



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Patrícia Alves dos Santos Silva

**Homens com úlceras venosas no mundo do trabalho na perspectiva da
enfermagem**

Rio de Janeiro

2016

Patrícia Alves dos Santos Silva

Homens com úlceras venosas no mundo do trabalho na perspectiva da enfermagem

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S587 Silva, Patrícia Alves dos Santos.
Homens com úlceras venosas no mundo do trabalho na perspectiva da enfermagem / Patrícia Alves dos Santos Silva. - 2016.
174 f.

Orientador: Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Saúde do homem. 2. Úlcera varicosa. 3. Saúde do trabalhador. 4. Cuidados de enfermagem. 5. Enfermagem. I. Souza, Norma Valéria Dantas de Oliveira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Patrícia Alves dos Santos Silva

Homens com úlceras venosas no mundo do trabalho na perspectiva da enfermagem

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 15 de fevereiro de 2016.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, ao meu marido Fernando José e a minha filha Heloísa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus, pois tudo o que sou e tenho foi porque Ele guiou os meus passos, conduzindo-me sempre para onde devo caminhar.

Aos meus pais, por terem me incentivado a continuar, mesmo não entendendo a vida acadêmica, sabem o quanto ela é importante na minha vida.

Ao meu marido Fernando José, que foi o grande incentivador desde o vestibular. Se não fosse a sua persistência e o seu apoio incondicional para que eu não desistisse, esse momento jamais aconteceria na minha vida. Te amo muito.

À minha filha Heloísa, por ter compreendido os momentos que sua mãe precisava se ausentar das brincadeiras, das pinturas, dos passeios na pracinha, das inúmeras solicitações. Você é uma pérola rara e bela, tesouro que alegra meus dias. Quando olho para você, percebo que tudo vale à pena.

Aos meus irmãos, pelo apoio, carinho e por entenderem as minhas ausências.

Aos meus sogros, Isete e José, por serem grandes parceiros nos momentos em que precisei utilizar um cômodo da sua casa para me esconder da Heloísa.

À minha querida orientadora professora Norma Valéria, fonte de inspiração, pela dedicação, paciência, atenção, conselhos e imensa contribuição neste trabalho. Sou grata também pelos intensos incentivos para minha permanência na vida acadêmica. Tenho uma orientadora e uma grande amiga.

À banca examinadora, Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira, Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra, Prof. Dra. Marcia Tereza Luz Lisboa e Prof. Sandra Maciqueira, pelas valiosas contribuições para com este trabalho. Foi uma honra tê-los em minha banca.

As amigas Carolina Cabral e Déborah Machado pela grande parceira. Nossa amizade foi construída na Pós-graduação em Estomaterapia e desde então não nos separamos mais. Muito obrigada a vocês pelo carinho, amizade, companheirismo, incentivos e conselhos.

Aos meus amigos e amigas pelos pensamentos positivos e pelo carinho.

Aos familiares - tios, tias, primos e primas - obrigada pelo apoio, carinho.

As equipes dos ambulatórios onde foram realizados a coleta de dados. Agradeço as enfermeiras Dayse, Katherine e Gisele pela parceria e amizade.

Aos participantes do estudo, obrigado pelas riquíssimas falas.

Um dia, quando olhares para trás, verás que os dias mais belos foram aqueles em que lutaste.

Sigmund Freud

RESUMO

SILVA, Patrícia Alves dos Santos. *Homens com úlceras venosas no mundo do trabalho na perspectiva da enfermagem*. 2016. 174f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

O objeto do presente estudo é a percepção que homens com úlceras venosas têm sobre o mundo do trabalho. O desejo de investigar esse objeto emergiu do contato com a clientela durante a realização da especialização e da preceptoria do Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, ao observar que grande parte dos homens com úlceras venosas se encontravam na fase produtiva e com potencialidades para o trabalho. O objetivo geral deste estudo é analisar as implicações para a manutenção de homens com úlceras venosas no mundo do trabalho. Os objetivos específicos são: (i) descrever a caracterização sociodemográfica dos homens com úlceras venosas; (ii) identificar a percepção de homens com úlceras venosas sobre o mundo do trabalho; e (iii) analisar as limitações dos homens com úlceras venosas para se manterem no mundo do trabalho. Para a realização desta pesquisa, optou-se pela abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Os cenários do estudo foram dois ambulatorios de curativo de um hospital geral de grande porte e de uma policlínica, ambos do serviço público e situados no município do Rio de Janeiro. Os participantes foram 22 homens. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a coleta dos dados, ocorrida entre abril a julho de 2015. Para o tratamento dos dados, recorreu-se à análise temática de conteúdo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e protocolado com o nº 993.194. Na primeira categoria, os entrevistados relataram as repercussões físicas e psicossociais decorrentes da existência da lesão. Na segunda, apreenderam-se o significado do trabalho para os participantes, as estratégias utilizadas para permanecerem trabalhando e o receio de faltar o trabalho para o acompanhamento no serviço de saúde. Na terceira, os entrevistados relataram as repercussões da úlcera nas relações de trabalho, as dificuldades em se sustentar com o benefício do auxílio-doença – fazendo com que alguns permanecessem trabalhando de maneira informal – e os percalços das constantes visitas ao INSS. Na quarta categoria, por fim, foi analisada a percepção dos entrevistados em relação aos atendimentos do serviço de saúde, à demora em conseguir uma avaliação do especialista e à distância entre a residência/trabalho e o serviço de saúde especializado. Conclui-se que (i) o serviço de rede deve facilitar o acesso às pessoas a fim de reduzir o tempo de espera para uma avaliação adequada, e (ii) os profissionais de enfermagem devem promover uma assistência baseada em evidências e atuar de forma a prevenir recidivas da lesão. Também se faz relevante que os profissionais elaborem protocolos de atendimento, considerando as questões de gênero e as atividades laborativas da população masculina. Recomenda-se que os profissionais tenham um olhar para a especificidade do gênero masculino e que se ampliem os espaços de discussão sobre Saúde do Trabalhador na formação de enfermagem

Palavras-chave: Úlcera varicosa. Saúde do homem. Saúde do trabalhador. Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, Patrícia Alves dos Santos. *Men with venous ulcers in the workplace in the nursing perspective*. 2016. 174f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The object of this study deals with the perception that men with venous ulcers have about the world of work. The desire to investigate this object emerged from contact with clients during the course of specialization and preceptorship of Nursing Specialization in Stomatherapy by the Nursing Faculty of the State University of Rio de Janeiro, observing that most men with venous ulcers were in the production phase and the potential to work. The aim of this study is to analyzing the implications for the maintenance of men with venous ulcers in the workplace. The specific objectives are: (i) describing the socio-demographic characteristics of men with venous ulcers; (ii) identifying the perception of men with venous ulcers on the world of work; and (iii) analyzing the limitations of men with venous ulcers to remain in the workplace. For this research, we chose the qualitative approach, of descriptive and exploratory character. The scenarios of the study were two dressing of clinics of a general hospital of great size and a polyclinic, both from the public service and located in the city of Rio de Janeiro. Participants were 22 men. We used a semi-structured interview for data collection that took place between April and July 2015. For the treatment of the data there was performed the Thematic Content Analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee and filed with paragraph 993,194. In the first category, respondents reported physical and psychosocial effects arising from the existence of the injury. In the second, the meaning of work is seized, for the participants, the strategies used to remain working and the fear of missing work for monitoring the health service. In the third, respondents reported the repercussions of ulcer in labor relations, the difficulties in sustaining the benefit of the sickness - causing some remain working informally - and the drawbacks of constant visits to the INSS. In the fourth category, finally, we analyzed the perception of respondents in relation to the health service attendances, the delay in getting an assessment of the expert and the distance between home / work and specialized health service. We conclude that (i) the network service should facilitate access to people in order to reduce the waiting time for a proper assessment, and (ii) nursing professionals should promote an evidence-based care and act the way prevent recurrence of the injury. Also it is relevant that professionals develop treatment protocols, considering gender issues and the work activities of the male population. It is recommended that the professionals have a look at the specificity of the male and which broaden the discussion forums on workers' health in the training of nursing.

Keywords: Varicose ulcer. Man health. Occupational health. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Unidades de Registro.....	155
Quadro 2-	Quantificação das UR por temas.....	171
Quadro 3-	Estruturação das Categorias.....	172

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos participantes. Rio de Janeiro – RJ, 2015 (N=22).....	61
Tabela 2 - Perfil de identificação dos vínculos empregatícios. Rio de Janeiro – RJ, 2015 (N=22).....	65
Tabela 3 - Dados relacionados à úlcera venosa. Rio de Janeiro – RJ, 2015. (N=22).....	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEAP	<i>Clinical signs; etiology; anatomic distribution; pathophysiology</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ENF	Faculdade de Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
ITB	Índice Tornozelo-Braço
IPTB	Índice de Pressão Tornozelo-Braço
IVC	Insuficiência Venosa Crônica
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PP	Período de Prorrogação
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
Scielo	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TVP	Trombose Venosa Profunda
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidade de Registro
UV	Úlcera Venosa

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1	APOIO TEÓRICO.....	24
1.1	A relevância do mundo do trabalho na sociedade contemporânea.....	24
1.2	Questões de gênero na perspectiva masculina.....	33
1.3	A problemática das úlceras venosas e a assistência de enfermagem.....	38
1.4	Homens com úlceras venosas e as implicações biopsicossociais.....	46
2	METODOLOGIA.....	52
2.1	Caracterização do estudo.....	52
2.2	Cenário do estudo.....	53
2.3	Participantes do estudo.....	54
2.4	Instrumento de Coleta de Dados (ICD).....	55
2.5	Aspectos éticos da pesquisa.....	57
2.6	Técnica de análise dos dados.....	58
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS DADOS.....	61
3.1	Categoria 1 – Sentimentos de homens com UV e as repercussões biopsicossociais da UV.....	72
3.2	Categoria 2 – A vivência laboral de homens com UV: frustração, medo e dor.....	86
3.3	Categoria 3 – Complexidade do mundo do trabalho: aspectos legais e o cotidiano laboral dos homens com UV.....	96
3.4	Categoria 4 – Os serviços de saúde e o atendimento aos homens com UV.....	110
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
	REFERENCIAS.....	134
	APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados.....	152
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	154
	APÊNDICE C – Quadro das Unidades de Registro.....	155
	APÊNDICE D – Quadro de quantificação das UR por temas.....	171
	APÊNDICE E – Quadro de estruturação das categorias.....	172
	ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	173

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O objeto e sua contextualização

Este estudo tem como objeto a percepção de homens com úlceras venosas sobre o mundo do trabalho. O desejo de investigar esse objeto emergiu, inicialmente, com o meu ingresso, em 2011, no Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ). Durante o convívio com a clientela nos campos de estágios, percebi que havia um grande número de pacientes do sexo masculino com úlceras de perna de diversas etiologias, estando grande parte deles na fase produtiva da vida e com potencialidades para o trabalho. Além disto, havia inquietações sobre o sofrimento dessas pessoas por se tratar de lesões de difícil cicatrização, inclusive, com características de serem dolorosas e recorrentes, necessitando de acompanhamento profissional por longo tempo, até o completo reestabelecimento da integridade corporal.

O mundo do trabalho significa um conjunto de fatores que compreende a atividade laboral, inclui também o meio ambiente, os conhecimentos instituídos e os conhecimentos investidos, a cultura organizacional e os processos comunicacionais. É um mundo que passa a existir a partir das relações que nascem motivadas pela atividade humana de trabalho, e simultaneamente conformam e regulam tais atividades (FÍGARO, 2008).

Outro conceito importante para este estudo é o da percepção. Neste sentido, entende-se percepção como o processo pelo qual as pessoas organizam e interpretam as suas impressões sensoriais com o objetivo de dar sentido ao seu ambiente (ROBBINS, 2002). O termo percepção tem origem etimológica no latim *perceptio* que significa compreender, perceber e ver. Resulta de um conjunto de processamentos psicológicos humanos nas quais envolvem tanto as sensações como o repertório do indivíduo presente na memória, ou ainda, associações e comparações. Portanto, as reações mentais que se desencadeiam e se processam, não derivam simplesmente da visão do objeto exterior, mas também das experiências introjetadas pelo indivíduo ao longo de sua existência, seja de maneira formal ou informal (BACHA, STREHLAU, ROMANO; 2006).

Neste sentido, verifica-se que as úlceras venosas (UV) podem ser de difícil cicatrização. A cronicidade dessas lesões pode fazer com que elas permaneçam meses ou anos sem cicatrizar, proporcionando sofrimento para o paciente e perda laboral. Além disso, esse tipo de úlcera apresenta elevada taxa de recidiva, e aproximadamente 70% dos casos apresentam recrudescimento, traduzindo-se em um importante problema socioeconômico para a sociedade e um grande desafio para os profissionais da saúde (TORRES, et al., 2013; SILVA, HAHN; 2012).

Essas inquietações ampliaram-se quando ingressei como preceptora no Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia pela ENF/UERJ, num Ambulatório de Cirurgia Vascular, no qual assistia aos pacientes e desenvolvia atividades de ensino com os alunos do mencionado curso. Durante esse período, identifiquei a lentidão e, muitas vezes, a estagnação do processo de cicatrização, bem como o longo período de acompanhamento no serviço de saúde. Este fato demandava tanto o desgaste psicofísico e de tempo nos pacientes, em especial, na população masculina, na qual a princípio era a mais prevalente.

Os indivíduos acometidos por úlceras venosas podem ter sua qualidade de vida prejudicada por diversos fatores, entre eles o odor; a exsudação; a dor; a redução da mobilidade; o isolamento social; o longo período para a cicatrização da úlcera e as frequentes trocas de curativos. Esses fatores ocasionam à dependência de cuidados especializados e à necessidade de visitas constantes aos serviços de saúde, contribuindo para o afastamento destas pessoas de suas atividades laborais (SELLMER, et al., 2013; OLIVEIRA, et al., 2012).

Nesta ocasião, captava discursos da população masculina a respeito das dificuldades ocasionadas pela necessidade de visitas constantes à unidade de saúde e/ou a impossibilidade de comparecer a Unidade Básica de Saúde (UBS) por conta do horário de trabalho e da jornada laboral extensa, além da necessidade de trabalhar para o sustento da família, fazendo-os priorizar a ida ao trabalho em detrimento da procura por tratamento. Portanto, os homens acabavam não conseguindo fazer o repouso dos membros inferiores e seguir com a terapêutica. Enfim, diversas questões estavam envolvidas com a problemática; mas tive especial atenção para os aspectos de cunho trabalhista diante das possíveis limitações impostas pela ferida.

Assim, neste campo das relações com o trabalho, muitas questões me afligiam, entre elas destacam-se: como os homens conseguiam desenvolver suas atividades laborais apresentando sintomas como a dor no membro afetado?; Como faziam para manterem-se no

trabalho apesar do sofrimento psicofísico imposto pela úlcera venosa?; Que ajuda eles poderiam ter, no ambiente laboral, para poderem continuar o tratamento e ao mesmo tempo não ficarem desempregados? Enfim, eram muitas questões que me assolavam, incentivando-me a aprofundar o tema e selecionar um objeto de estudo que pudesse ajudar a esta clientela e, ao mesmo tempo, produzir conhecimento que contribuísse com a profissão e com os profissionais de enfermagem.

Ter uma ferida não significa somente a existência de uma lesão física. Também constitui a presença de outras repercussões que se inscrevem na dimensão subjetiva: algo que dói sem precisar de estímulos sensoriais, uma marca, uma perda irreparável ou, até mesmo, uma doença incurável. Ela fragiliza o indivíduo e muitas vezes incapacita o ser humano para diversas atividades, especialmente para as laborativas (LUCAS, MARTINS, ROBAZZI; 2008).

É por meio do trabalho que o homem constrói o reconhecimento e a respeitabilidade social e, conviver com uma UV traz implicações sociais no âmbito produtivo, ocasionando restrições na vida cotidiana, afetando o desempenho de papéis socialmente estabelecidos, alterando sua imagem corporal, afetando a autoimagem e a percepção que o outro tem em relação a ele. Além disso, a população masculina, quando acometida por este tipo de lesão, não busca efetivamente os serviços de saúde como o público feminino, o que gera certo desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o modo como o homem convive com a lesão, desenvolve o seu autocuidado e se coloca no mundo do trabalho (SILVA et al., 2013).

Apesar dos avanços tecnológicos e científicos alcançados na área da saúde, os quais possibilitam o aumento da expectativa de vida, são inúmeros os problemas que continuam a afetar a saúde das pessoas e que, muitas vezes, surgem em plena fase produtiva. Dentre os agravos que comprometem as pessoas na fase produtiva têm-se a Insuficiência Venosa Crônica (IVC), que, mesmo com mortalidade inexistente, apresenta alta morbidade e é caracterizada principalmente pela ocorrência de lesões nos membros inferiores em estágio avançado (COSTA et al., 2012). Por se tratar de um problema crônico e recorrente, traz para a pessoa não só o padecimento físico, como também a impede de trabalhar, pois a lesão permanece, frequentemente, aberta por meses ou anos, causando importante problema socioeconômico (MALAQUIAS et al., 2012; SILVA et al., 2009b).

A IVC é definida como uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso. O mecanismo básico para seu desenvolvimento e conseqüentemente a origem da úlcera é a

hipertensão venosa, geralmente causada por um ou mais fatores, tais como: uma obstrução do fluxo sanguíneo; uma incompetência valvular, que permite o fluxo retrógrado; e falência do músculo da panturrilha. Esse comprometimento promove a manutenção da pressão venosa elevada durante a deambulação ou nos exercícios, propiciando a ocorrência do fluxo retrógrado. Deste modo, o surgimento da lesão é o cume de uma cascata de eventos deletérios e do fracasso das condutas para o controle efetivo da hipertensão venosa (NUNES, 2006; BORGES, 2011).

As úlceras de perna, de acordo com a doença de base, podem ser categorizadas em vasculares, metabólicas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas, decorrentes de doença hematológica, etc.. As lesões de origem venosa são as mais comuns e representam cerca de 70% dos casos, seguidas das de origem arterial, com 10 a 20% dos casos; logo após aparecem as de etiologia mista, com 10 a 15% dos casos (SILVA, et al., 2013).

As UV são relativamente comuns na população adulta e causam significativo impacto socioeconômico, devido a sua natureza recorrente e incapacitante, e à necessidade de terapêuticas prolongadas. Trata-se de feridas que, quando não manejadas adequadamente, apresentam altas taxas de falha de cicatrização e recidivas (TORRES et al., 2013; ABADDE; LASTÓRIA, 2006). Clinicamente, os membros inferiores das pessoas com este tipo de lesão apresentam dor e edema, que pioram ao final do dia, sintomas que podem ser aliviados com a elevação dos membros inferiores (SILVA et al., 2013).

Considerando esses sintomas, constata-se que o trabalho pode significar uma interferência negativa na qualidade de vida das pessoas com essa patologia. Pois, dependendo da atividade laborativa que o indivíduo exerce a permanência por longos períodos em pé ou sentado, contribui fortemente para o desenvolvimento e a manutenção da IVC e, conseqüentemente, da UV (COSTA, et al., 2012).

