira. Prefeitura Municipal da Saúde de Porto Alegre. Orientadora do trabalho. Email: giseldamarques@hotmail.com

RESUMO: A ferida pode ser definida como resultado de ilimitada variedade de injúrias traumáticas, isquêmicas, cirúrgicas ou pressóricas que agredem a estrutura histofisiológica do tecido tegumentar. Acometem a população de forma geral, independente de sexo, idade ou etnia e se constituem um sério problema de saúde pública. O estudo tem por objetivo discutir a organização das unidades de atenção básica de Porto Alegre para o atendimento de pessoas com feridas. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa e delineamento transversal. Foram estudadas 50 unidades de saúde, sendo 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 29 de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foram seguidas as normas de pesquisa da Resolução Nº 196/96. Os resultados são apresentados contendo as principais características das unidades estudadas, os materiais disponibilizados para o cuidado e a assistência prestada às pessoas com feridas. Todas as unidades estudadas são públicas, 96% possui sala de curativos, com atendimento diário e horário livre e o acesso aos cuidados é feito por demanda espontânea. Todas as unidades dispõem de materiais e insumos para realização de curativos, com regularidade no fornecimento de insumos. A assistência prestada pelas enfermeiras é feita pela avaliação da lesão em 72% das unidades, desbridamento em 38%, realização do curativo em 86% e grupos de educação em saúde para as pessoas com feridas crônicas, em 8% das unidades. As ESF parecem estar mais organizadas para o atendimento do que as UBS. Sugere-se a elaboração de protocolos para avaliação das feridas e aprofundamento do tema com novos estudos.

DESCRITORES: Ferimentos e lesões. Atenção primária à saúde. Enfermagem

Introdução

As tentativas humanas de intervir no processo de cicatrização das feridas acidentais ou provocadas intencionalmente remontam à Antiguidade, demonstrando que desde então já se reconhecia à importância de protegê-las de forma a evitar que se complicassem e repercutissem em danos locais ou gerais para as pessoas¹.

A ferida pode ser definida como resultado de ilimitada variedade de injúrias traumáticas, isquêmicas, cirúrgicas ou pressóricas que agredem a estrutura histofisiológica do tecido tegumentar².

De maneira geral, as feridas podem ser classificadas quanto à causa, em intencionais ou cirúrgicas e em acidentais ou traumáticas; quanto à etiologia em aguda ou crônica; e quanto ao agente causador, em cortante, lacerante, perfurante, penetrante, contusa, escoriação, venenosa, queimadura, iatrogênica, amputação, ou patológica³.

No Brasil, as feridas constituem um sério problema de saúde pública, acometem a população de forma geral, independente de sexo, idade ou etnia, determinando um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele. Todavia, são escassos os dados epidemiológicos que comprovem este fato, devido à falta de registros desses atendimentos. Contudo o surgimento de feridas onera os gastos públicos e interfere na qualidade de vida das pessoas afetadas⁴.

O profissional de enfermagem está diretamente relacionado ao tratamento de feridas, seja em serviços de atenção primária, secundária ou terciária, deve, portanto resgatar a responsabilidade de manter a observação intensiva com relação aos fatores locais, sistêmicos e externos que condicionam o surgimento da ferida ou interfiram no processo de cicatrização^{5,6}.

A assistência prestada à pessoa com ferida deve ser realizada pela equipe multiprofissional de forma holística fundamentada no conhecimento científico, na experiência, na intuição e no pensamento crítico, a qual envolve a participação do médico e de outros profissionais como o enfermeiro, o nutricionista, o fisioterapeuta o psicólogo, entre outros, tendo em vista que cada um assume um papel de relevância, possibilitando, pelos métodos terapêuticos aplicados ao paciente, promover sua cicatrização e bem-estar^{5,7}.