Em geral, a ferida apresenta-se de forma irregular, superficial no início, mas pode tornar-se profunda, com bordas bem definidas e exsudato seroso. A região predominante desse tipo de úlcera é a porção distal dos membros inferiores, principalmente na região do maléolo medial. A pele em torno da úlcera pode ficar púrpura e hiperpigmentada (dermatite ocre) devido ao extravasamento de hemácias na derme e ao depósito de hemossiderina no interior dos macrófagos (OLIVEIRA et al., 2012).

Várias implicações que advêm da UV – como as repercussões físicas, sociais, econômicas e emocionais – interferem na qualidade de vida das pessoas acometidas. As

restrições decorrentes do tratamento alteram o estilo de vida e interferem nas atividades de vida diária. As deformidades causadas por esse tipo de ferida podem originar consequências adversas, entre elas distúrbios psicossociais. Neste sentido, verifica-se o isolamento social pelo receio de sofrer em decorrência de estar com uma lesão de pele, que altera a imagem corporal; tem-se também o fenômeno da dor, do odor e do exsudato, limitadores do convívio social (SALOMÉ; BLANES; FERREIRA, 2012a).

As pessoas com essas lesões precisam de tratamento prolongado, ocasionando inúmeros afastamentos do trabalho e, comumente, aposentadorias precoces. Esses fatores causam importante ônus aos sistemas de saúde e previdenciário, além de interferir na qualidade de vida do paciente, seja pelos altos custos com tratamento, seja pela possibilidade de faltas no trabalho e/ou de perda do emprego, além de diminuição do prazer nas atividades cotidianas (TORRES et al., 2013).

No que diz respeito à população masculina, conviver com uma ferida pode produzir implicações sociais, laborais e sexuais, ocasionando restrições na vida cotidiana, com prejuízo no desempenho de papéis socialmente estabelecidos para o homem (SILVA et al., 2013). Há uma exigência, socialmente construída, de que o homem seja físico e psicologicamente forte, resultando em uma figura que rejeita cuidar de si. Do mesmo modo, significa possuir um corpo produtivo; por isso, o processo de adoecimento torna-se ainda mais difícil se comparado à aceitabilidade e adesão ao tratamento verificado na população feminina.

Desse modo, a exposição das fragilidades e limitações do corpo masculino adoecido mostra-se desconexa com as concepções de virilidade presentes no imaginário social. A alteração da autoimagem decorrente, por exemplo, da existência de uma lesão de perna, significa ser incapaz de cumprir com o papel de homem, de pai de família, de sujeito sexual. A ferida crônica faz com que o homem tenha que enfrentar sentimentos com os quais ele não está habituado a tratar, que inclui a dor e a fragilidade, emergindo o receio de deixar de ser homem, de perder sua identidade (CARVALHO, 2010; MARTINS, et al., 2012).

Diante dessa realidade, a partir das últimas décadas do século XX, reconheceu-se a necessidade da inserção da população masculina nas políticas públicas de saúde, considerando suas singularidades e enfatizando suas vulnerabilidades físicas ou psíquicas (MARTINS et al., 2012). Sendo assim, percebe-se que há um crescimento, mesmo que insuficiente, de ações programáticas focando o homem, em uma perspectiva de gênero, com o objetivo de criar

espaços que possibilitem a participação do público masculino nas discussões dos programas de saúde (SILVA et al., 2012).

Recentemente, o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), na qual evidencia os principais fatores de morbimortalidade dos homens, reconhecendo os determinantes sociais que ocasionam a vulnerabilidade masculina. Essa política objetiva promover a melhoria das condições de saúde dos homens, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbimortalidade por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e da facilitação ao acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2008).

A PNAISH trouxe avanços significativos para ampliar a saúde e o acesso aos serviços de saúde, com estratégias de atenção integral para a promoção da saúde e prevenção de agravos, com vistas a diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida. Ademais, foi estabelecido nessa Política um recorte estratégico da população masculina, focando em homens adultos, na faixa de 25 a 59 anos, por corresponder à parcela preponderante da força produtiva, e exercer um significativo papel sociocultural e político no cenário nacional (BRASIL, 2008).

Segundo a PNAISH, a ligação do homem com o papel de provedor do lar e da família é muito enraizado; por isso, há uma preocupação com a atividade laboral, o que justifica a não procura aos serviços de saúde (BRASIL, 2008). Por outro lado, essa falta de procura resulta em casos de saúde muito mais graves para o tratamento. Nesta perspectiva, verificam-se homens ainda muito jovens com complicadíssimos problemas de saúde que dificultam a sua reinserção social, em especial a reintegração no mundo do trabalho (COUTO et al., 2010).

Um importante fator envolvido na problemática de atenção à população masculina é que homens têm dificuldades para reconhecer suas necessidades de autocuidado, cultivando o pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer, a partir da questão cultural, ainda nos dias atuais, da invulnerabilidade masculina, de seu papel de provedor, de sua imagem de herói invencível (GOMES, 2008). Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm evidenciado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (ALVES et al., 2011; GOMES et al., 2007; MACHIN et al., 2011).

Apesar da criação de uma Política especificamente voltada para a população masculina, as ações dos profissionais de saúde a esse grupo na atenção básica, ainda

continuam focadas nas políticas de enfermidades. Na prática, os serviços de saúde acabaram por ter uma visão reducionista da saúde do homem no seu processo de adoecimento, priorizando ações baseadas em procedimentos e exames centralizados na atenção ao sistema genital masculino, distanciando-se dos princípios da integralidade e dos pressupostos da promoção à saúde (CAVALCANTI, et al., 2014).

As intervenções de enfermagem a essa população devem considerar diversos aspectos: i) as características sociodemográficas, que irão direcionar o tipo de linguagem na abordagem; ii) a necessidade ou não de um apoio social; e iii) a capacidade na inclusão de ações de prevenção e de medidas curativas nas complicações. Incluem-se ainda as características da morbidade vascular, ou seja, o tipo de circulação alterada, tamanho e localização da ferida, existência de lesões anteriores e a ocorrência de comorbidades que interferem na circulação e na cicatrização (MALAQUIAS et al., 2012).

Além disto, é necessário que o enfermeiro adquira e utilize conhecimentos sobre o ambiente/contexto sociocultural em que o paciente vive: a profissão que desempenha e os seus hábitos de vida; as alterações das atividades de vida diárias; a presença de dor; as limitações na mobilidade; os distúrbios do padrão de sono; as alterações na autoimagem; e a incapacidade de desempenhar suas atividades laborativas (FONSECA et al., 2012). Neste sentido, verifica-se que esse problema, complexo e multifacetado, precisa de produção de conhecimento o qual respalde uma prática profissional cada vez mais fundamentada em evidências científicas, para assim, melhorar a qualidade de vida de homens acometidos pelas úlceras venosas.

Questões norteadoras

Considerando essa breve contextualização acerca do objeto de estudo, apresentam-se as seguintes questões norteadoras:

- a) Qual é a percepção que os homens com úlceras venosas têm sobre o mundo do trabalho?
- b) Quais são as dificuldades vividas pelos homens com úlceras venosas para retornarem ou se manterem no mundo do trabalho?

Objetivos

Com base na natureza do objeto de estudo e nas questões norteadoras, apresentam-se a seguir os objetivos.

a) **Objetivo Geral**

Analisar as implicações para a manutenção de homens com úlceras venosas no mundo do trabalho.

b) **Objetivos específicos**

- Descrever a caracterização socioeconômica dos homens com úlceras venosas;
- Identificar a percepção de homens com úlceras venosas sobre o mundo do trabalho;
- Analisar as limitações dos homens com úlceras venosas para se manterem no mundo do trabalho;

Justificativa do estudo

Com o objetivo de investigar a produção científica acerca do objeto deste estudo, procedeu-se uma busca de artigos, dissertações e teses na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A pesquisa inicial, realizada em abril e maio de 2014 em diversos dias e horários, deu-se nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Base de Dados de enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), sem restrição de idioma, utilizando-se os descritores “Úlcera de perna”, “Saúde do Homem” e “Trabalho”. Como resultado, encontraram-se oito artigos publicados entre 1969 a 2012.

Verificou-se que em relação ao idioma, sete estudos encontravam-se em inglês e um, em Alemão. Ao fazer uma análise em relação à oferta dos textos completos desses oito estudos, constataram-se apenas dois artigos disponíveis na íntegra; além desses, um fazia referência ao objeto.

Diante dessa constatação, evidenciou-se uma incipiente produção científica envolvendo o tema, principalmente em artigos no idioma português, fortalecendo, então, a justificativa do estudo. Em consonância, foi observado, na busca aleatória de artigos científicos relacionados à patologia, que há um grande quantitativo de estudos de casos sobre custos em tratamentos e utilização de diversas coberturas; porém, há uma escassez no que diz respeito ao sujeito na sua singularidade, à problemática das UV e à relação entre essa problemática de saúde e o mundo do trabalho.

Apesar de a literatura apontar que a IVC e a UV serem mais comuns no sexo feminino, alguns estudos assinalam para uma elevação dessas patologias na população masculina, principalmente na fase produtiva, na qual, de acordo com os dados encontrados nos estudos de Malaquias et al., (2012); Martins (2008) e de Sant'ana et al., (2012) houve um predomínio de homens com etiologia venosa. Portanto, esse estudo se justifica, pois tais achados necessitam ser mais bem investigados e a problemática carece de produção de conhecimento.

No que diz respeito ao gênero, Arilha (2010), nas discussões sobre esse tema nas Nações Unidas, afirmou haver carência de estudos de gênero com o foco no homem. Por questões históricas, as pesquisas e inquietações envolvendo gênero, predominantemente, tratam da mulher, porque esse constructo teórico cresceu a partir dos movimentos feministas ocorrido na década de 1960, na Europa, para impulsionar a autonomia da mulher (SANTOS, 2011). Sendo assim, observa-se que esse termo é cada vez mais utilizado como sinônimo de “mulheres”, sendo recorrente a associação dos trabalhos realizados na perspectiva de gênero ao estudo das questões relacionadas às feminilidades.

Acrescenta-se que o trabalho ocupa um papel primordial na vida das pessoas, e quem não trabalha é por muitos, e às vezes por ele mesmo, considerado inútil, pois não contribui no sustento de seus lares nem com a produção da vida em sociedade (MAURICIO, 2011). O trabalho é entendido como força, tempo e habilidade que se vende para obter condições de lazer, morar, vestir, comer; ele tem o papel de situar o homem na hierarquia social dos valores (LUCAS; MARTINS; ROBAZZI, 2008).

Para a população masculina, ser provedor é uma marca identitária na qual se articulam duas esferas concretas: o trabalho e a família, constituindo-se como duas instâncias de referência para a inserção e o reconhecimento do ser-homem. O adoecimento para ele torna-se mais difícil, pois, de acordo com Martins et al. (2012), os homens apresentam dificuldades para se adaptarem às limitações impostas por uma nova condição de adoecimento, condição essa incoerente com os ideais estabelecidos pelo modelo hegemônico de masculinidade, pautado na independência, na força, no poder e na invulnerabilidade.

Neste sentido, este estudo também se justifica na medida em que se buscam reflexões sobre o contexto desse homem trabalhador, com o objetivo de se pensar estratégias a fim de redirecionar a assistência de enfermagem aos pacientes com feridas.

Relevância e contribuição do estudo

Diante da situação de gênero pontuada e da problemática de saúde complexa que envolve a pessoa com IVC, este estudo mostra-se relevante, pois pouco se investiga sobre esses temas na Enfermagem. Além disto, por meio deste estudo, busca-se aprofundar uma realidade rica para as intervenções da profissão nos níveis de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, favorecendo uma atuação profissional embasada em evidências científicas.

A partir do levantamento bibliográfico nas bases de dados, foi possível perceber que, além da produção científica ser escassa, a maioria aborda temas referentes aos custos de materiais, aos estudos randomizados, aos cuidados de enfermagem relacionada à ferida e ao uso de novas tecnologias e coberturas. Focaliza-se, assim, somente na lesão, e pouco ou nada se privilegia o sujeito em sua integralidade e, mais especificamente, em sua relação com o mundo do trabalho. Portanto, faz-se relevante a elaboração deste estudo a fim de minimizar a pouca produção de pesquisa sobre o objeto proposto.

Outra relevância a ser destacada são alguns estudos que evidenciaram um aumento significativo de homens com esse acometimento. De acordo com a literatura, os dados estatísticos indicam que as úlceras de perna de origem venosa são consideradas um problema que afeta predominantemente as mulheres. Porém, resultados de algumas pesquisas mais

recentes têm demonstrado um predomínio desse tipo de lesão no sexo masculino (OLIVEIRA et al., 2012; MALAQUIAS et al., 2012; SANT'ANA, et al., 2012; MARTINS, 2008). Aponta-se também para o fato de que essas lesões são mais comuns na população idosa, porém já existem estudos evidenciando que a insuficiência venosa vem ocorrendo em cerca de 30% da população adulta e que as varizes são mais calibrosas nos homens do que nas mulheres (MALAQUIAS et al., 2012).

Além disso, os homens reprimem suas demandas de saúde a fim de não se mostrarem vulneráveis; então, não procuram os serviços de saúde. Assim, acredita-se que os resultados aqui apresentados podem incentivar os profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, a traçar estratégias que atraiam a população masculina para os serviços, participando, desse modo, de ações que visem à promoção da saúde e prevenção de agravos.

Salienta-se também que a população masculina é uma temática pouco privilegiada na formação do enfermeiro; portanto, este estudo pode contribuir para despertar o interesse de graduandos, professores e profissionais de enfermagem da prática assistencial a investigarem sobre tal tema, além de ajudarem a desenvolver ações que visem um melhor atendimento a esta população.

É importante destacar que a maioria dos currículos dos cursos de graduação não inclui nas disciplinas o enfoque na Saúde do Trabalhador na especificidade do gênero masculino e no contexto laboral em que os homens estão inseridos (RIBEIRO et al., 2014). Sendo assim, considera-se que este estudo pode contribuir para incitar a inserção desses conteúdos na graduação em enfermagem, bem como estimular a produção de trabalhos de conclusão de curso sobre os temas mencionados.

Pretende-se com este estudo contribuir para a ampliação e a compreensão sobre alguns fatores que causam a cronicidade e a recidiva das lesões venosas, dentre elas os tipos de atividades laborais que as pessoas exercem, pois essas atividades podem ser um complicador para a cicatrização. Deste modo, conhecer o tipo de atividades laborais que os homens desenvolvem e as jornadas de trabalho assumidas por eles são dados importantes para que os profissionais sejam capazes de orientar a população sobre os cuidados a serem adotados a fim de se evitarem as recorrências da lesão.

Também se identifica como contribuição deste estudo o aumento da produção científica do grupo de pesquisa da ENF/UERJ denominado “Configurações do Mundo do Trabalho, Saúde do Trabalhador e Enfermagem”. Além disso, aponta-se o fortalecimento do

conhecimento produzido em uma das linhas de pesquisa dessa instituição de ensino, intitulada “Trabalho, Educação, Formação Profissional em Saúde e Enfermagem”.

1 APOIO TEÓRICO

1.1 A relevância do mundo do trabalho na sociedade contemporânea

O trabalho é primordial para a vida em sociedade, sendo tão antigo quanto a própria humanidade. De acordo com Natividade e Coutinho (2012), o trabalho ocupa lugar central no processo de organização social e pode ser considerado um regulador da vida em sociedade, pois é por meio dele que o sujeito planeja e organiza os outros aspectos de sua vida.

Em relação ao conceito do mundo do trabalho, de acordo com Fígaro (2008), é o conjunto de fatores que envolvem a relação da atividade humana de trabalho, o meio ambiente em que se dá a atividade, os preceitos e as normas que regulam essas relações, os produtos delas advindos, os discursos que são intercambiados nesse processo, as técnicas e as tecnologias que facilitam e dão base para que a atividade humana de trabalho se desenvolva, as culturas, as identidades, as subjetividades e as relações de comunicação constituídas. É uma categorização ampla, pois, possibilita agrupar conceitos como trabalho, relações de trabalho, vínculo empregatício, mercado de trabalho, salário, tecnologia, troca, lucro, capital, organizações, controle, poder, sociabilidades, cultura, relações de comunicação (FÍGARO, 2008).

Sendo assim, o mundo do trabalho ocupa um lugar central na vida das pessoas, mobilizando uma série de processos psíquicos individuais e coletivos, que afetam a identidade e toda a vivência dos sujeitos na sociedade. Destaca-se ainda a importância do trabalho para as pessoas e o modo como ele interfere na esfera da vida pessoal: divide as atividades pessoais e as impessoais, legitima diferentes fases da vida e contribui para o autoconceito e identidade social, pois seus rendimentos servem para a satisfação de necessidades humanas (RIBEIRO, 2007).

Ao longo da história, com as transformações econômico-sociais e o advento do capitalismo, houve uma intensificação do entendimento do trabalho como dimensão central na vida dos sujeitos, bem como se tornou categoria teórica para compreensão da vida em sociedade. As alterações no mundo do trabalho, desde a segunda metade do século XX, foram permeadas por acontecimentos como globalização, alteração nos padrões tecnológicos e

configuração de políticas neoliberais, trazendo inúmeras transformações para o processo produtivo (PEREIRA; MUNIZ; BRITO, 2009; NATIVIDADE; COUTINHO, 2012).

O trabalho nem sempre teve a mesma relevância que atualmente lhe confere. Na Grécia antiga, o trabalho era considerado um obstáculo às práticas mais dignas do homem, como a atividade de reflexão e a análise acerca dos fenômenos da vida. Ele era visto como um obstáculo para as práticas da vida política e da filosofia. Logo, valorizavam apenas as atividades intelectuais, artísticas e políticas. Sendo assim, para um grego, era preferível um dia incerto sem trabalho a estar preso numa regularidade de um trabalho estável. Por outro lado, as funções consideradas subalternas de trabalho braçal eram inteiramente desenvolvidas por meio de mão de obra escrava ou homens não livres vencidos nas guerras para os quais o trabalho era imposto como um castigo pelos deuses (SEWAYBRICKER, 2010; MELO JUNIOR, 2008).

Os gregos encaravam e se relacionavam com o trabalho, em grande parte, pela visão econômica da época, ou seja, como essencial à sobrevivência humana. Eles utilizavam o trabalho como forma de realizar trocas comerciais e também para a produção de bens de consumo próprio (SEWAYBRICKER, 2010; MELO JUNIOR, 2008). De um modo geral, o homem não tinha, nesse período, o sentimento de criar com seu esforço um valor social para sua tarefa ou seu ofício, nem de transformar a natureza a partir de seu trabalho (LOPES, 2009). Sendo assim, mesmo que a percepção que a sociedade grega tinha do trabalho era distinta da atual, ele também se fazia necessário para a sobrevivência dos indivíduos, inclusive daqueles que detinham a condição de sobreviver sem trabalhar (MELO JUNIOR, 2008).