A obtenção dos profissionais de recursos materiais adequados, de treinamentos específicos e de desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar são fatores

indispensáveis para que possam ser viabilizadas as condições necessárias para o estabelecimento de condutas terapêuticas eficazes neste processo.

Por outro lado, tão importante quanto à qualidade do cuidado que é ofertado pelo profissional no atendimento, está à forma como o serviço se organiza para prestar a assistência ao usuário.

No Brasil, um novo modelo de atenção à saúde foi instalado, a partir da regulamentação do SUS, tendo como princípios a descentralização dos serviços, a universalidade e a integralidade da atenção à saúde e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde⁷.

Na atenção básica é ofertado um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados geograficamente, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, conforme a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território⁸.

Este estudo se justifica pela necessidade de tratamento e de cuidado das pessoas que desenvolvem lesão de pele e a falta de dados que evidenciem como os serviços de saúde estão organizados para prestar esse tipo de atendimento, especialmente na atenção básica, que é o contato preferencial do usuário com o sistema de saúde.

Neste contexto, tem-se por objetivos discutir a organização das unidades de atenção básica de Porto Alegre para o atendimento de pessoas com feridas.

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa e delineamento transversal, realizado no Município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

Porto Alegre tem população estimada de 1.436.123 habitantes, com renda per capita de 25.534 reais anual e uma área territorial de 497 Km². A atenção básica de

saúde está estruturada em 101 Unidades de Estratégias de Saúde da Família e 45 Unidades Básicas de Saúde distribuídas em 8 Distritos Sanitários⁹.

Este estudo abrangeu uma amostra por conveniência constituída de 50 unidades de saúde, distribuídas nas 8 Gerências Distritais de Porto Alegre, sendo 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 29 de Estratégia de Saúde da Família (ESF). As Unidades estudadas correspondem, aproximadamente, um terço do total de unidades de atenção básica municipal.

O estudo foi conduzido após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos sob o protocolo 10/170, e posteriormente pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sob o processo nº 001.005633.11.3.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2011, utilizando-se um instrumento de questionário, semi-estruturado, com perguntas abertas e fechadas. Os questionários foram respondidos pelos coordenadores das unidades que aceitaram fazer parte do estudo. Houve dificuldade na coleta de dados quais sejam: acessibilidade aos serviços, localização dos sujeitos da pesquisa, obter a devolução dos questionários.

Este estudo obedeceu às normas de pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução Nº 196, do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996¹¹. Essa resolução salienta, sob a perspectiva do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, entre outros e possui como escopo assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Os dados foram digitados em uma planilha do Programa Excel for Windows, com dupla digitação, e posteriormente, transferidos para um banco de dados do programa SPSS.

As variáveis estudadas foram: identificação da unidade de serviço, classificação conforme o nível de complexidade, faixa etária atendida, presença de salas de curativo, características dos serviços de saúde na assistência a feridas, existência de protocolos, formas de acesso aos serviços nas unidades de saúde, horário de oferta de curativos, tipo de registro da atividade, tipos de materiais e insumos, características do trabalho do enfermeiro na assistência a pessoa com ferida.

Os dados foram analisados pelo software SPSS 17.0 e os resultados apresentados por meio das frequências relativas e absolutas.

Resultados

Os resultados são apresentados contendo as principais características das unidades estudadas, os materiais disponibilizados para o cuidado e a assistência prestada as pessoas com feridas.

Todas as unidades são públicas, sendo que 21 (42%) são UBS e 29 (58%) são ESF. Em relação às faixas etárias atendidas, verifica-se uma concentração de atendimentos nas faixas etárias de idosos (60 anos ou mais), com 44 (95,4%) ocorrências e adultos (19 a 59 anos), com 40 (87%). As crianças (0 a 12 anos) e os adolescentes (12 a 18 anos) tiveram número de ocorrências semelhantes nas unidades.

Identifica-se que 48 (96%) unidades possuem sala de curativos. Duas unidades (4,0%) não possuem sala específica para tal finalidade, sendo uma UBS e uma ESF.

A tabela 1 apresenta os tipos lesões e procedimentos atendidos, verifica-se que retirada de pontos, queimaduras e ferimentos corto-contusos são os mais citados pelas unidades, com 46 (95,8%) ocorrências, seguidos de escoriações, com 45 (93,8%), curativos cirúrgicos e úlceras de perna, com 43 (89,6%), úlceras por pressão, com 40 (83,3%), tungíase, com 38 (79,2%) e mífase, com 23 (47,9%).

Tabela 1 .Características dos serviços de saúde na assistência a feridas (N=50)

	UBS N21(100%)	ESF N29(100%)	Total N50(100%)
Tipos de lesões/curativos			
Queimaduras	18 (85,7)	28 (96,5)	46 (95,8)
Ferimentos corto-contusos	18 (85,7)	28 (96,5)	46 (95,8)
Mífase	08 (38,0)	15 (51,7)	23 (47,9)
Úlceras por pressão	15 (71,4)	25 (86,2)	40 (83,3)
Escoriações	18 (85,7)	27 (93,1)	45 (93,8)
Curativos cirúrgicos	16 (76,1)	27 (93,1)	43 (89,6)
Úlcera de perna	16 (76,1)	27 (93,1)	43 (89,6)
Tungíase	15 (71,4)	23 (79,3)	38 (79,2)
Retirada de pontos	19 (90,4)	27 (93,1)	46 (95,8)

Fonte: Pesquisa direta, elaborada pelo autor, 2011

Quando são analisados os tipos de lesões e procedimento pelo tipo de unidades de saúde, verifica-se que existem diferenças na frequência das ocorrências. Nas UBS, retirada de pontos, 19 (90,4%), apresenta o maior percentual de ocorrências, nas ESF,

as queimaduras e os ferimentos corto-contusos são as mais frequentes, com 28 (96,5%) ocorrências.

Constata-se que a maioria das unidades não possui protocolo para a avaliação de feridas ou para realização de curativos. Apenas 09 (19,6%) unidades afirmam possuir algum protocolo, sendo 04 (19%) UBS e 05 (17,2%) ESF.

Os registros das atividades são realizados na maioria das unidades, sendo que a forma mais usada é a evolução no prontuário do paciente, com 32 (72,7%) ocorrências. Também é utilizado formulário específico em 14 (31,8%), o Sistema de informação ambulatorial do SUS em 08 (18,2%) e registro fotográfico em 02 (4,5%). As ESF fazem mais registro em prontuário, 22 (75,8%) ocorrências, do que as UBS, que utilizam mais formulários específicos, com 11 (52,3%).

Na tabela 2 são mostradas as formas de acesso às unidades que é feito, majoritariamente, por demanda espontânea aos serviços, com 48 (96%) ocorrências, não havendo diferenças significativas entre as Unidades Básicas de Saúde e de Estratégia de Saúde da Família.

O atendimento de egressos de hospitais é mais frequente nas unidades de ESF 11 (37,9%) do que nas UBS 04 (19%). Agendamento por DRCCR é feito em 01 (4,7%) ESF e por outro tipo de agendamento que não foi especificado, em 03 (14,2%) UBS.

Tabela 2. Acesso aos serviços nas unidades de saúde

	UBS N21(100%)	ESF N29(100%)	Total N50(100 %)
Acesso ao serviço			
Demanda espontânea	21 (100)	27 (93,1)	48 (96,0)
Agendamento de egressos do hospital	04 (19,0)	11 (37,9)	15 (30,0)
Agendamento por DRCCR	01 (4,7)	00 (0,0)	01 (2,0)
Agendamento por outro meio	03 (14,2)	01 (3,4)	04 (8,0)
Horário de oferta do serviço			
Diariamente, com horário específico	07 (70,0)	03 (30,0)	10 (20,0)
Diariamente, com horário livre	14 (35,0)	26 (65,0)	40 (80,0)
Alguns dias da semana	-	-	-

Fonte: Pesquisa direta, elaborada pelo autor, 2011

A oferta de curativos é diária, com horário livre, em 40 (80%) unidades, sendo 14 (66%) ocorrências em UBS e 26 (89,6%) em ESF. Em 10 (20,0%) unidades a oferta é diária, mas com horário específico, esse achado é mais frequente nas UBS.