O feudalismo foi o sistema econômico dominante na Idade Média. Não havia mais escravos, e sim servos, que exercem suas funções laborativas em condições precárias e exploradoras. Com uma estrutura social estática e hierarquizada, o senhor feudal era quem detinha a posse das terras e as cedia aos vassalos, que deveriam trabalhar para sustento próprio. A relação servil impunha ao servo, em relação ao senhor feudal, obrigações e compromissos, denominados corveia: serviço gratuito para o senhor feudal durante três dias por semana. As atividades econômicas predominantes eram a agricultura e a criação de animais. A Igreja assume a posição de único poder centralizado, já que naquela época toda a formação moral, social e ideológica era fortemente influenciada pelo clero (ARAÚJO, SACHUK; 2007; CABRINI, MONTELLATO, CATELLI; 2011).

O modo de produção feudal contrapunha o campo à cidade, que, por conseguinte, era referenciada da vida na cidade, onde se desenvolvia apenas o artesanato, uma espécie de indústria própria da agricultura, pela produção de instrumentos rudimentares necessários para a própria vida no campo. O desenvolvimento das atividades artesanais possibilitou o crescimento de uma atividade mercantil que está na origem da construção do capital, pois essas atividades se concentraram nas cidades, na forma de grandes mercados de troca. Esse processo ocasionou um deslocamento do processo produtivo do campo para a cidade e da agricultura para a indústria, constituindo um novo modo de produção. Surgiam, assim, os burgos, que, com o passar do tempo, deram origem a várias cidades (renascimento urbano) (SAVIANI, 2007).

Entre os séculos XVI e XVII, os pensamentos de Lutero e Calvino trouxeram a possibilidade de obtenção da salvação para a vida terrena. Sendo assim, o trabalho tornou-se a possibilidade de se agradar a Deus e obter salvação. Já a ociosidade era um mal que deveria ser evitado. Assim, a necessidade de trabalhar tornou-se generalizada e passou a ser atribuído um valor ético ao trabalho (norteador da boa conduta). Portanto, aquele trabalho praticado no período renascentista, que possuía um fim em si mesmo, deixa de existir (BENDASSOLLI, 2007).

A partir da reforma protestante, verifica-se a necessidade de se construir a identidade do indivíduo em relação ao seu trabalho, que deverá ser executado da melhor maneira possível para agradar ainda mais a Deus, desenvolvendo um sentido de vocação ou a vontade de encontrar um trabalho que possa ser executado de forma excelente (BENDASSOLLI, 2007).

Conforme as ideias protestantes se propagaram pela Europa, outra reforma ganhou espaço, valendo-se de algumas das bases fundantes daquelas ideias e desnudando o valor ético religioso do trabalho. Questionando se a sociedade já havia evoluído tudo o que poderia e percebendo que o homem ainda não era feliz, e somente o seria após larga evolução tecnológica, o movimento Iluminista ganhou força, fazendo-se necessário, portanto, o avanço do trabalho. Para isto, o homem, ao invés de se submeter à natureza, começa a dominá-la, subordinando-a à vontade da civilização. Assim, o indivíduo passou a se regular dentro de uma nova lógica de ação, na qual o capitalismo ganhou sentido e vigora até os dias atuais (SEWAYBRICKER, 2010).

Profundas mudanças sucederam com a substituição do trabalho rural e do artesanato pelas atividades industriais. No século XVIII, a Revolução Industrial foi um grande ponto de referência na história do trabalho, pois foi a partir dela que se iniciaram o processo de industrialização e o estabelecimento de um novo modelo de organização do trabalho. A invenção e o uso das máquinas a vapor, a criação de novas ferramentas de trabalho e de equipamentos para a indústria têxtil tornaram possível o progresso desse novo sistema de trabalho (ORNELLAS, MONTEIRO, 2006).

De fato, a Revolução Industrial reuniu e promoveu alterações ideológicas, econômicas e sociais que transformaram uma sociedade exclusivamente agrária em uma sociedade industrial e urbana, sendo o trabalhador um dos enfoques desse ensaio. Abandonando o meio rural ou o ateliê em que antes trabalhava, o operário instalou-se nas cidades e no ambiente das fábricas. A atividade laborativa, então, se torna uma categoria central para pensar a vida social e, conseqüentemente, o ser humano (ORNELLAS; MONTEIRO, 2006; LOPES, 2009).

O predomínio das máquinas, a intensificação do comércio, o trabalho operário e não mais artesanal, além de outros fatores, fizeram da Revolução Industrial um marco histórico singular, modificando de maneira radical as condições de vida do trabalhador. Neste sentido, tornava-se necessária a interiorização de uma ética do novo modo de trabalho, que se configurava num conjunto de variáveis em que os trabalhadores deveriam estar dispostos a exercer (ORNELLAS; MONTEIRO, 2006; LOPES, 2009). Tal fato, além de ser uma vitória do sistema fabril sobre as formas de organização da produção anteriores, lança uma nova concepção no mundo, ancorada na substituição das antigas e ineficazes formas coercitivas de controle dos trabalhadores, muito mais baseadas em punições, por formas disciplinares mais sutis e eficientes (LOPES, 2009).

Por outro lado, as jornadas laborais exaustivas, associadas aos ambientes de trabalho desfavoráveis e à aglomeração de trabalhadores, contribuíram para a proliferação das doenças infectocontagiosas entre os coletivos de trabalho, tornando-se quase inviável a sobrevivência e a reprodução do próprio processo produtivo. E o trabalhador era o responsável por manter sua saúde, não se verificando nenhuma forma de proteção contra os agravos decorrentes dos ambientes laborais (CORDEIRO; 2008).

A quantidade de acidentes de trabalho provocados pelas máquinas era grande e a jornada de trabalho, praticamente ilimitada. As fábricas eram mal iluminadas e com ventilação precária, o que contribuía para a disseminação de diversos tipos de doenças nos

trabalhadores. Sendo assim, em 1802 o Parlamento Britânico aprovou a primeira lei de proteção aos trabalhadores, a qual obrigava os empregadores a melhorar as condições de trabalho, reduzindo, assim, a precariedade dos ambientes no interior da fábrica (CORDEIRO; 2008).

(...) há outros fatores que causam grandes danos físicos aos operários. O trabalho em meio às máquinas está sujeito a numerosos acidentes mais ou menos graves, cuja consequência é a incapacidade parcial ou total do operário para seu trabalho (MARX, 1980, p.201).

Com o passar do tempo, foram-se revelando as imperfeições e injustiças do capitalismo industrial, como a concentração do capital restrito a um reduzido número de pessoas; a ausência de direitos trabalhistas; a desmotivação dos operários, que passaram a vender sua força de trabalho sem participar do processo produtivo; e o crescimento desordenado das cidades onde se amontoavam os operários. Esses fatores provocaram uma forte reação ideológica por parte de grandes pensadores e escritores inspirados no Iluminismo e de sociólogos defensores do chamado socialismo utópico. Assim sendo, surgem as ideias de Karl Marx, para quem a economia era o fato gerador de todos os acontecimentos históricos (ORNELLAS; MONTEIRO, 2006).

Um dos principais conceitos desenvolvidos na obra de Karl Marx refere-se tanto à perda pelo trabalhador do direito à propriedade do produto quanto à separação entre a concepção e a execução do trabalho. Neste sentido, há um dano no investimento afetivo em relação ao trabalho empreendido, uma vez que o trabalhador perde o sentido de sua tarefa no todo da produção (ALVIM, 2006). A força de trabalho como mercadoria é prerrogativa da produção capitalista, pois é através do capitalismo que a força de trabalho é negociada; ou seja, é quando o trabalhador livre vê sua força de trabalho se transformar em mercadoria em compensação por algo chamado salário. Marx (1982) explica que existe o tempo de trabalho necessário, que é aquele que o salário paga, e o tempo de trabalho excedente, que permite ao empregador adquirir mais capital à custa do trabalhador. Marx denominou essa circunstância de lei da mais-valia (FELIZARDO, 2010).

Desta forma, os valores capitalistas conquistados com a industrialização possibilitaram o desenho das tarefas e o estabelecimento de normas e condições necessárias para a institucionalização do trabalho no processo produtivo. A hegemonia da máquina sobre o trabalhador ocasionou um empobrecimento do trabalho e a transformação do trabalhador em

apenas um meio para alcançar objetivos maiores: o produto e, conseqüentemente, o lucro (ARAÚJO; SACHUK, 2007).

Durante o século XX, houve o ápice do capitalismo e grandes modificações na relação entre o homem e o trabalho, sendo um período no qual ocorreram acelerados e intensos avanços tecnológicos: o surgimento de modos de gestão do trabalho como o taylorismo, fordismo e o toyotismo; a acumulação que possibilitou a produção e o consumo em larga escala; conquistas sociais e trabalhistas; e uma “profunda crise que forçou uma não menos intensa reestruturação produtiva, principalmente a partir da década de 1970, atingindo o mundo do trabalho em termos globais” (BORSOI, 2011, p. 115).

A substituição do sistema taylorista-fordista para um novo paradigma demarcou nova direção da economia capitalista. No final dos anos 1970, o modelo taylorista-fordista começou a perder espaço, visto que já não conseguia suprir a necessidade da produtividade, pois tanto o taylorismo como o fordismo foram marcados pela racionalização da produção, e a divisão e a especialização do trabalho, assim como pela mecanização e pela produção em massa (SILVA; SILVA, 2009).

O capital deflagrou, então, várias transformações no próprio processo produtivo, por meio da constituição das formas de acumulação flexível, das formas de gestão organizacional, do avanço tecnológico, dos modelos alternativos do binômio taylorismo-fordismo, em que se destaca especialmente o toyotismo ou o modelo japonês (ANTUNES, 2009. p. 49).

O sistema industrial japonês teve grande impacto no mundo ocidental, pois mostrou para os países mais avançados uma nova opção para a superação da crise no capitalismo. O seu desenho organizacional, o avanço da tecnologia e a sua capacidade de extração intensificada do trabalho, bem como a convenção do trabalho em equipe e os mecanismos de controle sindical eram vistos pelos capitalistas como um meio possível de superação da crise na época (ANTUNES, 2009).

Como consequência dessas transformações, os trabalhadores se veem inseridos em constantes desafios, como as novas tecnologias, a competição do mercado global e o domínio de um ambiente em permanente transformação. Ademais, eles passam a se responsabilizar pelo seu processo de formação, tirando a obrigação do Estado e das empresas. Sendo assim, os trabalhadores se deparam com uma competição exacerbada e são obrigados a se engajarem

em padrões de qualificação e capacitação cada vez mais elevados (SILVA; SILVA, 2009; ANTUNES, 2009).

Todo esse cenário acarreta novas vivências sociais e emocionais para todos os indivíduos de modo geral, bem como novas experiências para o trabalhador, visto que são obrigados a vivenciar de novos paradigmas produtivos, implicando se submeterem a uma flexibilidade para adaptar-se ao mercado em sua lógica de pulverização e globalização (ARAÚJO; SACHUK, 2007). A flexibilização criada no toyotismo necessita de trabalhadores multiquificados e habilidosos; e com o advento de novas tecnologias, a consequência desse processo é o desemprego (LIMA; BARROS; AQUINO, 2012; SILVA; SILVA, 2009). Para Antunes (2009), o mundo do trabalho vem sofrendo, a partir das últimas décadas do século XX, inúmeras transformações, das quais o resultado mais brutal é o desemprego estrutural. A análise desse cenário faz perceber uma grande heterogeneidade nas formas de contratação, nas profissões e nas atividades realizadas; a fragmentação e complexidade se intensificaram, proporcionando maior instabilidade para os trabalhadores.

Com o processo de acumulação flexível do capital, ocorreram inúmeras transformações na organização, nas relações, nas condições e na produção do trabalho, levando a uma constante ameaça à estabilidade do trabalhador, que passa a conviver com medo e apreensão do desemprego (ASSUNÇÃO, 2003).

Tais transformações acarretaram mudanças nas organizações e nas relações econômicas, sociais e políticas. No contexto organizacional, evidenciam-se as modificações nos processos de produção e gestão da força de trabalho. No âmbito social, as novas condições laborais influenciam a oferta e natureza contratual dos empregos, bem como as qualificações requeridas dos trabalhadores. Por sua vez, a configuração econômica impõe, de acordo com as circunstâncias, a diminuição e a ampliação dos postos de trabalho, bem como a existência de direitos ocupacionais para os trabalhadores. E todas essas dimensões são influenciadas e interatuam entre si, trazendo repercussões para a sociedade e para o indivíduo trabalhador (PEREIRA; MUNIZ; BRITO, 2009).

Na sociedade contemporânea, regida e movida pelo modo de produção capitalista, o trabalho tornou-se uma prioridade em relação às outras esferas da vida: o sujeito, para assumir as suas relações familiares, de lazer e cuidados com a saúde, assim como garanta a sua subsistência material, necessita receber uma remuneração para conseguir sobreviver e consumir (NATIVIDADE, COUTINHO, 2012).

Segundo Souza et al. (2007), o trabalho é toda atividade física e cognitiva realizada conscientemente pela pessoa, com a finalidade de produzir riqueza, servindo como base às relações sociais e funcionando como elo social do convívio extrafamiliar. Em grupo, possibilita relações de amizade, companheirismo e até de competição, as quais unem os indivíduos e os mantêm em constante participação social. Revigora o homem e proporciona uma descarga de energia psíquica, eliminando suas tensões.

O trabalho é rico de sentido individual e social, é um meio de produção da vida para prover subsistência, criar sentidos existenciais ou contribuir na estruturação da identidade e da subjetividade. É multidimensional e dinâmico, formado da interação entre variáveis pessoais e ambientais, e também é influenciado pelas mudanças no indivíduo, ao seu redor ou no trabalho (TOLFO; PICCININI, 2007). Além de ser uma fonte de sustento, é um meio de se relacionar com os outros, de se sentir como parte integrante de um grupo ou da sociedade, de ter uma ocupação, de ter um objetivo a ser atingido na vida. Envolve as dimensões física, social, emocional e psíquica do indivíduo, uma vez que na sociedade, para ser ter um *status* social, a pessoa necessita ser economicamente produtiva (TAMAYO; TRÓCOLLI, 2002).

Em um mundo produtivo onde a tecnologia assume cada vez mais a parte mecânica da produção, substituindo um grande quantitativo de mão de obra, caberá ao trabalhador um espaço extremamente disputado, competitivo, com novas regulações, exigências e requisitos, impelindo os sujeitos à construção de novos padrões, valores e relações no trabalho, e também fora dele (LOPES, 2009).

Dentre as características dessa nova realidade, podem-se citar: a redução estrutural dos postos de trabalho e a precarização dos vínculos trabalhistas; a maior competitividade do mercado e a exigência contínua de individualização e inovação da produção; a flexibilização da organização do trabalho; a dinamização das tarefas e atividades; e a consequente necessidade de maior qualificação e polivalência dos trabalhadores. Todos esses fatores, junto a uma nova postura do Estado, terão efeitos decisivos na vida do trabalhador (SILVA; SILVA, 2009; ANTUNES, 2009; LOPES, 2009).

A flexibilização contribuiu para a dissipação em grandes proporções de postos de trabalho e reforçou outras formas contratuais, como contratos de trabalho não regulamentado, em tempo parcial, por tempo determinado e subcontratações, e até às chamadas economias informais, que englobam o trabalho autônomo. Existem também outras modalidades de emprego, como as jornadas flexíveis e as terceirizações, além do aumento da informalidade e

do desemprego. Deste modo, os objetivos da flexibilização em relação ao trabalho é minimizar o preço da força de trabalho e maximizar sua eficácia produtiva (TITTONI; ANDREAZZA; SPOHR, 2009; PEREIRA, MUNIZ, BRITO, 2009).

A precarização do trabalho implica a ausência ou redução de direitos e garantias do trabalhador, causando precariedade da qualidade no exercício da atividade. Assim, a precariedade se caracteriza numa situação laborativa na qual se podem distinguir quatro dimensões: a descontinuidade do trabalho, a falta de capacidade de controle sobre as tarefas, a desproteção e a baixa remuneração do trabalhador (GALEAZZI, 2006).

Atualmente, devido à tecnologia, o mundo do trabalho ganhou uma nova dimensão. Houve, por exemplo: acúmulo de exigências; aumento do nível de responsabilidade, dos esforços mentais e do estresse; implementação de jornadas em turnos, o que acaba prejudicando a saúde dos trabalhadores; mudança de trabalho e/ou função; readaptações; desemprego ou subemprego; e a inserção dos idosos no universo laboral (ANTUNES, 2009).

Em se tratando da população masculina, os aspectos relacionados ao ambiente produtivo do homem ganham legitimidade nas atividades laborais/relacionais, onde desempenham seu papel social preponderante. A associação entre o homem e o trabalho constitui uma elaboração de gênero sociocultural e historicamente instituída, que está entre os principais aspectos para justificar a ausência ou dificuldade para os usuários acessarem os serviços de saúde, pelo receio de revelarem fragilidades no seu contexto laboral, bem como de perderem o emprego ou a fonte de renda (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Em um estudo que analisou a percepção do homem no cuidado com sua própria saúde, verificou-se que os entrevistados tinham receio ou medo de comunicar no trabalho sua situação de enfermidade, em especial se fosse de natureza crônica. Tal fato atua de forma negativa sobre a conduta em procurar o serviço de saúde, visto a possibilidade de a doença vir a retirá-lo do mundo do trabalho, o que implicaria destituí-lo do papel produtivo e de provedor que assume na sociedade (ALVES et al., 2011).

1.2 Questões de gênero na perspectiva masculina

Atualmente os homens têm sido pauta de debates no campo da saúde coletiva, tanto em âmbito nacional como internacional. Tal fato deve-se ao elevado índice de morbimortalidade, à aparente resistência da população masculina em procurar o serviço de saúde e à suposta relação antagônica com o autocuidado, demandando políticas públicas e, conseqüentemente, um novo olhar e uma nova postura dos profissionais de saúde para atender a esta clientela.

Os estudos que vêm discutindo a saúde masculina buscam compreender as diferentes causas para os perfis de morbimortalidade e apontam como referência a perspectiva de gênero para entender o homem e seu processo saúde-doença, bem como os comportamentos que podem predispor a riscos de doenças e morte. Para Gomes (2008), um relevante aspecto envolvido na problemática de atenção à população masculina é o fato de os homens terem dificuldades em reconhecerem suas necessidades, cultivando o pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer, mantendo até hoje a questão cultural da invulnerabilidade masculina, do papel de provedor, de herói e de invencibilidade.

Durante algum tempo, os termos sexo e gênero eram utilizados indiscriminadamente. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (1993), o termo sexo reserva-se a condição biológica predeterminadas numa anatomia corporal e fisiológica. Por outro lado, gênero é utilizado para assinalar as características socialmente construídas que constituem a definição do masculino e do feminino, em diferentes culturas.

A palavra gênero refere-se ao conjunto de significados sociais atribuídos à diferença sexual. Segundo Laurenti et al, (2005), trata-se de relações sociais em que mulheres e homens estão iguais e mutuamente implicados, obedecendo a papéis definidos pela sociedade em determinados períodos da evolução histórica da humanidade. Deste modo, verifica-se a complexidade do uso desta categoria, já que gênero interage com outras dimensões do sujeito, como classe social e cor/raça/etnia, bem como com práticas cotidianas, como exercício da sexualidade e trabalho, não se restringindo de forma específica ao feminino (VILLELA; MONTEIRO; VARGAS, 2009).

Ariha (2010) salienta a invisibilidade e negligência referente ao público masculino ao analisar a inserção dos homens na pauta de discussões das Organizações das Nações Unidas

(ONU). Também discorre sobre as implicações das questões de gênero para os homens, raramente sendo esse constructo referido nos estudos envolvendo a população masculina, pois historicamente esse conceito foi desenvolvido e utilizado, primeiramente, nos movimentos feministas, e mesmo atualmente observa-se que esse termo é cada vez mais utilizado como sinônimo de “mulheres”.

No âmbito da construção de gênero, os posicionamentos predominantes instituem os pares (homens e mulheres) como opostos, excludentes e fixos em suas diferenças, sendo o masculino associado à força/razão/ativo, em oposição ao feminino, tido como frágil/emotivo/passivo, promovendo a fusão de identidade de gênero com a identidade sexual (MACHIN et al., 2011).

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm evidenciado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Muitos desses agravos poderiam ser evitados se a população masculina realizassem, regularmente, medidas preventivas (ALVES et al., 2011; GOMES et al., 2007; MACHIN et al., 2011).

Segundo Martins et al., (2012), enquanto as mulheres são ensinadas a observarem o próprio corpo e a cuidarem de si e dos demais membros da família, os homens são incentivados a garantirem a segurança da casa e a provisão material, em uma constante demonstração e reafirmação da sua força e virilidade. O adoecimento e as limitações impostas pela doença não condizem com o papel atribuído ao homem em nossa cultura, contribuindo para dificuldades de adesão, manutenção e adaptação a tratamentos de saúde.

A masculinidade constitui um simbolismo que compõe a identidade dos sujeitos, modelando comportamentos e emoções, que passam a ter a prerrogativa de modelos a serem seguidos. Sendo assim, a masculinidade é determinada tanto pelo aspecto biológico quanto pelos aspectos psicológicos, educacionais e sociais (MACHIN et al., 2011; COSTA; MAIA, 2009).

As prescrições acerca do que é ser homem determinam os comportamentos interpessoais a serem adotados e esperados socialmente, além de influenciarem na forma como homens percebem e lidam com seus corpos. Em relação à saúde, os homens muitas vezes negam a existência de dor, sofrimento, vulnerabilidade, para reforçar a ideia de força que visa à diferenciação com o sexo feminino (MACHIN et al., 2011; COSTA; MAIA, 2009).

O fato de homens postergarem ao máximo a procura por ajuda médica – alegando dificuldades diante da possibilidade de perda do emprego, da necessidade de estar ativo e de demonstrar resistência – indica que eles, consciente ou inconscientemente, desprezam o reconhecimento dos primeiros sintomas de uma possível doença ou não seguem as recomendações médicas. Isso ocorre enquanto os as atividades cotidianas não forem comprometidas e eles acreditem controlar a sua saúde (COSTA; MAIA, 2009). Em relação ao cuidado à saúde do homem no nível da Atenção Primária à Saúde (APS), uma das justificativas para a pouca presença masculina nos serviços desse nível advém de um processo de socialização, em que o homem não se preocupa com a saúde e desvaloriza o autocuidado (XIMENES NETO et al., 2013).

Neste sentido, os homens, quando sentem alguma alteração na saúde, buscam medidas de tratamento alternativas, rápidas e, frequentemente inadequadas, como automedicação inadequada, busca por lugares como farmácias e prontos-socorros, onde conseguem resultados mais práticos e maior facilidade no atendimento, objetivando responder a sua necessidade imediata e não perder tempo com filas, à espera do atendimento médico. A farmácia tem um papel importante na relação que o homem estabelece com sua saúde, pois, como a primeira urgência em geral é aliviar a dor, muitas vezes a visita à farmácia satisfaz essa necessidade de maneira rápida (GOMES et al., 2007; XIMENES NETO et al., 2013).

Ao desvalorizar o autocuidado e adiar a procura por assistência médica e preventiva, o homem aumenta os riscos de sofrer danos mais fatais e isto se reflete no fato de os homens serem alvo de problemas de alta letalidade (COSTA; MAIA, 2009, p. 61).

A referência ao trabalho envolve a justificativa da ordem de gênero sociocultural historicamente instituída, que associa homem-trabalho, desvalorizando aquele que se ausenta do ambiente laboral por questões de saúde/adoecimento, dificultando que os homens assumam a busca dos serviços de saúde, devido ao receio de revelarem fragilidades no seu contexto laboral (KNAUTH et al., 2012).

De acordo com Costa, Maia (2009) e Knauth et al. (2012), os homens afirmaram a dificuldade em cuidar da saúde devido às questões do trabalho, alegando que a jornada laboral implica em dificuldades para eles procurem as unidades de saúde, especialmente, o atendimento preventivo. Por conseguinte, a espera durante as consultas médicas e os exames podem comprometer o trabalho, ocasionando absenteísmo. Portanto, a manutenção do

emprego e da renda é mais importante do que a manutenção da saúde. Tal fato também foi descrito num estudo de Gomes et al., (2007), reafirmando como as atividades laborativas vêm em primeiro lugar na lista de preocupações masculinas, ficando a busca pelos serviços de saúde em segundo plano.

A causa para a priorização do trabalho em detrimento da saúde deve-se ao receio em ser punido no trabalho por se ausentar para uma consulta médica, mesmo que recebam atestado. Além disso, muitas empresas e indústrias só abonam a falta mediante atestado médico, o que nem sempre é fornecido pelas unidades de saúde, como no caso de marcação de consulta, participação de grupos, busca de medicamentos e outras atividades vinculadas à prevenção (KNAUTH et al., 2012). Ademais, o horário de funcionamento dos serviços de saúde, sejam eles de atenção primária ou ambulatorial, por vezes coincide com o horário de trabalho (GOMES et al., 2007).

Outra problemática relacionada à população masculina refere-se à participação dos homens nas questões da saúde reprodutiva, especificamente na discussão sobre a contracepção. A responsabilidade pela adoção dos métodos contraceptivos em geral é atribuída à mulher; recentemente, vem se buscando envolvimento do homem no planejamento familiar (GOMES; NASCIMENTO, 2006). Nesta mesma perspectiva, a esterilização, por meio da vasectomia, é apontada como um exemplo que pode envolvê-los como participantes do planejamento familiar; porém, a vasectomia provoca questionamento na identidade masculina calcada na demonstração pública da sua virilidade. Sendo assim, esse procedimento está associado à castração e à impossibilidade de gerar filhos, não sendo encarada como uma medida contraceptiva, o que reduz a adesão e a procura pela cirurgia (GOMES; NASCIMENTO, 2006; RIBEIRO, 2009).

Seguindo essa linha cultural de pensamento, no que diz respeito à reprodução, cabe ainda ao homem o papel principal de provedor, tanto que a paternidade tradicionalmente continua associada à imagem do trabalho. As funções de prover e proteger a família são vistos de maneira natural, sem maiores questionamentos quanto às construções sociais de gênero. Da mesma forma, atualmente percebe-se a necessidade de outra referência paterna calcada num modelo mais afetivo de masculinidade; no entanto, esse envolvimento no cuidado dos filhos não significa uma apropriação da vida doméstica em si, pois permanece uma distinção entre ser pai e ser dono de casa (SUTTER; BUCHER-MALUSCHKE, 2008).

Para Freitas et al. (2009) e Cavalcante (2007), há uma nova imagem de homem, a qual pode ser atribuída às mudanças ocorridas nas bases do patriarcado e relacionada com o fato de que as mulheres deixaram de ocupar essencialmente o espaço doméstico; assim, é apresentada aos homens a possibilidade de vivenciar o cuidado e a paternidade de forma ampla e significativa.

Outra característica socialmente construída no que diz respeito ao gênero masculino ocorre na infância, quando o ser masculino é estimulado a revidar se apanhar, a praticar esportes em que a violência está presente e é aceita. Desta forma, aceita-se uma imagem identitária masculina que nega a homossexualidade; (BRAZ, 2005). Ademais, desde cedo os homens são instruídos a serem provedores, protetores, fortes, capazes, violentos, decididos e corajosos, a suportarem suas dores físicas e emocionais sem chorar para não deixarem de ser viris (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Nesse sentido, destacam-se os diversos tipos de violência que incidem de forma negativa na saúde do homem, seja ela a doméstica, sexual ou social. A violência permeia o universo masculino desde a infância e muitas vezes é estimulada pela educação e na forma de brinquedos como carros e armas. Os carros e motocicletas simbolizam a velocidade, liberdade e *status* social, e as armas o poder da vida e da morte (LIMA; BÜCHELE; CLÍMACO, 2008).

Considerando ainda essa temática, ressalta-se ainda a violência contra a mulher, na qual o homem também se apresenta como vítima, mesmo que seja o autor, pois em muitos casos é incitada por costumes sociais, códigos penais e por algumas religiões a realizá-la. Como já foi mencionado anteriormente, os homens são educados desde a infância a reprimir suas emoções, sendo a agressividade, incluindo a violência física, socialmente aceita como característica da masculinidade. Tal fato pode ser acrescentado por terem vivenciado experiências como atos de violência realizados em vários casos pelo próprio pai, podendo caracterizar como uma norma a ser seguida (LIMA; BÜCHELE; CLÍMACO, 2008).

Logo, as principais causas de mortalidade na população masculina, entre a faixa etária de 20 a 59 anos, são as de causas externas: homicídios e acidentes de trânsito. O risco de morte em acidentes de trânsito é muito superior nos homens, sendo os maiores índices entre a faixa etária de 20 a 39 anos; os mais acometidos estão os motociclistas (BRASIL, 2012).

Ademais, as mortes decorrentes de agressões acometem os homens em maior proporção, sendo o uso de arma de fogo e de arma branca os mais utilizados (BRASIL, 2012). A violência entre os homens é permitida, celebrada e até banalizada em filmes e esportes.

Nesse contexto, fazem-se necessários investimentos em estudos, principalmente no que diz respeito a essa parcela da população, que se apresenta de forma tão vulnerável nos dados estatísticos, acerca de fatores de risco, a fim de compreender a violência em nossa sociedade, já que normas sociais e culturais constituídas legitimam o uso da violência.

A PNAISH, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria Nº 1.944 de 27 de agosto de 2009, objetiva promover a melhoria das condições de saúde da população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos, a fim de reduzir a morbimortalidade e facilitando o acesso às ações e aos serviços de assistência à saúde (BRASIL, 2008). Mesmo sua criação, ainda é percebida na prática uma preocupação limitada à perspectiva biomédica, com ênfase na próstata e disfunção erétil (CAVALCANTI; 2014).

São relevantes, ainda, maiores discussões em relação às implicações da implantação dessa política nos serviços de saúde, visto que a formação dos profissionais de saúde também sofreu influências do modelo biomédico, que concebe saúde como ausência de doença e que, por conseguinte, vem atuando ainda sob concepções biologicistas, sem levar em conta a totalidade do indivíduo em seu contexto (SILVA, 2010).

Tornar os constructos de gênero um eixo transversal na investigação em saúde é apostar na possibilidade de que a produção de evidências sobre desigualdades em saúde entre mulheres e homens, decorrentes das diferenças de gênero, seja capaz de impactar políticas públicas voltadas para a redução destas desigualdades.

1.3 A problemática das úlceras venosas e a assistência de enfermagem

Para contextualizar as condições que desencadeiam a IVC e a gênese da ulceração, é necessária a compreensão da fisiologia do sistema venoso normal.

O sistema venoso dos membros inferiores é constituído por veias profundas e veias superficiais, que se comunicam através das veias perfurantes. O sistema venoso profundo localiza-se entre a musculatura do membro inferior, enquanto o sistema venoso superficial situa-se acima dessa musculatura; já as veias perfurantes são responsáveis pela comunicação entre eles. A rede venosa desses três sistemas possui inúmeras válvulas que orientam o fluxo sanguíneo em uma única direção, qual seja, das veias do sistema superficial para o sistema

profundo, impedindo o seu refluxo durante o relaxamento da musculatura das pernas (ALDUNATE et al., 2010; BORGES, 2011). A musculatura da panturrilha também auxilia no fluxo venoso, funcionando como uma bomba periférica. Ela ajuda as válvulas a superar a força da gravidade, impulsionando o sangue para o coração e reduzindo a pressão no interior das veias.

A pressão venosa é produto da pressão hidrostática exercida pela coluna de sangue entre as pernas e o átrio direito. Em posição supina, a pressão nas veias profundas chega a quase 0mmHg; quando em pé, aumenta drasticamente, entre 80mmHg e 90mmHg; já durante a deambulação, essa pressão declina para 30mmHg. Portanto, a função fisiológica do sistema venoso depende da integridade anatômica das veias, da competência do sistema valvular e do bom funcionamento da bomba periférica (BARBOSA, CAMPOS; 2010).

As veias profundas e o movimento de contração e relaxamento muscular da panturrilha trabalham juntos para propulsionar o sangue venoso de volta ao coração. A contração os músculos da panturrilha atua comprimindo o sistema venoso profundo e impulsionando o sangue para a direção cefálica, simultaneamente ao fechamento das válvulas do sistema perfurante, prevenindo assim um fluxo retrógrado e causando o aumento da pressão no sistema venoso superficial. Em contrapartida, durante o relaxamento da musculatura da panturrilha, ocorre o esvaziamento do sistema venoso profundo, levando assim à abertura das válvulas que direcionam o fluxo do sistema superficial ao profundo (BORGES, 2011; ALDUNATE et al., 2010).

Quando as válvulas das veias perfurantes tornam-se incompetentes, ocorre a inversão do fluxo, sendo transmitido diretamente na direção do sistema venoso superficial e levando à formação de veias varicosas. Já quando ocorre o comprometimento das válvulas nas veias profundas e perfurantes, constata-se uma das causas da hipertensão venosa nos membros inferiores, com uma pressão de retorno alta, provocando a estase venosa e edema (BARBOSA, CAMPOS; 2010; ALDUNATE et al., 2010).

Quando há obstrução e o fluxo sanguíneo é prejudicado, as veias obstruídas tornam-se distendidas e a pressão venosa aumenta, resultando na estase venosa, sendo a causa mais comum da obstrução do fluxo sanguíneo, a Trombose Venosa Profunda (TVP), presente em aproximadamente 75% dos pacientes com IVC. Sendo assim, a IVC pode ser consequência de uma incompetência valvular, associada ou não à obstrução do fluxo sanguíneo e que pode afetar um ou mais sistemas venosos. Ela é a causa frequente das úlceras de perna, sendo

responsável por 75% delas. As demais são provocadas por doença arterial obstrutiva periférica, neuropatia periférica, doenças infectocontagiosas, doenças reumatológicas, doenças hematológicas e tumores (BORGES, 2005; BARBOSA, CAMPOS; 2010).

Outras condições que predisõem as pessoas à hipertensão venosa são: múltiplas gestações, edema, obesidade, ascite, anomalia congênita, traumatismos graves na perna ou tumores, insuficiência cardíaca congestiva, estilo de vida ou trabalho sedentário. Essas condições são reforçadas pela posição sentada ou ortostática por muitas horas sem alternar com a deambulação (BORGES, 2005).

Logo, para as pessoas com IVC, a pressão venosa permanecerá elevada nos membros inferiores durante a deambulação; quando em condições normais, ela deveria diminuir. Neste sentido, os tecidos adjacentes são expostos a uma contínua pressão venosa elevada enquanto o indivíduo permanece na posição ortostática.

Conforme explicitado anteriormente, a gênese da UV é o evento final de uma série de anormalidades vasculares, desencadeando diversas alterações localizadas na porção distal do membro inferior, como a hiperpigmentação cutânea, o edema justamaleolar e o aparecimento de veias varicosas. Ademais, a pele e o tecido subcutâneo sofrem um processo de espessamento e posteriormente um endurecimento devido à substituição do tecido gorduroso por tecido fibroso, dando origem a lipodermatoesclerose (FIGUEIREDO, ZUFFI; 2012; BARBOSA, CAMPOS; 2010).

A UV pode iniciar-se de forma espontânea ou por um trauma. Ao surgirem espontaneamente, tendem a se localizar na região do maléolo interno; já quando desencadeadas por traumas ou infecções, o mais comum é sua presença em outras regiões do membro inferior (FIGUEIREDO, ZUFFI; 2012; BARBOSA, CAMPOS; 2010).

O diagnóstico da IVC e da UV é eminentemente clínico, feito por meio da anamnese e do exame físico. Devem ser considerados na anamnese i) a queixa e a duração dos sintomas; ii) o histórico de doenças anteriores, especialmente a trombose venosa; iii) a presença de traumatismos prévios nos membros inferiores; iv) e a existência de doença varicosa. Em relação aos sintomas, incluem-se sensação de peso e dor em membros inferiores, principalmente no final do dia; alguns pacientes referem prurido associado (BORGES, 2005).

Na realização do exame físico, deverão ser observados os sinais e sintomas existentes no membro inferior. Algumas alterações comumente encontradas nos pacientes com IVC e UV serão discorridas a seguir.

As **veias varicosas** são um dos primeiros sinais de hipertensão venosa nos membros inferiores; geralmente é o resultado de danos causados nas válvulas venosas, os quais podem ser congênitos ou adquiridos. O resultado desses danos é a exposição do sistema venoso superficial à uma pressão constantemente superior aos níveis fisiológicos (acima de 90 mm Hg ao invés de 30 mm Hg) (BORGES, 2011).

Aproximadamente 3% dos indivíduos com varizes irão desenvolver UV, mas nem todos os paciente com UV têm veias varicosas. Portanto, ainda não é claro se veias varicosas e UV são simplesmente condições associadas com uma etiologia comum ou se veias varicosas são fatores predisponentes para UV (Morison et al., 1997 apud Borges, 2011 p. 44).

Outra característica muito comum nos pacientes com doença venosa é o **edema**. Comumente é localizado na região perimaleolar ou estende-se ao terço inferior da perna; sua formação é gradual e piora com a longa permanência na posição ortostática e no horário vespertino, regredindo após a elevação das pernas. Pode ser de consistência amolecida, cedendo à pressão dos dedos; porém, pode nos estágios mais avançado, endurecer e não mais ceder à pressão dos dedos (BORGES, 2011).

A **celulite** ou **erisipela** também pode ser desenvolvida durante a evolução do agravo. Devido ao edema persistente, os tecidos podem se encharcar de proteínas, que favorecem o desenvolvimento de infecção, principalmente por germes gram-positivos (estreptococos beta hemolíticos), que penetram na pele através de pequenas fissuras, ferimentos, picadas de insetos e causam infecção do tecido cutâneo e do tecido subcutâneo. Tal processo infeccioso pode comprometer áreas extensas da perna, acarretando dor intensa, hiperemia e aumento da temperatura corporal (BORGES, 2011).