Em todas as UBS e ESF existe regularidade no fornecimento de insumos para curativos.

Os materiais disponíveis nas unidades para a realização de curativos são: luvas de procedimento, com 50 (100%) ocorrências, soro fisiológico, gaze, micropore, com 49 (98%), retirada de pontos e pacote para curativos, esparadrapo, atadura de crepe, com 48 (96%) ocorrências, entre outros com menor percentuais.

Os itens menos referidos pelas unidades são o uso do banho Maria 03 (6,1%) para aquecer solução fisiológica e a presença de coberturas especiais 03 (6,1%). Esses dados são apresentados na tabela 3.

Tabela 3. Materiais disponíveis nos serviços de curativo (N=50)

	N	%
Retirada de pontos	48	96,0
Pacote para curativo	48	96,0
Bacia	29	58,0
Tesoura	47	94,0
Luva de procedimento	50	100,0
Gaze	49	98,0
Micropore	49	98,0
Fita adesiva	38	76,0
Esparadrapo	48	96,0
Atadura de crepe	48	96,0
Atadura elástica	44	88,0
Pomadas	38	76,0
Vaselina	45	90,0
Soro fisiológico	49	98,0
Banho-maria	03	6,0
Lava-pés	35	70,0
Coberturas especiais	03	6,1
Estufa	08	16,0
Forno de microondas	20	40,0

Fonte: Pesquisa direta, elaborada pelo autor, 2011

As principais atividades realizadas pelo enfermeiro no cuidado ao paciente com lesão de pele são apresentadas na Tabela 4.

A consulta de enfermagem é realizada em 14 (66,6%) UBS e 22 (75,8%) ESF. As enfermeiras avaliam somente a ferida, durante a realização do curativo, em 17 (80,9%) UBS e 19 (65,5%) ESF. O desbridamento da lesão é feito pelas enfermeiras em 19 (38%) unidades, sendo 05 (23,8%) UBS e 14 (73,7%) ESF.

Tabela 4. Características do Trabalho do enfermeiro na assistência pessoa com ferida (N=50)

	UBS N 21 (%)	PSF N 29 (%)	Total N50 (100%)
Consulta de enfermagem			
Sim	14 (66,6)	22 (75,8)	36 (72,0)
Não	07 (33,3)	07 (33,3)	14 (28,0)
Somente avaliação da ferida			
Sim	17 (80,9)	19 (65,5)	36 (72,0)
Não	04 (19,0)	10 (34,4)	14 (28,0)
Realização do curativo			
Sim	17 (80,9)	26 (89,6)	43 (86,0)
Não	04 (19,0)	03 (10,3)	07 (14,0)
Fornecimento do Material			
Sim	19 (90,4)	25 (86,2)	44 (88,0)
Não	02 (9,5)	04 (13,7)	06 (12,0)
Desbridamento			
Sim	05 (23,8)	14 (73,7)	19 (38,0)
Não	16 (76,1)	15 (51,7)	31 (62,0)
Grupo terapêutico ou de educação em saúde			
Sim	01 (4,7)	03 (10,3)	04 (8,0)
Não	20 (95,2)	26 (89,9)	46 (92,0)
Encaminhamento para especialistas			
Sim	12 (57,1)	11 (37,9)	23 (46,0)
Não	09 (42,8)	18 (62,0)	27 (54,0)

Fonte: Pesquisa direta, elaborada pelo autor, 2011

Apenas 23 (46%) unidades informam que encaminham os pacientes para especialistas, destas 12 (57,1%) são UBS e 11 (37,9%) são ESF. Não foram verificados quais os especialistas mais utilizados pelas enfermeiras.