A **hiperpigmentação** ocorre devido à distensão dos capilares sanguíneos e conseqüentemente por meio das lesões das paredes do endotélio, permitindo o extravasamento e o rompimento de hemácias para o interstício, a liberação de hemoglobina e a degradação em hemossiderina. Esse fenômeno desencadeia a pigmentação que confere a coloração castanho-azulada ou marrom-acinzentada aos tecidos (OLIVEIRA et al., 2012; BORGES, 2011; CARMO et al., 2007).

A **dermatite venosa** surge na região hiperpigmentada ou de intensa congestão em torno de úlceras ou cicatrizes. É caracterizada por eritema, edema, descamação, exsudato e também prurido intenso, geralmente na parte distal da perna. Essas modificações na pele

produzem maceração e minúsculas fissuras que podem comprometer a função de barreira da pele (BORGES, 2011).

A **lipodermatoesclerose** consiste no endurecimento da derme e do tecido subcutâneo, decorrente da substituição gradual destes por fibrose. Pode ocorrer retração da pele e o membro inferior assume a forma de garrafa invertida (CARMO et al., 2007; BORGES, 2011).

A **coroa flebectásica** é caracterizada pela distensão das minúsculas veias na região do maléolo e ocorre em função do adelgaçamento da derme devido a um pobre suprimento sanguíneo, tornando a pele susceptível ao trauma. Geralmente está relacionada com a incompetência das veias perfurantes (BORGES, 2011).

As lesões que são consequências desse problema geralmente evoluem lentamente. Pode haver apenas uma lesão ou várias. Elas apresentam-se com bordas de margens irregulares e podem ser superficial no início, mas podem se tornar profundas. O leito da lesão é raso e avermelhado; porém, dependendo do tempo de sua existência, pode apresentar fibrina e/ou esfacelos amarelados aderentes ao leito da lesão ou frouxos. Raramente ocorre tecido necrótico ou exposição de tendão. A UV produz muito exsudato e a purulência indica processo infeccioso. São dolorosas, porém os pacientes referem melhora com a elevação dos membros. A dor é mais evidente quando há presença de edema e infecção (ABBADÉ, LASTÓRIA, 2006; OLIVEIRA et al., 2012).

A UV é considerada crônica, caracterizada por períodos de exacerbação, remissão e recidivas. O processo de cicatrização é demorado e ocasiona desconforto físico e psicológico, alterando o estilo de vida do paciente e restringindo suas atividades diárias (SALOMÉ, BLANES, FERREIRA, 2012b).

A avaliação da IVC apresenta um grau de complexidade maior; os diferentes métodos diagnósticos da doença venosa dependem do examinador e requerem habilidade clínica específica. Algumas classificações foram utilizadas ao longo do tempo; contudo, devido a uma maior especificidade e uniformidade na avaliação da doença venosa, atualmente é utilizada a classificação denominada CEAP (*clinical signs; etiology; anatomic distribution; pathophysiology*). O CEAP surgiu em 1995 como resultado de um consenso de especialistas de vários países, tendo por finalidade pontuar o comprometimento venoso e suas manifestações. Ele se refere aos sinais clínicos (C), à etiologia (E), à localização anatômica (A) e à fisiopatologia (P). Ele é mais completo do que as propostas anteriores, pois, além do clínico e anatômico, aborda os critérios etiológico e fisiopatológico e, por meio de um sistema

de pontuação, classifica a gravidade clínica e a incapacidade para o trabalho (BORGES, 2011).

Os sinais clínicos (C) variam de C_0 a C_6 , sendo C_0 a ausência de sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa; C_1 a presença de telangiectasias ou veias reticulares; C_2 a presença veias varicosas; C_3 a presença de edema; C_4 são alterações de pele (hiperpigmentação, lipodermatosclerose); C_5 mostra que, além das alterações de C_4 , há também úlcera cicatrizada; e C_6 exibe as alterações de C_4 e úlcera ativa (BORGES, 2011).

A etiologia (E) está diretamente ligada à disfunção venosa, que pode ser congênita (E_C), ou seja, presentes desde o nascimento; primária (E_P), definida como uma disfunção de causa desconhecida; ou secundária (E_S), devido a uma condição adquirida, resultando em doença venosa crônica, tal como a trombose venosa profunda ou pós-traumática (NICOLAIDES, 1997).

Já na classificação anatômica (A) descreve-se a extensão anatômica da doença venosa: A_S , veia superficial; A_D , veia profunda; ou A_P , veias perfurantes. O comprometimento pode ser restrito a somente um ou estender-se a dois ou mesmos aos três sistemas (NICOLAIDES, 1997).

E por fim, há a classificação fisiopatológica (P), em que os sintomas clínicos da disfunção venosa podem resultar do refluxo (P_R) decorrente da insuficiência valvular, obstrução (P_O) ou ainda em ambas ($P_{R,O}$) (NICOLAIDES, 1997).

Além do exame clínico, existem outros exames complementares tanto para subsidiar o diagnóstico da IVC e UV, como para descartar algum comprometimento arterial associado. O duplex scan é o método diagnóstico de escolha após o exame clínico. Não é invasivo e propicia a visualização das alterações na estrutura e na função do sistema venoso. Essa modalidade de exame utiliza a ultrassonografia para analisar a anatomia vascular; já o estudo com Doppler permite avaliar a hemodinâmica vascular. É elevada a precisão diagnóstica, pois esse exame fornece informações sobre o fluxo e refluxo em veias específicas, bem como mostra a existência de TVP (ABBADÉ; LASTÓRIA, 2006; SILVA et al., 2005; CARMO et al., 2007; BORGES, 2011).

O exame Doppler de ondas contínuas é um complemento do exame clínico. É usado para detectar o refluxo venoso nas junções safenofemural e safenopoplíteia, assim como o refluxo hemodinamicamente significativo no sistema venoso profundo. No entanto, não é acurado para localizar as veias perfurantes comprometidas (BORGES, 2011).

A plestimografia a ar é um exame diagnóstico não invasivo que avalia a hemodinâmica venosa. É indicada quando os demais métodos não invasivos forem insuficientes para diagnosticar a doença e/ou orientar o tratamento. Apresenta o tempo de enchimento venoso, fração de ejeção e de volume residual. Assim, quanto maior o tempo de enchimento venoso e menor fração de ejeção, maior a possibilidade de desenvolver ulceração (AGUIAR et al., 2005; SILVA et al., 2005).

O Índice Tornozelo-Braço (ITB) ou Índice de Pressão Tornozelo-Braço (IPTB) representa a razão entre a pressão arterial sistólica do tornozelo e do braço (artéria braquial). É um método simples, não invasivo, de baixo custo e de grande confiabilidade, realizado para identificar doença arterial periférica ($ITB < 0.8$). É necessário saber esse índice por causa da terapia de compressão em pacientes não diagnosticados com insuficiência arterial. Realiza-se esse método por meio de um esfigmomanômetro e um aparelho de doppler-ultrassom manual e portátil (BORGES, 2011; BERGONSE; RIVITTI, 2006).

Após a confirmação do diagnóstico, o médico especialista irá determinar o melhor tipo de tratamento a ser realizado. A terapia tópica de utilização de cobertura, juntamente com a terapia de compressão através da utilização de meias, bandagens inelásticas e, quando necessárias, intervenções cirúrgicas são as principais estratégias no tratamento da UV (FIGUEIREDO, ZUFFI, 2012). O cuidado com a UV requer o tratamento básico da hipertensão venosa; sendo assim se não houver o devido controle ou o correto manejo, verificar-se-ão altas taxas de recidivas e a cronificação da lesão. A UV não cicatrizará se o edema não for controlado. Deste modo, é primordial que o enfermeiro tenha conhecimento da fisiopatologia e dos cuidados necessários para orientar o paciente, objetivando melhorar o retorno venoso e prevenir as recidivas.

Algumas condutas são fundamentais, como a elevação dos membros inferiores acima do nível do coração durante o dia, entre duas e quatro horas, pelo menos (BORGES, 2011). Porém, muitos pacientes com esse acometimento trabalham durante o dia, sendo muitas vezes impraticável seguir essa orientação pelo tipo de trabalho que exerce e pela jornada de trabalho. À noite, os pacientes devem elevar os pés da cama de dez a quinze centímetros, caso não haja outra comorbidade, como insuficiência cardíaca ou respiratória.

A terapia de compressão externa graduada pode minimizar e até reverter as alterações que a hipertensão venosa provoca na pele e na rede vascular, tais como a hiperpigmentação, o eczema, a lipodermatoesclerose e as úlceras. O mecanismo de ação da compressão se dá pela

pressão que ela atua sobre o membro inferior, fazendo com que os fluídos no espaço intersticial retornem para o compartimento vascular ou linfático (BORGES, 2011).

A terapia compressiva pode ser feita com o uso de meias ou bandagens, que são classificadas em elásticas ou inelásticas (de contensão), ou ser composta de mais de uma camada. Entre as inelásticas, a bota de Unna é o tratamento fundamental para UV, pois tem a finalidade de reduzir a hipertensão venosa. Ela consiste numa atadura impregnada de óxido de zinco, goma acácia, glicerol, óleo de rícino e água deionizada, criando um molde semissólido para a realização da compressão externa eficiente. Essas ataduras inelásticas criam alta pressão com a contração muscular (durante a deambulação) e pequena pressão ao repouso. Sua troca deve ser realizada em até sete dias e é contraindicada para o tratamento de úlceras neuropáticas, arterial ou mista. Sua utilização limita-se a pacientes que deambulam (OLIVEIRA, et.al, 2012; ABBADE; LASTÓRIA, 2006; ABREU et al., 2013).

As meias e ataduras elásticas são utilizadas para aplicação de compressão externa nos membros inferiores, com intuito de prevenir o desenvolvimento ou a recorrência das UV. As meias de compressão devem ser aplicadas pela manhã, antes do paciente deambular, e removidas antes de se deitar. Os portadores de doença venosa devem usar as meias compressivas por toda a vida, uma vez que estas mantêm o tratamento da IVC somente quando utilizadas de forma contínua (CARMO et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2012).

No Brasil, a prevalência de IVC é estimada em 47,6%, sendo a 14^a causa de afastamento do trabalho e a 32^a causa de aposentadoria por invalidez. É causa frequente de internação, atendimentos ambulatoriais e curativos diários (BELCZAK et al., 2011; FIGUEIREDO, ZUFFI, 2012). Apesar de ser mais comum em pessoas idosas, com pico de prevalência em indivíduos com idade entre sessenta e oitenta anos, 22% dos acometidos têm por volta de quarenta anos, enquanto 13% desenvolvem UV antes dos trinta anos, evidenciando o prejuízo que essa doença causa na produção laboral (BELCZAK et al., 2011).

As complicações da IVC evoluem de forma lenta, tendo a ulceração como o fator mais agravante. Neste sentido, entender os aspectos etiológicos e fisiopatológicos é relevante para realizar um tratamento adequado e implementar medidas preventivas, para minimizar sua incidência e recorrência, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida para os indivíduos com UV (MAFFEI,2008).

1.4 Homens com úlceras venosas e as implicações biopsicossociais

Desde a antiguidade as pessoas com feridas e injúrias eram excluídas do convívio social e marcadas negativamente no decorrer de suas vidas. Essa exclusão é presente nas narrativas históricas, na literatura e no cinema, e até nos escritos bíblicos, nos quais tais pessoas simbolizavam sofrimento, angústia, pecado, dor, isolamento e morte (CARVALHO, 2010).

A IVC é considerada a mais frequente dentre as enfermidades de origem venosa. Essa afecção foi mencionada já nos papiros egípcios e também por médicos gregos como Hipócrates (460-370 a.C.). No entanto, embora milenar, pouco desenvolvimento ocorreu no que tange às intervenções para sua cura (SALOMÉ; FERREIRA, 2012b).

Tal problemática vem se constituindo um grande problema de saúde pública, representando, aproximadamente, 70% a 90% do total das úlceras de perna e sendo responsável por considerável impacto econômico devido ao grande número de doentes. Além de interferir no cotidiano da pessoa e de seus familiares, produzindo profundas alterações biopsicossociais e econômicas, contribuem significativamente para a deterioração da qualidade de vida dos mesmos (CARMO et al., 2007; SILVA; MOREIRA, 2011; DEODATO, 2007).

As UV são feridas crônicas, atingindo pessoas de diferentes faixas etárias, são recorrentes, incapacitantes e repercutem de forma severa na deambulação. O tratamento é complexo; são causas de hospitalização prolongada e responsáveis por morbidade significativa. A lesão pode permanecer anos sem cicatrizar, ocasionando um alto custo financeiro, social e emocional. Em muitos casos, pode vir a afastar o indivíduo de suas atividades laborais, agravando as condições socioeconômicas (DEODATO, 2007).

Santos et al. (2009) afirmam que, a partir da terceira década de vida, observa-se aumento significativo na incidência de doença venosa crônica, atingindo o indivíduo em plena fase produtiva e afetando diretamente sua capacidade de trabalho. Em estudo de Costa et.al., (2012), 72,5% dos homens pesquisados, com idades entre trinta e sessenta anos, apresentavam IVC, confirmando que a fase mais produtiva, terceira década de vida, foi a mais afetada pela IVC.

Além do impacto na saúde e no aspecto econômico, a presença da lesão ocasiona também uma profunda alteração nas atividades de vida diárias dos indivíduos acometidos, pois a presença de dor, as limitações na mobilidade, as alterações do padrão de sono e repouso, as alterações na autoimagem e a incapacidade de desempenhar a atividade laboral interferem no desenvolvimento dessas atividades, levando ao isolamento social (FONSECA et al., 2012).

Nesta perspectiva, os indivíduos acometidos por UV têm sua qualidade de vida prejudicada por diversos fatores, entre eles o odor desagradável, a exsudação abundante, a dor, a redução da mobilidade, a diminuição do sono, o isolamento social, o longo tempo para a cicatrização da úlcera e uma rotina de cuidados diários dos curativos, consultas e visitas constantes aos serviços de saúde (SELLMER et al., 2013; CARVALHO et al., 2013).

Os fatores estéticos são significativamente relevantes para este cliente, pois a maioria convive diariamente com o uso de ataduras, meias e outros dispositivos de uso contínuo, que destoam da aparência normal do indivíduo. Além dos fatores visuais, existem os que afetam outros sentidos, como o do olfato. O odor exalado pela ferida retrai a pessoa do convívio social, e ocorre o isolamento dos amigos, familiares, pois muitos temem o preconceito (SILVA et al., 2009, p. 892).

No que diz respeito ao homem, os padrões da imagem masculina construídos socialmente estão pautados em um corpo saudável, forte e apto para os papéis estabelecidos de trabalhador e de chefe de família; ademais, ele deve ser sexualmente ativo e projetar uma imagem de um homem que não se deixa abater por doenças (SILVA et al., 2013).

Diante de tais pressões e expectativas sociais depositadas sobre a população masculina adulta, muitas vezes as imagens idealizadas se opõem à realidade do corpo enfermo que apresenta uma lesão, distanciando-se dos padrões estéticos vigentes (CARVALHO et al., 2013). O cotidiano do homem que convive com a uma ferida é demarcada por características que exteriorizam a sua condição de saúde, afetando assim sua imagem corporal e a percepção que o outro tem dele. Somado a isso, evidencia-se a ocorrência das características provenientes da ferida, as quais trazem reflexos no seu processo de socialização (SILVA et al., 2013).

A ferida modifica o padrão da imagem, alterando o modo de viver e de se relacionar. Assim, a imagem corporal projetada pelo social e a percepção que o homem tem de si poderão culminar em sentimentos negativos, tais como baixa autoestima, depressão e ansiedade, levando-o ao isolamento social (SILVA et al., 2013; SILVA; MOREIRA, 2011).

A baixa qualidade de vida tem como fator a própria desvalorização pessoal, em que o indivíduo portador de IVC, por apresentar alterações tegumentares e dor, passa a ter um distúrbio da autoimagem, o que leva a um comprometimento da vida social e a implicações emocionais. A interpretação da qualidade de vida depende da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos, estando diretamente ligada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida.

A profissão constitui um dado importante que deve ser destacado. Profissões nas quais o trabalhador permanece na posição ortostática por longos períodos ou expostos a temperaturas elevadas, muitos desses sem pausa para descanso e com jornadas laborativas extensas, são consideradas potencialmente de risco (BORGES, 2005).

Em estudo de Costa et al. (2011), houve predomínio da IVC em homens na faixa etária entre trinta e quarenta anos. Segundo os dados em relação à permanência prolongada em determinadas posturas durante a atividade laborativa, em onze entrevistados do sexo masculino, foi encontrada uma maior incidência do ortostatismo em quatro deles (36%); a posição sentada com pendência de membros inferiores em três (27%); e a alternância de posturas outros quatro (36%) desses homens. Sendo assim, atividades que exigem do trabalhador uma permanência em pé ou sentado por longos períodos contribuem de forma significativa para o desenvolvimento e manutenção da IVC e para o surgimento e cronicidade das UV.

Tendo em vista os sinais e sintomas decorrentes da lesão e a necessidade de terapêuticas prolongadas, o indivíduo com UV precisa com frequência afastar-se das atividades laborativas, afetando assim sua produtividade e, muitas vezes, ocasionando elevado absenteísmo e aposentadorias precoces por invalidez. Associado a isso, restringem-se as atividades de vida diária e de lazer, reduzindo o prazer nas atividades cotidianas (NUNES et al., 2006; SALOMÉ; FERREIRA, 2012).

O tratamento das lesões é prolongado e requer constantes trocas de curativos, causando transtornos clínico-funcionais e estéticos. O constrangimento e a vergonha configuram-se como sentimentos presentes na vida desses indivíduos, levando à segregação social (SILVA, MOREIRA; 2011).

Todos esses fatores causam importante ônus aos sistemas de saúde e previdenciário, além de interferir na qualidade de vida do paciente, seja pelos altos custos e períodos com

tratamentos contínuos, seja pela possibilidade de ausências no trabalho e o risco da perda do emprego ou pela diminuição do prazer nas atividades habituais.