A maioria das unidades informa que fornece materiais para o cuidado no domicílio, com 44 (88%) ocorrências.

Grupos de atendimento com enfoque terapêutico e de educação em saúde são realizados em 04 (8,0%) unidades, a maioria não realiza este tipo de atividade coletiva.

Discussão

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, sua organização possibilita ou obstrui o acesso de usuários aos cuidados de saúde. A abertura das portas ao usuário permite a sua utilização, viabilizando a sua entrada na rede de serviços, sendo que são os profissionais que o conduzem pelo que é ofertado no sistema de saúde¹¹.

O acesso e a utilização de serviços de saúde dependem de um conjunto de fatores que podem ser esquematicamente divididos em determinantes da oferta, que dizem respeito à organização do serviço, e determinantes da demanda, relacionados às necessidades do usuário¹².

Verifica-se que nas unidades estudadas a oferta de curativos é diária, com horário livre, baseada na procura espontânea do usuário aos serviços. Em algumas unidades de ESF também é realizado atendimento aos egressos de hospitais. Estes aspectos possibilitam maior acessibilidade aos cuidados das equipes de saúde.

Acessibilidade pode ser definida como a presença ou ausência de barreiras financeiras, organizacionais, e/ou estruturais enfrentada pelo usuário para obter atenção à saúde¹².

Nas unidades estudadas verifica-se que a clientela que mais utiliza é a adulta a partir de 19 anos e a de idosos acima de 60 anos. O aumento progressivo da população adulta e de idosos tem exigido dos profissionais maior sensibilidade e atenção às condições crônicas e suas consequências sociais, culturais e epidemiológicas. Essa situação, apesar de crescente, ainda não foi devidamente enfrentada pela sociedade, pelos profissionais e pelas Instituições¹⁴.

A presença de salas de curativos em 96% das unidades mostra que existe uma preocupação institucional e das equipes em constituir o cuidado de lesões de pele no rol das atividades cotidianas das unidades. Isso também pode ser identificado quando foi informado da disponibilidade de materiais e insumos para a realização de curativos.

Apesar disso, apenas três unidades referem possuir coberturas especiais para o tratamento das feridas. O material disponível é básico para dar conta da diversidade de lesões que chegam aos serviços. A presença de lesões crônicas como úlceras de perna, por pressão e do pé diabético exigem dos profissionais conhecimentos específicos e coberturas com maior tecnologia, já disponíveis no mercado, mas esta ainda não é realidade nas unidades estudadas.

A escolha do curativo adequado depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, dos recursos financeiros do paciente e/ou unidade de saúde, deve ser apropriada à natureza, à localização e ao tamanho da ferida, pois o tratamento é um processo dinâmico e depende a cada momento da evolução das fases de cicatrização¹⁵.

O enfermeiro, no contexto da atenção básica, tem como atribuições específicas a consulta de enfermagem que é uma de suas atividades privativas. Este aspecto pode ser evidenciado em 72% das unidades, o que nos mostra que o enfermeiro valoriza a consulta de enfermagem como instrumento que facilita o vínculo entre o profissional e o usuário. Proporcionalmente, mais ESF do que UBS realizam consultas de enfermagem.

A troca de curativos pelas enfermeiras é realizada em 86% das unidades. A avaliação da ferida, sem troca de curativos ocorre em 72% das unidades e o desbridamento de lesões, que é a remoção do tecido desvitalizado de lesão traumática ou crônica, infectada ou não, expondo o tecido saudável¹⁶, só é realizada por enfermeiras de 38% unidades.

O profissional ao examinar uma lesão deve estar atento à presença e à característica do tecido necrótico, pois a presença desse tecido aumenta o risco de infecção e retarda o processo de cicatrização¹⁶.

A execução do curativo não se restringe apenas a uma questão técnica, ao avaliar uma ferida o enfermeiro não deve direcionar a atenção apenas ao ferimento, pois a eficácia do plano terapêutico depende da qualificação do profissional em conhecer os processos de cicatrização e os fatores que o dificultam, sem obviamente desconsiderar o conhecimento do profissional sobre a temática, da anamnese completa do indivíduo, das avaliações regulares e evolutivas, sistêmicas do paciente e da ferida^{17,16}.

Embora não tenha sido objetivo deste estudo investigar as razões do não envolvimento de algumas enfermeiras nas atividades de cuidados de feridas, uma hipótese a ser investigada pode ser o predomínio das ações gerenciais dentre a prática das enfermeiras na atenção básica¹⁸, da necessidade de algumas enfermeiras em realizar atividades que são de sua competência para ajudar a equipe de enfermagem em virtude da falta

de trabalhadores¹⁹. Assim como, pelas condições de trabalho, do reconhecimento profissional, da autonomia e da mobilidade que pode ser alcançada pela reorganização das ações de saúde⁷.

Em relação ao registro das atividades a forma mais utilizada é a evolução que é realizada no prontuário do paciente, vale enfatizar que por meio das informações contidas no histórico do paciente, do exame físico e da avaliação contínua da lesão, é possível estabelecer os cuidados e implantar a terapêutica adequada.

Verifica-se que a utilização de protocolo assistencial é referida por um número pequeno de unidades de saúde. Embora não tenham sido investigadas as razões de algumas unidades possuírem protocolo e outras não, sabe-se que nas unidades municipais ainda não existe padronização de insumos para as unidades e protocolo de avaliação de lesões. Supõe-se que as enfermeiras utilizem critérios de avaliação e de utilização de insumos conforme o seu envolvimento com o tema, interesse, disponibilidade e mobilidade.

O trabalho de grupos em atenção primária é uma alternativa para as práticas assistenciais, contudo identifica-se que essa atividade ainda não é utilizada como uma possibilidade de cuidado aos usuários com feridas pela maioria das unidades. Essa prática poderia incentivar o autocuidado, especialmente as pessoas com feridas crônicas²⁰.

Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença²⁰.

Verificou-se que existe diferença na forma como as unidades de ESF e UBS estão organizadas para o atendimento de usuários com feridas. Embora não exista diferença na qualidade dos materiais e insumos recebidos pelas unidades, a assistência nas unidades de ESF parece estar mais bem organizada do que nas de UBS, isso pode ser evidenciado em quase todas as variáveis estudadas.

A justificativa para tal pode ser encontrada na forma como as unidades de ESF organizam o seu trabalho, tendo foco não apenas no indivíduo, mas na família e no território. Nas ESF os profissionais são incentivados a trabalhar na busca ativa da população sob sua responsabilidade, o que não é praticado na maior parte das UBS.

A implantação de Unidades de ESF, a partir de 1996, em Porto Alegre, teve a finalidade de contribuir com a mudança do modelo assistencial dominante, centrado no atendimento individual, na consulta médica e na doença²¹.

Em Porto Alegre, as UBS têm sofrido uma desaceleração progressiva nos investimentos em recursos humanos, e aos poucos, têm sido substituídas pelas ESF, a fim de contribuir para a mudança no modelo assistencial ainda dominante das UBS.

Considerações finais

Apesar de a amostra ter sido constituída por apenas um terço das unidades, foi possível identificar uma tendência de que existe diferença na organização das unidades de atenção básica do Município de Porto Alegre/RS, sendo que as unidades de ESF parecem melhor organizadas do que as UBS e as suas enfermeiras mostraram-se mais envolvidas na assistência a pessoa com feridas.