Os cuidados com as úlceras demandam uma atuação interdisciplinar, com conhecimento especializado, habilidade técnica e articulação entre os níveis de complexidade de assistência do SUS; requer a participação ativa dos acometidos por tais lesões e seus familiares (TORRES et al. 2007). Logo, é necessária uma visão holística dos aspectos que influenciam o processo cicatricial, como o controle das doenças de base, dos aspectos nutricionais, do uso de medicamentos e, sobretudo, do tratamento e a prevenção de novas lesões (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

A APS por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF) apresenta um papel fundamental em relação ao atendimento à úlcera venosa (UV), pois seu objeto de trabalho é a família e suas relações com o meio, numa perspectiva de assistência integral, contínua e com resolutividade e qualidade no que diz respeito às necessidades de saúde da população adscrita (FIGUEREDO; ZUFFI, 2012). E ainda é nesse nível de atenção que tem sido o principal campo de empregabilidade do enfermeiro no SUS, no qual a sua atuação é determinante para os avanços e consolidações obtidas (SILVA et al., 2012)

Neste sentido, a enfermagem é uma categoria profissional que está mais envolvida com a população usuária dos serviços de saúde, pois, além da atenção individualizada dada – seja no acolhimento, nas consultas e nas práticas assistenciais –, também participa de grupos de educação em saúde e de visitas domiciliares, atuando de forma preventiva nos agravos e promotora da saúde, contribuindo para a detecção do diagnóstico precoce da doença e da lesão (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

Segundo Figueiredo e Zuffi (2012), de treze enfermeiros das equipes de ESF, oito demonstraram conhecimento insuficiente em relação à etiologia da UV, confundindo as lesões dessa natureza com outras etiologias, como as arteriais e as úlceras por pressão. Constata-se assim uma insuficiência no conhecimento desses sujeitos sobre os cuidados necessários as pessoas com UV. Essa problemática pode contribuir para prolongar o tempo de cicatrização e aumentar as chances de recidiva, sobrecarregando outros níveis de atenção e complexidade, e ocasionando inclusive internações hospitalares.

Em relação à população masculina, o enfermeiro deve saber reconhecer os fatores de ordem biopsicossocial, econômica e cultural considerando as diversidades específicas relacionadas ao gênero. Isso favorecerá o estabelecimento de estratégias inclusivas e

prioritárias na promoção à saúde, com o objetivo de permitir a visibilidade da população masculina mediante ações mais efetivas para o cuidado da saúde (SANTANA et al., 2011).

Ademais, a própria qualificação profissional da área de enfermagem sofre uma persistente feminilização, dificultando o aprofundamento das reflexões e debates sobre o processo saúde-doença da clientela masculina e, por sua vez, a efetivação de uma adequação do Sistema de Saúde para assistir aos homens (SILVA et al., 2012).

Fonseca et al. (2012) ressaltam que é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento a respeito do ambiente e do contexto sociocultural em que o paciente vive, o suporte social existente, a profissão que desempenha e os seus hábitos de vida. Por outro lado, por diversos fatores – como a presença de dor, o desconforto, a desmotivação, o isolamento social, o insuficiente apoio social e a ausência de um estilo de vida saudável – muitos pacientes acabam não aderindo ao tratamento. Portanto, a atuação do enfermeiro não deve ser isolada, pois o cuidado desse tipo de doença revela-se mais efetivo se for executado em equipe multidisciplinar.

Assim sendo, para melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora de ferida de perna é necessário amparo e estímulo para poder superar as dificuldades do ambiente na sociedade, quer seja lazer, trabalho, fortalecimento físico, psíquico e emocional (LUCAS et al., 2008 p. 45).

O perfil do egresso dos cursos de enfermagem descrito nas diretrizes curriculares é de um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Logo, pretende-se que o profissional seja qualificado para o exercício de enfermagem, tendo como base o rigor científico e intelectual e pautando-se em princípios éticos; ele ainda deve ser capaz de, em nível regional e nacional, conhecer e intervir sobre os processos de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes (RIBEIRO et al., 2014; SILVEIRA; PAIVA, 2011). Sabe-se que as úlceras crônicas de perna fazem parte de um conjunto de doenças crônicas, cuja incidência gradativamente aumenta em todo o mundo; portanto, o enfermeiro deve capacitar-se para assistir a pessoas com esta problemática de saúde de forma resolutiva e segura.

Ademais, ao analisar os dados referentes à interferência da ferida na vida de pessoas acometidas por tal problemática, há um destaque relacionado às atividades profissionais, ou seja, com o trabalho em si. Assim, os autores indicam que é importantíssimo que os profissionais de saúde, principalmente os de enfermagem, atentem para a questão do trabalho,

ou seja, as atividades profissionais que executam e as interferências da lesão durante a jornada laborativa, para que o planejamento e a execução dos cuidados sejam de fato eficazes e eficientes (LUCAS et al., 2008).

É por meio do trabalho que o indivíduo busca o equilíbrio físico, mental e social, obtendo, como consequência, a satisfação com a vida. Assim, não se pode deixar de correlacionar a qualidade de vida com o trabalho, não apenas pelos aspectos financeiros, mas principalmente pela problemática envolvida, como a presença da ociosidade, o sentimento de inutilidade e a desvalorização, podendo refletir em sentimentos de ser um fardo para os familiares (LUCAS et al., 2008).

2 METODOLOGIA

2.1 Caracterização do estudo

De acordo com Minayo (2006), a metodologia de pesquisa inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o potencial criativo do investigador. Segundo a mesma autora, a metodologia deve dispor de um instrumental coerentemente elaborado e capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática. Nesta perspectiva, e considerando também a especificidade do objeto deste estudo, optou-se pela pesquisa de natureza qualitativa, do tipo descritivo-exploratório.

Para Triviños (2007), a pesquisa qualitativa permite conhecer o ambiente, o contexto no qual os indivíduos desenvolvem seus modos de vida e realizam suas ações, com as características físicas e sociais que imprimem aos sujeitos traços peculiares que serão desvendados à luz do entendimento dos significados que ele estabelece.

A abordagem de natureza qualitativa deve ser empregada em casos nos quais há necessidade de maior aproximação e aprofundamento com o universo de significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores daqueles fenômenos que se quer investigar. Esse conjunto de fenômenos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida (MINAYO, 2010).

A pesquisa descritiva procura alinhar as características de uma população ou fenômeno, levantando opiniões, atitudes e crenças de um determinado grupo possuidor de características comuns. Esse tipo de pesquisa pode ser utilizado para proporcionar uma nova visão a respeito do problema encontrado (GIL, 2008). Para Triviños (2007), a pesquisa descritiva busca explorar uma situação ainda não conhecida, descrevendo os fatos e fenômenos que se desejam investigar.

O estudo qualitativo em geral é descritivo, uma vez que se preocupa com os indivíduos em seu ambiente natural em toda a sua complexidade, e baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e definida por seus atores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa exploratória objetiva desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos; seu objetivo é proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo. O produto final deste processo passa a ser um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimento mais sistematizado (GIL, 2008).

Considerando i) que o objeto deste estudo tratou do sentido do trabalho para homens com úlceras venosas e ii) que se desejou explorar e descrever com profundidade o que pensam e sentem os homens em relação tanto à inserção, à manutenção e/ou à vivência no mundo do trabalho, quanto à existência de uma lesão que poderia dificultar e impedir a atividade laboral, a pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória foi um caminho metodológico que se mostrou adequado a apreensão do objeto.

2.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em dois cenários distintos: um Ambulatório de Curativos de um hospital universitário e um Ambulatório de Cirurgia Vascular de uma policlínica especializada.

O hospital onde se situa o Ambulatório de Curativo é de grande porte, público, localizado no município do Rio de Janeiro. Ele oferece serviço de saúde em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, sendo classificado como de alta complexidade. Por ser um hospital universitário, é campo de ensino para acadêmicos e profissionais da saúde em processo de capacitação, oferecendo, assim, oportunidades de estágios e de aulas práticas. Possui cerca de 520 leitos, distribuídos nas áreas clínicas, cirúrgicas, unidades fechadas e de apoio, além da recuperação anestésica. Possui também uma unidade ambulatorial, em prédio anexo, na qual funcionam os serviços de atenção especializada, dentre eles o Ambulatório de Curativos (CUNHA, 2010).

O segundo cenário foi o Ambulatório de Cirurgia Vascular de uma policlínica que oferece atendimento secundário, de caráter especializado. Essa policlínica também pertence à mesma universidade pública citada quando se descreveu o hospital. Trata-se de uma unidade que oferece atendimento ambulatorial em 27 especialidades. Conta com centro cirúrgico

ambulatorial voltado para cirurgias de pequeno e médio portes, laboratórios acadêmicos, atendimento diagnóstico e terapêutico, programas e projetos com foco para a medicina preventiva.

O Ambulatório da Cirurgia Vascular atende pacientes encaminhados pelo Sistema de Regulação (SISREG) e também pelo referido hospital. Desenvolve vários tipos de atendimento médico especializado, tais como endovascular, carótida, pé diabético, varizes, IVC e UV. As consultas de enfermagem são pré-operatórias e de avaliação da evolução das feridas. Nessa consulta de avaliação, realiza-se a troca de curativos em pacientes com úlceras de perna, especificamente as de origem vasculogênicas.

A escolha desses locais deu-se devido à facilidade de acesso associado à especificidade no atendimento a pessoas com feridas de diversas etiologias. O enfermeiro, nessa especificidade, tem papel fundamental e exerce suas atividades profissionais de forma autônoma e com o conhecimento qualificado. Além disto, ambos são campos de estágios da Pós-Graduação em Enfermagem em Estomatoterapia da Faculdade de Enfermagem da UERJ; sendo assim, já se tinha um conhecimento prévio acerca da rotina de atendimento, das características da organização do trabalho e dos profissionais que ali atuavam, facilitando assim, a coleta de dados.

Cabe esclarecer que a escolha de dois cenários distintos fundamentou-se no fato de que os estudos epidemiológicos apontam que as úlceras de origem venosa são mais comuns na população idosa e no sexo feminino. Assim, recebeu-se que não houvesse homens com úlceras venosas em número suficiente para uma rica coleta de dados. Optou-se, então, por coletar nos dois cenários a fim de captar um maior quantitativo de participantes.

2.3 Participantes do estudo

Os participantes foram homens com diagnóstico médico de úlceras de origem venosa, tendo como critérios de inclusão: I) ter a lesão há mais de um ano, independente se houve recidiva; II) ser do sexo masculino; III) ter 18 anos completos; IV) ser ou ter sido trabalhador em algum momento de sua vida; e V) ter desenvolvido a lesão no período em que estava trabalhando. Já os critérios de exclusão foram: I) apresentar algum déficit cognitivo; II)

possuir alguma limitação permanente para o trabalho; III) ter desenvolvido a lesão na fase da aposentadoria; e IV) ter úlcera mista.

Vale ressaltar que antes de selecionar os participantes da pesquisa foi realizado contato com as enfermeiras dos setores anteriormente mencionados para que elas apontassem os homens com o diagnóstico médico de UV, facilitando assim, uma seleção previa de possíveis participantes do estudo. Em seguida, consultaram-se os prontuários dos homens identificados pelas enfermeiras a fim de confirmar a inclusão dos mesmos nos critérios de seleção da pesquisa. Assim, considerando os critérios e o tempo para a coleta de dados, obtiveram-se 22 participantes, dez no Ambulatório de Curativos e 12 no Ambulatório de Cirurgia Vascular.

2.4 Instrumento de Coleta de Dados (ICD)

Para desenvolver a proposta de investigação utilizou-se a entrevista individual do tipo semiestruturada. Para Rampazzo (2004, p. 110), “a entrevista é um encontro entre duas pessoas a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional.” E, segundo Gil (2008), a entrevista permite que o investigador se apresente ao investigado fazendo perguntas com o intuito de obter dados que interessem à pesquisa.

A entrevista é uma técnica utilizada quando o pesquisador tem interesse em interagir com o entrevistado e captar suas emoções, gestos e reações. Para Gil (2008), na entrevista ocorre interação social entre dois indivíduos: um que busca coletar dados e outro que é a fonte da informação. É considerada excelente técnica na investigação de informações profundas em relação ao comportamento humano.

Escolheu-se a entrevista por ela possibilitar ao pesquisador articular a entrevista com perguntas previamente formuladas e também abordar livremente o tema em profundidade, favorecendo um diálogo intenso, correspondido entre entrevistador e informante (MINAYO, 2006). Triviños (2007, p. 146), ao analisar as vantagens da entrevista, afirma o seguinte:

Podemos entender por entrevista semiestruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à

pesquisa, e que, em seguida, oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências, dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

O roteiro de entrevista foi composto de duas partes. A primeira caracterizou-se por perguntas fechadas que permitiram configurar o perfil socioeconômico e laboral da população masculina e os aspectos relacionados à lesão. A segunda parte foi formada com questões que suscitaram as entrevistas discorrer acerca do objeto de estudo (APÊNDICE A).

A coleta de dados ocorreu entre abril e julho de 2015, após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética. O tempo médio de duração das entrevistas foi de vinte minutos; as entrevistas foram gravadas por meio de um gravador digital (MP5 player) e, posteriormente, transcritas. Somente a pesquisadora e a orientadora do estudo tiveram acesso às entrevistas na íntegra. Todas as informações decorrentes dessas entrevistas estão arquivadas com a pesquisadora e ficarão armazenadas por um prazo de cinco anos. Após esse tempo, serão destruídas.

Algumas situações dificultaram o desenvolvimento das entrevistas. A primeira foi o retardo na obtenção do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP); a segunda, a dificuldade em encontrar os pacientes, pois os intervalos de atendimento dos pacientes, especificamente no Ambulatório de Curativos, era de 15 a 30 dias, agravado pelo fato de que alguns pacientes faltavam a consulta. Já no Ambulatório da Cirurgia Vascular, houve uma mudança no perfil de ingresso dos pacientes para atendimento, pois o serviço objetivou atender a pacientes com perfil cirúrgico. Neste sentido, os pacientes que estavam sendo acompanhados anteriormente às entrevistas somente para troca de curativos tiveram alta do ambulatório, sendo encaminhados para unidade básica de saúde de origem, diminuindo, assim, o quantitativo de homens que poderiam ser participantes do estudo.

Além disto, durante o período de coleta de dados, foi interrompida a entrada de novos pacientes via SISREG da instituição por três meses, diminuindo consideravelmente os pacientes masculinos que poderiam ser entrevistados. Outra problemática foi que os dois cenários atendiam os pacientes com úlceras venosas nos mesmos dias: as terças-feiras e quintas-feiras, limitando a coleta a dois dias na semana, os quais tinham que ser divididos entre os dois cenários, ou seja, um dia da semana para cada cenário.

É importante destacar que no início da coleta percebi certo incômodo por parte dos entrevistados em responder algumas questões, principalmente para os participantes que estavam pelo auxílio-doença, como se as perguntas fossem uma ameaça ao benefício, mesmo sendo explicitado que o estudo não traria nenhuma maleficência aos entrevistados. Então, para conseguir uma aproximação com os participantes, procurei estar presente durante as consultas de enfermagem e nas trocas de curativos, juntamente com a equipe, como uma forma de criar uma empatia e confiança.

2.5 Aspectos éticos da pesquisa

A fim de atender as exigências éticas pela Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que normatiza as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012), o projeto de pesquisa foi cadastrado no *site* da Plataforma Brasil e aprovado pelo CEP da UERJ, sob o protocolo nº 993.194.

Considerando as diretrizes contidas na referida Resolução, cada participante da pesquisa recebeu e assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), que estabelecia condições para que manifestassem sua aceitação ou recusa em participar da pesquisa, mostrando-lhes que a recusa não traria quaisquer prejuízos, além de garantir o anonimato, a liberdade e o sigilo nas informações a serem divulgadas por meio desta pesquisa (BRASIL, 2012).

A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL, 2012) indica que o consentimento deve ser expresso por escrito, em duas vias, assinadas pelo pesquisador e pela pessoa autônoma ou por seu protetor legal, no caso das pessoas com autonomia reduzida. Desta maneira, foi explicado aos participantes do estudo sobre a voluntariedade na pesquisa e a possibilidade de abandono sem riscos, consequências e/ou prejuízo. Também lhes foi garantido o anonimato e o caráter confidencial dos registros, bem como assegurada a autorização para divulgação posterior aos depoimentos somente para fins acadêmicos e científicos.

A fim de manter o anonimato e com a finalidade de impedir qualquer tipo de ligação entre o conteúdo das entrevistas e os entrevistados nas descrições dos resultados, adotou-se o

procedimento de criar um código de letras e números para identificar os fragmentos de fala apresentados no capítulo de análise dos dados. Assim, os trechos das entrevistas, à medida que fossem descritos, eram codificados com H1, H2, H3 sucessivamente, seguindo uma ordem cronológica das transcrições das entrevistas.

2.6 Técnica de análise dos dados

A análise dos dados aconteceu por meio de dois procedimentos. O primeiro foi adotado para analisar os dados advindos da primeira parte do instrumento de coleta, que visava descrever informações referentes aos aspectos sociodemográfico, profissional e da lesão. Ou seja, adotou-se a estatística simples descritiva para conhecer os percentuais referentes às características pessoais (sexo, estado civil, idade, escolaridade), às características profissionais (tipo de vínculo empregatício, categoria profissional, renda atual, dentre outros quesitos) e à caracterização da ferida (tempo de lesão, quantitativo de feridas, tempo de tratamento, dentre outros).

A segunda parte da análise dos dados diz respeito às questões abertas contidas no instrumento de coleta de dados. Essas informações foram transcritas, analisadas e interpretadas à luz da análise temática de conteúdo (BARDIN, 2011), conjunto de técnicas de análise das comunicações as quais visam obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção dessas mensagens (OLIVEIRA, 2008). Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo presta-se à compreensão do sentido da comunicação, mas também desvia o olhar analiticamente para outra significação, outra mensagem entrevista através ou ao lado da mensagem primeira, que pode ser de natureza psicológica, sociológica, política e histórica.

Para Minayo et al. (2010), as informações agrupadas para a construção de categorias têm uma conotação classificatória, sendo essas categorias divididas em três fases:

a) 1ª fase: pré-análise

- Leitura flutuante: leitura exaustiva dos dados obtidos a serem analisados, estabelecendo com eles um contato, com o objetivo de conhecer o texto, deixando-se “invadir por impressões e orientações” (BARDIN, 2011, p.126);
- Constituição do corpus: validação do material a ser analisado, respeitando as seguintes normas: exaustividade, contemplando a representação do universo pretendido; homogeneidade, obedecendo a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores; e pertinência, reconhecendo a pertinência dos documentos analisados aos objetivos do trabalho;
- Formulação de hipóteses e objetivos: determinação do que se espera encontrar, sabendo que esses pressupostos podem mudar na medida em que a fase exploratória for sendo realizada.

b) 2ª fase: exploração do material

- Período em que se estabelece a unidade de registro, que corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial. Essa unidade de registro pode ser representada por uma palavra, uma frase, um tema. Em seguida, escolhem-se as regras de contagem, de acordo com a classificação e com o agrupamento dos dados.
A exploração do material é mais longa e compreende a administração sistemática das decisões tomadas (BARDIN, 2011).

c) 3ª fase: tratamento dos resultados obtidos

- Momento em que os resultados anteriormente classificados e agrupados são submetidos a operações estatísticas a partir das regras de contagem estabelecidas na fase anterior, enfatizando informações obtidas.

Após a conclusão dessas fases, as categorias foram tratadas por meio de análise temática de conteúdo, caracterizada por um conjunto de técnicas de análise das comunicações a fim de se obterem i) procedimentos sistemáticos da descrição do conteúdo das mensagens e

ii) indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2011).