O atendimento em curativos é ofertado diariamente e a procura é espontânea, o material disponível é básico em relação à variedade de lesões que chegam aos critérios de avaliação serviços. Apenas uma pequena porcentagem das unidades possui coberturas especiais e sua escolha depende do critério de escolha das enfermeiras, pois apesar de alguns locais possuírem protocolos, nas unidades municipais ainda não existe padronização de insumos para as unidades e protocolo de avaliação de lesões.

Acredita-se que com a sistematização da assistência de enfermagem e a institucionalização de protocolos, aumentaria a autonomia dos enfermeiros que passaria a ter maior envolvimento na avaliação e no tratamento de feridas, qualificando o cuidado do usuário.

O estudo apresentou limitações devido ao tamanho da amostra. O aprofundamento de questões apontadas neste estudo sugere futuras investigações que possam explorar aspectos relativos aos agendamentos por DRCCR, especialidades mais utilizadas, tipos de coberturas oferecidas, e o envolvimento das enfermeiras no cuidado de pessoas com feridas, a fim de obter melhor caracterização dos serviços de atenção básica no atendimento as feridas.

Referências

1. Mandelbaum SH, Di Santis EP, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares- Parte I. An Bras Dermatol 2003;78(4):393-408.

2. Tayar G, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Proposta de um algoritmo para a seleção de coberturas, segundo o tipo de lesão aberta em crianças. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(3): 284-90.
3. Silva RC, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2ªed. Rev Ampl. São Paulo: Yendis, 2008.426p.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neutróficas e traumáticas. Brasília: MS; 2002.
5. Moraes GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto e Contexto Enferm* 2008; 17(1): 98-105.
6. Santos ROM, Brandão GCA, Cavalcanti ACD. Cuidados de enfermagem no tratamento de feridas: uma pesquisa bibliográfica. *Rev Estima* 2008; 6(4): 9-12.
7. Santos SMR, Jesus MCP, Amaral AMM, Costa DMNC, Arcanjo RA. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde. Juiz de Fora. MG. *Texto e Contexto Enferm* 2008; 17(1): 124-30.
8. Brasil, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios- 3ª ed., Brasília- DF, 2009.
9. Porto Alegre. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Disponível em www.portoalegre.rs.gov.br Acesso em: 01 mai. 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas desenvolvidas em seres humanos. Brasília: 10 out. 1996.
11. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (2): 190-8.
12. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida de 2006. *São Paulo em Perspectiva* 2008; 22 (2): 19-29.
13. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Junior AE, Gomes A, Bousquat A. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Colet* 2006; 11(3):633-41.
14. Marques GQ, Freitas IBA. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma unidade básica de saúde, Porto Alegre. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(4):825-32.
15. Franco D, Gonçalves LF. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. *Rev Col Bras Cir* 2008; 35(3): 203-6.
16. Borges EL, Saar SRC, Magalhães MBB, Gomes FSL, Lima VLAN. Feridas: como tratar. 2ª. ed. Rev. Ampl. Belo horizonte: Coopmed 2010. 246p.
17. Santos VLC, Carvalho VF. Reapresentando o instrumento pressure ulcer scale for healing (push) para avaliação de úlceras de pressão e úlceras crônicas de perna. *Rev Estima* 2009; 7 (2):19-27.

18. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica. Rev Latino-am- enfermagem [internet] 2011 [cited 2011 june 20]; 19(1). Available from: www.eerp.usp.br/rlae
19. Nauderer TM, Lima MADS. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do Sul do Brasil. Rev Latino-am Enfermagem [internet] 2008 [cited 2011 june 20]; 16(5). Available from: www.eerp.usp.br/rlae
20. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos na atenção primária. Rev APS 2009; 12(2): 221-7.
21. Gralhas RS, Moraes EP. PSF em Porto Alegre: aspectos sócio-históricos da implantação. In: Lopes MJM, Paixão DX (Org). Saúde da família: histórias, práticas e caminhos. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007, p. 31-48.