A elaboração das categorias contou com a seleção de um total de 1.023 unidades de registros (UR), representadas por quatorze unidades de significação/temas (APÊNDICE C). A partir disso, foram elaboradas quatro categorias de análise, que assim foram intituladas (APÊNDICE D):

- a) Sentimentos dos homens com UV e as repercussões biopsicossociais da ferida;
- b) A vivência laboral de homens com UV: frustração, medo e dor;
- c) Complexidade do mundo do trabalho: aspectos legais e o cotidiano laboral dos homens com UV;
- d) Os serviços de saúde e o atendimento aos homens com UV.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS DADOS

Antes de apresentar a análise e discussão dos dados referentes às categorias que emergiram a partir da aplicação da técnica da análise temática de conteúdo, optou-se por apresentar a caracterização sociodemográfica, profissional e das UV dos participantes do estudo, já que esses dados enriquecem a discussão das categorias, bem como fornecer um breve perfil dos participantes.

A tabela 1, apresentado a seguir, exhibe os dados relacionados às características sociodemográficas dos homens entrevistados, no que diz respeito à idade, estado civil, escolaridade, renda familiar e pessoas que residem no mesmo domicílio.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes. Rio de Janeiro – RJ,
2015 (N=22) (Continua)

Variáveis	N	Frequência
Faixa Etária		
30-39 anos	02	9,1%
40-49 anos	03	13,6%
50-59 anos	08	36,4%
60-69 anos	06	27,3%
70-79 anos	03	13,6%
Total	22	100%
Estado Civil		
Casado	12	54,6%
Solteiro	05	22,7%
Divorciado	04	18,2%
Viúvo	01	4,5%
Total	22	100%
Escolaridade		
Analfabeto	01	4,5%
Ens. Fund. Inc.	13	59,1%
Ens. Fund. Comp.	03	13,6%
Ens. Médio Comp.	05	22,8%
Total	22	100%

Fonte: A autora, 2015.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes. Rio de Janeiro - RJ,
2015 (N=22) (Conclusão)

Contribuintes na residência		
01	12	54,5%
02	05	22,7%
03	01	4,5%
Não	04	18,1%
Total	22	100%
Renda familiar		
1 a 3 Salários mínimos	18	81,8%
Acima de 03 Salários mínimos	04	18,2%
Total	22	100%

Fonte: A autora, 2015.

Foram entrevistados 22 homens (H1 a H22) nos dois ambulatórios, dez no Ambulatório de Curativos e doze no Ambulatório de Cirurgia Vascular. A idade desses entrevistados variou entre 31 a 76 anos, subdividida em cinco faixas etárias: 30-39 anos (dois entrevistados, 9.1%); 40-49 anos (três entrevistados, 13.6%); 50 a 59 anos (oito entrevistados, 36.4%); 60 a 69 anos (seis entrevistados, 27.3%); e 70-79 anos (três entrevistados, 13.6%).

Constata-se então que aproximadamente 60% dos entrevistados têm sessenta anos ou menos, ou seja, não eram classificados como idosos e estavam dentro da faixa produtiva. Esse dado está em consonância com o estudo de Malaquias et al. (2012), no qual foi encontrada uma prevalência de 59% de homens com úlceras de origem venosa na faixa etária abaixo de cinquenta anos. Em Costa et al. (2012), também há um predomínio da doença venosa crônica na faixa etária entre trinta e quarenta anos na população masculina. Ademais, pode-se ainda citar Torres et al. (2013, p. 76):

As úlceras de origem venosas são relativamente comuns na população adulta e causam significativo impacto social e econômico devido à natureza recorrente, incapacitante e à necessidade de terapêuticas prolongada.

Esse dado é importante, visto que se verifica no presente estudo uma tendência de modificação da faixa etária, principalmente na fase produtiva. Faz-se relevante ressaltar que o surgimento de uma ferida é o auge de uma série de eventos deletérios e do ausente ou deficiente controle efetivo da hipertensão venosa. De modo particular, o adoecimento e as limitações para o gênero masculino não condizem com o papel atribuído a ele na nossa

cultura, contribuindo para dificuldades de adesão, manutenção e adaptação ao tratamento, ao contrário da mulher, que é instruída a observar o seu corpo e a cuidar de si (MARTINS et al., 2012). Esse fato pode ser um fator para que a problemática se desencadeie mais precocemente na população masculina.

Em relação ao estado civil dos participantes, doze (54,6%) entrevistados eram casados, cinco (22,7%), solteiros, quatro (18,2%), divorciados e 01 (4,5%), viúvo. Esse resultado corrobora os achados do estudo de Angélico et al. (2012) e Silva e Moreira (2011), em que a maioria dos seus participantes residia com um(a) companheiro(a), seja por meio de casamento ou união estável. Isso pode ser considerado um fator positivo, pois confere suporte emocional para enfrentar as adversidades da doença e da lesão, fornece ajuda nos cuidados com os curativos e auxilia no desenvolvimento das atividades diárias e nas questões econômicas referentes às despesas do lar e com o tratamento da enfermidade.

Verificou-se que a escolaridade dos homens entrevistados variou entre analfabeto e ensino médio completo, tendo como configuração estatística a seguinte distribuição: um analfabeto (4,5%); treze com Ensino Fundamental incompleto (59,1%); três com Ensino Fundamental completo (13,6%); e cinco com Ensino Médio completo (22,8%). A baixa escolaridade encontrada no estudo é uma constante em outras pesquisas que investigaram pessoas com úlceras de perna de origem venosa (SILVA et al., 2013; MALAQUIAS et al., 2012; MACEDO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2012). A partir desse achado, pode-se conjecturar sobre a forma como será desenvolvido o processo de orientação para o autocuidado, a partir da apreensão de alguns estilos de vida que essas pessoas podem adotar e que, por sua vez, podem interferir na cicatrização da lesão e sobre uma possível dificuldade de acesso e/ou adesão ao tratamento.

Assim, para os autores Torres et al. (2012) e Angélico et al. (2012), o nível de escolaridade é um importante elemento quando se quer planejar e ter êxito no tratamento de UV. Nesse sentido, ainda de acordo com os mesmos autores, um baixo nível de escolaridade em pessoa com UV pode não somente vir a dificultar o acesso aos serviços de saúde, mas também interferir diretamente na compreensão e assimilação dos cuidados que serão orientados pelos profissionais de saúde. Ademais, também é importante estar atento à necessidade de modificação de condutas e atitudes no que diz respeito ao autocuidado e comportamento saudável, a partir da influência da escolaridade e do nível cultural de pessoas com UV.

Em relação à renda familiar, dezoito (81,8%) entrevistados relataram que a renda da família era de aproximadamente um a três salários mínimos, e quatro (18,2%) referiram uma renda familiar acima de três salários mínimos. Esse achado se aproxima dos resultados das pesquisas de Silva e Moreira (2011) e Frade et al. (2005), nas quais se encontrou a predominância de uma renda mensal maior que um salário mínimo, que na fase de coleta de dados o salário mínimo era de R\$ 780,00.

Deve-se levar em consideração que quase metade dos entrevistados afirmou não estar exercendo nenhuma atividade remunerada, ou seja, sobrevivia de auxílio-doença, de aposentaria por invalidez ou com ajuda de familiares que residiam no mesmo domicílio. Assim, há de se problematizar que tais fontes de renda não devem ser adequadas para suprir as inúmeras despesas do dia a dia de alguém acometido com UV considerando inclusive os gastos com coberturas das feridas, pelo fato de serem lesões exsudativas que necessitam trocas constantes, além de o serviço de saúde nem sempre disponibilizar o quantitativo suficiente para a realização da troca em domicílio.

Ainda dando segmento a configuração familiar, em relação ao quantitativo de pessoas que trabalham na residência, doze (54,5%) homens entrevistados relataram que somente uma pessoa da casa trabalhava; cinco (22,7%) referiram que duas pessoas da família trabalhavam; uma (4,5%) relatou que três pessoas na casa tinham emprego; e quatro (18,1%) participantes declararam que ninguém da família trabalhava, dentre os quais três eram aposentados por invalidez e um recebia auxílio-doença. Esse dado permite constatar quantos membros da família subsidiavam financeiramente o lar. A presença de mais de uma pessoa da família na composição familiar pode reforçar não somente o apoio emocional, mas também o financeiro.

Em diversos estudos com dados da caracterização dos entrevistados encontraram-se níveis baixos de escolaridade e de renda. Diante dos achados apreendidos, é possível prever que há associação entre esses fatores e a manutenção e agravamento da UV, podendo-se supor que eles contribuem fortemente para a cronicidade dessas feridas.

Desse modo, faz-se importante identificar as condições econômicas e educacionais do indivíduo a fim de subsidiar o enfermeiro a planejar uma proposta de intervenção não centralizada apenas na lesão, mas no indivíduo com suas características e necessidades, favorecendo na adesão e continuidade do tratamento proposto.

Dando continuidade à caracterização dos participantes, no que diz respeito às atividades laborativas foi realizado um breve perfil desses trabalhadores com relação ao vínculo empregatício.

Tabela 2 – Perfil de identificação dos vínculos empregatícios. Rio de Janeiro – RJ, 2015 (N=22)

Variável	N	Frequência
Trabalha		
Sim	12	54,5%
Não	10	45,6%
Total	22	100%
Vínculo Empregatício		
Autônomo/Carteira assinada	05	41,6%
Auxílio doença/trabalhador informal	02	16,7%
Aposentado por Invalidez	03	25%
Aposentado por tempo de serviço	02	16,7%
Total	12	100%
Beneficiários do INSS		
Auxílio doença	05	22,7%
Aposentadoria por invalidez	10	45,4%
Total	15	100%

Fonte: A autora, 2015.

Dos 22 entrevistados, doze (54,5%) estavam trabalhando no momento da coleta dos dados e dez (45,6%) não exerciam atividade laborativa. Dentre os doze que se estavam trabalhando, cinco (41,6%) encontravam-se inseridos no mercado formal ou eram autônomos, dois (16,7%) estavam com auxílio-doença, dois (16,7%) estavam aposentados pelo tempo de serviço e três (25%) eram aposentados por invalidez. Ademais, sete (58,3%) participantes, mesmo recebendo o auxílio-doença ou que estando aposentados, realizavam atividades laborativas devido às necessidades financeiras por conta de ter que complementar a renda.

Destaca-se que quinze (68%) participantes estavam afastados do trabalho e recebiam auxílio-doença ou já se encontravam aposentados por invalidez. Ou seja, há de se enfatizar que essa patologia causa importante ônus aos sistemas de saúde e previdenciários, além de interferir na qualidade de vida dessas pessoas, pois elas deixam de receber o salário, que muitas vezes é maior que o auxílio. Autores salientam que o afastamento do trabalho é uma

constante na vida da pessoa com UV, provocando sérias implicações de cunho econômico, social e psicológico, além de gerarem aposentadoria por invalidez (ABBADE, LASTÓRIA; 2006; SALOMÉ, FERREIRA; 2012b).

De acordo Belczak et al. (2011), Reis et al. (2013) e o Anuário Estatístico da Previdência Social (2012), a IVC é a 14ª causa de afastamento temporário do trabalho e a 32ª causa de afastamento definitivo. Trata-se de uma doença que onera os cofres públicos, principalmente pelo tratamento longo devido às recidivas. Diante dessa problemática, torna-se evidente a importância da visão holística e do elevado conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde, a fim de tratar a lesão no sentido da rápida cicatrização, bem como adotar estratégias que diminuam as recidivas (REIS et al., 2013).

Sendo uma doença extremamente relevante, a doença venosa crônica acomete diferentes faixas etárias, afetando diretamente os níveis socioeconômicos, pois pode retirar o indivíduo de suas atividades normais, como o trabalho, e pode chegar a ponto de provocar a aposentadoria precoce desse indivíduo que se encontra em fase produtiva (SANTOS et al., 2009, p. 144).

A informalidade esteve presente nos relatos dos entrevistados. Nesse sentido, cabe lembrar que caso a pessoa não contribua para a Previdência Social, não terá garantia de renda no caso de acidente ou doença. O trabalhador informal nem mesmo dispõe da aposentadoria por não conseguir comprovar o tempo de serviço. Assim, há de se refletir que se para quem possui os direitos trabalhistas decorrentes da contribuição à Previdência já está difícil, então para quem subsiste materialmente a partir do vínculo informal, essa situação torna-se ainda mais perverso, pois se o indivíduo trabalhar ele garante seus proventos, mas se for impedido, por exemplo, devido a problemas de saúde, ele estará abandonado à própria sorte.

Para a população masculina, o trabalho tem uma grande importância social, perpassando pela questão de gênero, pois os homens se veem como protetores e provedores da família, apesar da elevada inserção da mulher no mercado de trabalho (SANTOS, 2007). Ausentar-se do trabalho é uma condição de difícil aceitação para eles, que podem correr o risco da perda do emprego, colocando assim em risco a subsistência econômica.

Dentre os cinco entrevistados que trabalhavam e não estavam recebendo o auxílio-doença ou que não estavam aposentados por invalidez, somente dois (40%) apresentavam empregos formais, ou seja, com carteira assinada e tendo direitos trabalhistas garantidos. Os

três (60%) participantes restantes que compunham esse universo responderam estar trabalhando, porém inseridos no mercado informal como autônomos.

Em um mundo globalizado e neoliberal, no qual cada vez mais a tecnologia vem assumindo a parte mecânica da produção e fazendo com que a mão de obra seja substituída por equipamentos, constatam-se a diminuição dos postos de trabalho e o aumento da disputa e da competitividade no e pelo mundo do trabalho. Dentre as principais características dessa nova realidade, estão a redução estrutural dos postos de trabalho e a precarização dos vínculos trabalhistas, a flexibilização da organização do trabalho, a dinamização das tarefas e das atividades e a consequente necessidade de maior qualificação e polivalência dos trabalhadores. Deste modo, o mercado informal é a solução para garantir o sustento daqueles que estão sem emprego (ANTUNES, 2008; LOPES, 2009).

Quanto às atividades laborativas que os participantes exerceram em algum momento das suas vidas e/ou que desenvolviam no momento da coleta, captou-se que em sua maioria eram atividades que: i) exigiam que esses homens pegassem cargas excessivas, ii) exigiam que eles se mantivessem por longos períodos em posição ortostática, iii) possuíam extensa jornada de trabalho e iv) eram executadas por pessoas com baixa escolaridade. Muitos desses fatores contribuem significativamente para o desenvolvimento e manutenção da úlcera venosa.

Atividades laborativas que exigem do trabalhador a permanência por longos períodos em pé ou sentado, principalmente aquelas que possuem elevada carga horária diária, contribuem para o desenvolvimento e manutenção das doenças venosas crônicas e são tidas como fator de agravamento e de risco para a IVC (COSTA et al. 2012).

Na tabela apresentada a seguir, estão explicitados aspectos que envolviam a(s) lesão(ões) dos participantes, tais como o tempo da lesão venosa, o quantitativo de lesões, a quantidade de vezes que a lesão cicatrizou e abriu novamente, a quantidade de membros inferiores atingidos e a necessidade de se afastarem do trabalho por conta da ferida.

Tabela 3- Dados relacionados à úlcera venosa. Rio de Janeiro – RJ, 2015.

(N=22)

Variável	N	Frequência
Tempo de existência da UV		
01-09 anos	11	50,0%
10-19 anos	04	18,0%
Acima de 20 anos	07	32,0%
Total	22	100%
Quantidade de vezes ocorreu a cicatrização		
Nunca cicatrizou	06	27,4%
Entre 01 e 03 vezes	08	36,3%
Várias vezes	08	36,3%
Total	22	100%
Surgiram novas lesões		
Sim	14	64,0%
Não	08	36,0%
Total	22	100%
Quantidade de lesões atuais		
01	13	59,1%
02	07	31,8%
03 a 04	02	9,1%
Total	22	100%
Localização da ferida		
Perna D	09	41,0%
Perna E	03	13,6%
Perna D e E	06	27,3%
Pé D	04	18,0%
Total	22	100%
Afastamento do trabalho		
Sim	16	72,8%
Não	06	27,2%
Total	22	100%

Fonte: A autora, 2015.

Sobre a análise relacionada à duração da lesão, pode-se observar na Tabela 03 que o tempo de existência da ferida variou de um a trinta e quatro anos: 11 (50 %) homens apresentavam a lesão por um período de um e nove anos; quatro (18 %), de dez a dezenove anos; e sete (32 %), acima de 20 anos. Neste sentido, verifica-se uma grande

representatividade de homens com um longo tempo de permanência com a úlcera, lembrando que esse tipo de ferida tem como característica ser recorrentes.

Esse achado está em consonância com o resultado da pesquisa de Silva e Moreira (2011), em que o tempo médio de existência da ferida de origem venosa foi de 5,5 anos. Corroborando, Belkzac et al. (2011) encontraram um tempo médio de duração da úlcera de 9,53 anos; Silva et al. (2013) verificaram que os participantes do seu estudo conviviam com a ferida venosa por um período que variou de seis a trinta anos.

Assim, salienta-se que a UV é crônica e seu processo de cicatrização é demorado e difícil, trazendo transtornos clínico-funcionais e estéticos para a vida daqueles que são acometidos por esta lesão. Ademais, destacam-se os altos custos com tratamentos, as ausências na jornada laboral e as elevadas despesas com a saúde pública e a previdência, em decorrência do auxílio-doença e das aposentadorias precoces (SILVA, MOREIRA; 2011).

Alguns fatores podem contribuir para a cronicidade e a alta permanência da lesão: idade avançada, agravos como diabetes e hipertensão arterial sistêmica, má circulação, estado nutricional precário, baixa imunidade, presença de infecção, tamanho da lesão, presença de tecido desvitalizado no leito da ferida, edema no membro afetado. Ademais, citam-se outros fatores que prejudicam a cicatrização: o uso inadequado de produtos na realização dos curativos, a falta de terapia compressiva e a manutenção da hipertensão venosa durante a deambulação (OLIVEIRA et al., 2012; SANT'ANNA, 2012).

Em relação à quantidade de vezes que a lesão fechou, verifica-se que em seis (27,4%) homens, a ferida nunca fechou; em oito (36,3%), a lesão fechou entre uma e três vezes; e em oito (36,3%), a ferida fechou várias vezes. Percebe-se então a dificuldade do processo de cicatrização e o longo convívio dos homens com esse acometimento. A cronicidade e o atraso da cicatrização podem ser ocasionados por fatores tanto sistêmicos – como diabetes, a dor, o tabagismo, uso e abuso de álcool e drogas – quanto psicossociais – a falta de informação e o desconhecimento da patologia, o desconhecimento dos profissionais de saúde –, desencadeando uma diminuição na qualidade de vida (SOUZA, 2009).

Em quatorze homens (64%) incidiram outras feridas nos membros inferiores além do surgimento da primeira lesão e em oito (36%), não surgiram outras feridas nas pernas. Nunes (2006) observou que 54,1% dos entrevistados de sua pesquisa apresentaram outras lesões após a original. Sendo assim, mesmo que ocorra a cicatrização da ferida, ainda persiste o problema de base, que é a IVC. Por isso, é importante que tanto os profissionais que atuam

nos serviços prestando assistência a pessoas com feridas de diversas etiologias, quanto os indivíduos que tem esse tipo de acometimento tenham o conhecimento do uso do método compressivo, sobretudo, o elástico como uma maneira de prevenir o surgimento de novas úlceras.

Em relação à quantidade de lesões nos membros inferiores no período da coleta de dados, 13 (59,1%) homens responderam que tinham somente uma lesão no membro inferior; sete (31,8%) declararam que tinham duas lesões venosas; dois (9,1%) apresentaram três ou quatro lesões. Esse achado se aproxima do resultado da pesquisa de Malaquias et al. (2012), que evidenciaram um predomínio de lesões únicas em seu estudo. Tal resultado aponta para a importância da interação dos fatores que contribuem para a manutenção da ferida crônica, como a gravidade da alteração venosa, a dificuldade do acesso ao serviço de saúde especializado, a escassez de atendimento por uma equipe qualificada, o estilo de vida inadequado e a pouca adesão ao tratamento (MALAQUIAS et al., 2012, TORRES et al., 2013). Em síntese, as feridas decorrentes da IVC são de difícil cicatrização, de cronicidade elevada e de recidivas frequentes.

Em se tratando da população masculina, pode-se dizer que grande parte deste universo acessa o serviço de saúde por meio da atenção especializada de alta e média complexidade, ou seja, quando tem um agravo instalado e muitas vezes em fase crônica. Tal comportamento ocorre pela necessidade de responder a uma norma de masculinidade, segundo a qual se nega a possibilidade de estar enfermo e busca-se o serviço só em último caso, por não querer assumir papel passivo, dependente e de fragilidade (COUTO et al., 2010; BRASIL, 2008).

Em relação à localização da ferida, quatro (18%) participantes apresentavam a lesão no pé direito; nove (41%), na perna direita; seis (27,3%), tanto no membro inferior direito quanto no esquerdo; e três (13,6%), na perna esquerda. Desta forma, 82% das lesões dos participantes localizavam-se nas pernas e apenas 18%, nos pés dos entrevistados. Esse tipo de lesão geralmente acomete a região ao redor dos maléolos, principalmente o interno, o terço inferior da perna e a face lateral dos membros inferiores. Raramente verifica-se sua ocorrência na porção superior da panturrilha e nos pés (OLIVEIRA et al., 2012). Dados de outras pesquisas ratificam a afirmação de que as UV localizam-se, principalmente, na face medial da perna e no tornozelo, seguindo o trajeto da veia safena magna (SILVA, MOREIRA; 2013; OLIVEIRA et al., 2012).

Quando questionados acerca da ausência do trabalho por causa da ferida, dezesseis (72,8 %) participantes responderam que precisaram faltar o trabalho por conta da lesão, enquanto seis (27,2 %) entrevistados declararam que não tiveram absenteísmo por essa causa. O longo tratamento, além das limitações impostas pela lesão, contribuem para o elevado absenteísmo laboral, o que acaba implicando em desemprego e em aposentadorias precoces por invalidez, bem como afastamento do trabalho devido a licenças médicas (SILVA et al., 2013).

Há de se enfatizar que o trabalho para os homens representa reforçar seu papel de provedor e protetor da família; nesse sentido, ter uma enfermidade de natureza crônica que o priva de se manter no mundo do trabalho e que implica a perda do emprego provoca sentimentos negativos, pois o destitui do seu papel produtivo numa sociedade consumista e androcêntrica (SILVA et al., 2013). Além disto, os homens têm no seu imaginário a invulnerabilidade, a coragem, a fortaleza diante dos problemas da vida, desdobrando-se na figura de um homem que teme expor suas “fraquezas”, no caso as doenças e agravos à saúde, dificultando o cuidar de si (GOMES et al., 2011).

Diante do exposto, faz-se necessário que os profissionais de saúde, ao propor a assistência a essa clientela, favoreçam o acolhimento, considerando as particularidades relacionadas ao gênero masculino, bem como todo o contexto sócio-histórico-cultural. De acordo com Martins et. al. (2012), compreender as especificidades de gênero pode trazer importantes implicações nos modos de pensar e de agir nos serviços de saúde, não se restringindo apenas ao membro adoecido.

O reconhecimento do perfil clínico e socioeconômico de pessoas com UV, especialmente da população masculina, pode elucidar informações importantes para o desenvolvimento de ações que visem estimular a prevenção e o tratamento dessas lesões, evitar as recidivas e elevar a qualidade de vida. Assim, se tem com o objetivo contribuir para a redução do tempo de tratamento, minimizar os afastamentos das atividades laborativas, diminuir as aposentadorias precoces e os gastos institucionais.

Após a apresentação e discussão dos aspectos socioeconômicos e profissionais dos participantes, bem como das características das lesões, proceder-se-á a análise das categorias empíricas captadas a partir do conteúdo das entrevistas.

Após a apresentação e discussão dos aspectos socioeconômicos e profissionais dos participantes, bem como das características das lesões, proceder-se-á, a seguir, a análise das categorias empíricas captadas a partir do conteúdo das entrevistas.

3.1 Categoria 1 – Sentimentos de homens com UV e as repercussões biopsicossociais da UV

Nesta categoria, analisam-se as dificuldades e os sentimentos que perpassam a vivência de ter uma ferida com um processo de cicatrização que se arrasta por longos anos, bem como as repercussões físicas e psicossociais decorrentes da existência da lesão. Além disto, apresentam-se e discutem-se as formas de adaptação engendradas pelos participantes para se adaptarem a tal problemática de saúde e aos insucessos no tratamento. O número total de UR desta categoria corresponde a 379 (37,05%) do total de UR construídas, as quais deram origem aos seguintes temas: i) dificuldade de conviver com uma ferida; ii) mecanismos de adaptação relacionados à existência da ferida; e iii) a busca pelo tratamento e os insucessos com a terapêutica.

A lesão de origem venosa é uma doença crônica caracterizada por períodos de exacerbação e remissão; então, o processo de cicatrização é lento, ocasionando muitos desconfortos físicos e psicológicos (SALOMÉ, BLANES, FERREIRA; 2012a). Neste sentido, verifica-se que possuir uma ferida com características de recorrência e cronicidade resulta em sentimentos negativos, que envolvem vergonha, tristeza, constrangimento e rejeição de si mesmo e pelas outras pessoas.

Assim, esse sofrimento emocional esteve explícito nas falas dos participantes; muitos, inclusive, utilizaram apenas palavras para definir o quanto era negativo ter uma ferida crônica: “frustrante” (H4); “Vergonha” (H5); “Incomodo” (H11); “Horível” (H14); “Me sinto inútil” (H8; H7). Outros homens discorreram sobre seus sentimentos e alterações emocionais presentes no decorrer da convivência com a ferida:

Eu me sinto limitado, e esta limitação está sendo como uma cruz para mim. Sinto-me estagnado, me isolei, me sinto como se estivesse numa caverna. H21

Meu sentimento é de muita tristeza, me sinto traumatizado, você não tem ânimo, não tem alegria, você só quer ficar ali no seu cantinho confinado, me limita muito. H19

Eu tenho tanta raiva que não tem explicação, pois é uma coisa que te incomoda por tanto tempo. Esta ferida me deixa debilitado, constrangido, impede que eu faça as coisas. Assim, tenho poucas atividades na vida. H9

Esses discursos revelam que conviver com a ferida crônica não se restringe especificamente à existência da lesão cuja cicatrização é lenta ou não ocorre. As implicações vão além da dimensão física dos homens, mostrando-se como uma problemática complexa e multifacetada. Neste sentido, os profissionais que cuidam de homens com úlceras venosas necessitam ter um olhar mais amplo sobre a problemática e cuidarem a partir de uma perspectiva integral.

Segundo Carmo et al. (2007), as UV causam danos aos pacientes porque interferem no seu estilo de vida, devido à dor, à depressão, à perda da autoestima, ao isolamento social, ao efeito emocional negativo (raiva, tristeza, constrangimento), à inaptidão laboral. Ademais, os autores ressaltam a ocorrência das várias hospitalizações ou idas constantes aos serviços de saúde, resultando na suspensão de suas atividades produtivas e de lazer, e comprometendo também a convivência com os familiares e amigos.

Acrescenta-se que a vivência do homem com uma UV tem características que extrapolam sua condição de saúde. A imagem corporal é alterada em decorrência da lesão, afetando a autoimagem e a percepção que o outro tem em relação a ele.

A ferida modifica o padrão da imagem do homem no mundo social, alterando seu modo de viver e de se relacionar. Assim, a imagem corporal projetada pelo social e a percepção que o homem tem de si poderão, quando discordantes do padrão socialmente estabelecido, culminar em sentimentos negativos, tais como: baixa autoestima, depressão e ansiedade, levando-o ao isolamento social (SILVA et al., 2013, p. 96).

A investigação de sinais e sintomas que caracterizam o sofrimento psíquico do paciente nem sempre é enfatizada na prática dos profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem. Então, as pessoas com feridas devem ser ajudadas no sentido de entender que a lesão não constitui uma restrição para uma vida social, mas necessita ser encarada como uma nova condição que requer adaptação.

Ter um corpo com uma ferida durante longos anos, a qual não culmina para a cicatrização, remete a pessoa à experiência de estigmatizado. Segundo Goffman (2004), o

termo estigma foi criado pelos gregos para aludirem os sinais corporais, através dos quais se buscava exibir algo de mau ou pouco habitual sobre o status moral de pessoas que os apresentavam. O termo estigma é utilizado para referir-se a um atributo depreciativo, entendido como “falha”, “defeito” ou “desvantagem em relação ao outro” e a pessoa estigmatizada é aquela que apresenta "uma diferença indesejável”.

Nesse sentido, o homem com essa lesão crônica sente-se estigmatizado pelas pessoas a sua volta e por ele mesmo, devido aos padrões de beleza e de masculinidade instituídos e enraizados na sociedade. Consequentemente, ele fica fragilizado perante outros homens e a própria família, pois se sente um ser diferente, menor e, por isso, com elevado sofrimento psíquico.

Uma das repercussões negativas mais relatadas pelos participantes foi em relação à modificação no modo de se vestir para não revelar a existência da ferida. Dentre os 22 entrevistados, 18 (81,8%) relataram a mudança da vestimenta por diversos motivos, tais como: para que a ferida não fosse vista; para não se sentir diferente das outras pessoas; para não incomodar as pessoas ao olharem a ferida. A seguir apresentam-se alguns relatos que caracterizam esta análise:

A pior época para mim é quando chega o verão, que eu vejo as pessoas de bermuda e aquilo me magoa muito porque eu não posso andar do mesmo jeito. H5

Só ando de calça comprida e cubro bem a minha perna, coloco mais de uma meia para ninguém ver. A nossa humanidade é tão estranha que eu penso: como vou andar de bermuda com as pernas desse jeito? Eu tenho certeza que, se eu passar por uma pessoa e ela me olhar com a perna enfaixada, aquilo vai me piorar ainda mais. H14

Eu não deixo exposto para não incomodar a visão de ninguém. Eu prefiro ficar com uma calça, que aí todo mundo está normal, e eu estou igualado com todo mundo. H21

A ferida molda comportamentos, originando formas diferenciadas e distantes dos desejos normais que homens têm de se vestirem e de se socializarem com outras pessoas; enfim, a existência de uma ferida implica alterações também na dimensão social e psicológica. Esse sentimento de baixa estima e de ser diferente origina-se devido a vivermos em um tempo em que o corpo belo e perfeito é cultuado a qualquer custo. Em nossa sociedade, a imagem corporal é relacionada à juventude, vigor, integridade, o que não necessariamente é sinônimo de saúde e bem-estar.

Goffman (2004) assevera que as pessoas que têm um estigma criam estratégias chamadas de acobertamento, com o objetivo de esconder a marca negativa das pessoas desconhecida e não serem percebidos como destoantes. Essas pessoas também encobrem o estigma visando facilitar as relações com quem o conhece, minimizando o choque diário com o insólito e, assim, buscam evitar a segregação e o isolamento social.

Lara et al. (2011) ratificam essa análise quando salientam que a sensação de transmitir imagem negativa a outras pessoas interfere nas relações sociais e reduz a autoestima do indivíduo. Para os autores, uma possível explicação para os sentimentos da pessoa deformada fisicamente, em função da presença de feridas, está centrada no preconceito e na cultura construídos pela sociedade contemporânea do corpo belo.

A autoestima é um elemento importante para a confiança e para um trânsito seguro na sociedade, e relaciona-se com o valor que a pessoa tem de si. Uma pessoa com baixa autoestima tende a perceber o meio ambiente como negativo e ameaçador, trazendo sentimentos de tristeza e isolamento, e dificultando a capacidade de se adaptar ao meio ambiente (COSTA et al., 2011). Neste caso, a presença de uma ferida contribui para uma redução da autoestima devido às alterações corporais e limitações físicas. Ter uma UV, como evidenciado nos discursos apresentados anteriormente, faz com que o indivíduo se sinta constrangido, discriminado e com vergonha de sua lesão; ele, assim, passa a vestir roupas que cubram os membros inferiores e esconda a marca negativa – o estigma corporal.

De acordo com Lara et al. (2011), a integralidade da pele está diretamente relacionada à autoestima e à autoimagem, o que pode, algumas vezes, ocasionar conflitos e angústias, como no caso de pessoas com feridas crônicas. Neste sentido, é preciso que os profissionais valorizem os aspectos psicológicos dessas pessoas, reconhecendo as necessidades humanas afetadas e salientando a importância de ajudá-las a lidar com os seus receios. Assim, contribui-se para a adaptação delas a sua nova condição de vida.

Costa et al. (2011) ressaltam ainda o papel do enfermeiro como educador, com intuito de orientar o paciente a procurar meios adaptativos que o façam superar sua condição clínica, com vistas a uma recuperação efetiva e melhoria da sua vida cotidiana.

Um dos fatores apontados pelos entrevistados para a alteração no modo de vestir é a exteriorização dos membros inferiores enfaixados com ataduras, fazendo uma comparação com uma múmia, o que reforça a alteração da autoimagem negativa.

Porque a gente anda parecendo uma múmia, com as pernas enfaixadas, fica parecendo que estou diferente dos outros. H1

Colocar atadura na minha perna me faz sentir uma múmia, que traduz toda uma lembrança esquisita e um cheiro também esquisito, e algumas vezes ruim. H21

Destaca-se que os fatores estéticos são muito relevantes, pois conviver diariamente com o membro inferior envolto por ataduras, meias e outros dispositivos de uso contínuo destoa da aparência costumeira das outras pessoas e, então, causa estranhamento (SILVA et al., 2009b). Além dos fatores visuais, as UV afetam os demais sentidos; como o aludido pelo participante H21, o olfato é um desses que alteram e incomodam as pessoas acometidas por elas. O odor exalado pela ferida segrega as pessoas do convívio social, ocorrendo isolamento dos amigos e familiares, pois muitos temem o preconceito e a exclusão.

Entende-se que os participantes estão preocupados com sua aparência e temem ser rejeitados pelas pessoas com quem convivem, uma vez que, na sociedade, é imprescindível satisfazer aos padrões culturalmente prescritos. Ou seja, as pessoas que estão mal vestidas, com odor desagradável, com cabelos em desalinho, entre outros, são estigmatizadas como desleixadas e descomprometidas com os padrões sociais aceitos (GOFFMAN, 2004).

Para Helman (2003), cada ser humano possui, de maneira simbólica, dois corpos: o individual, que se refere ao corpo físico e psicológico, e que é adquirido ao nascer; e o social, que é indispensável para viver em uma determinada sociedade e grupo cultural, pois fornece a cada indivíduo um ajuste para perceber e interpretar experiências físicas e psicológicas. Segundo autor, “em grande parte, os indivíduos incorporam a cultura em que vivem. Suas sensações, suas percepções, seus sentimentos e outras experiências corporais são culturalmente padronizados” (HELMAN, 2003, p. 27).

Além da mudança no modo de vestir, os entrevistados relataram a necessidade do uso de sapatos mais largos devido às alterações físicas nos membros inferiores decorrentes do edema, da dor, da própria úlcera e da presença de atadura.

Para usar um sapato, tem que ter uma escolha cuidadosa, tem que ser leve, não pode apertar muito, porque dói demais. H11

Adorava andar de tênis e não consigo usar mais, porque está muito inchada a perna. H13

Me atrapalha colocar um sapato, eu deixo de sair, não vou a festas porque só consigo ficar de sandália. H12

Não posso usar um sapato, e, por exemplo, tem o casamento da minha enteada e não sei o que vou fazer, e vou ter que ir, vou entrar com ela. Um sapato social não entra no meu pé. H4

Outra situação muito destacada foi o afastamento das atividades de lazer, tais como jogar futebol, ir à praia e à piscina, pois há a dificuldade do uso de roupas e calçados, existe também a questão do curativo que se deve esconder, enfim, muitas situações que reforçam o estigma corporal e o consequente isolamento social. Assim, a pessoa passa a ter um comportamento que o proteja de olhares perscrutadores e julgadores sobre o diferente e o esquisito. Ademais, as manifestações clínicas e os cuidados recomendados para promover a cicatrização igualmente impõem restrição nas atividades de lazer. As falas a seguir explicitam esta análise:

A ferida me atrapalhou, porque eu sempre gostei muito de jogar meu futebol. Assim, mudou muito minha rotina, e vou dizer: atrapalha tanto que a gente não fica legal da cabeça. H18

Futebol, que é uma coisa que eu adoro, não jogo mais, por medo de levar uma pancada na perna. É difícil, entendeu? H5

Eu não sei o que é uma praia há anos. Eu fui quando garoto, quantos e quantos anos eu não sei o que é uma praia ou andar na beira do mar passeando de bermuda. H14

Minha rotina mudou muito, eu sou uma pessoa que sempre praticou esportes e agora não posso mais fazer. H21

Assim, o que aparece nessas falas e que também se confirma no estudo de Carvalho (2010), é a restrição das atividades de lazer devido à lesão, verificando-se elevado sofrimento decorrente de tal privação, principalmente para o universo masculino, cujo espaço dos homens é o externo, é a rua; diferente das mulheres em que o ambiente reservado para a mulher é o doméstico, o da casa, especialmente, a cozinha. Ademais, o medo de piorar o problema por meio de uma conduta prejudicial ao processo de cicatrização os tornará culpados e, automaticamente, aumentará o sofrimento.

O gênero masculino desde cedo foi instruído a viver fora do ambiente doméstico. Sua permanência se dá no trabalho e nas ruas. Assim mesmo cercado de sua família, o homem ferido, se sente solitário, preso e dependente, por ser um espaço que não foi habituado a se interessar. (CARVALHO, 2010).

Constatou-se que as restrições das atividades de lazer não se restringem apenas aos amigos, e circunscreve-se também ao âmbito familiar e aos eventos sociais da família.

Eu tenho um filho de sete anos que me cobra muito, só saio porque ele insiste muito e eu não tenho como dar um retorno para ele como jogar bola e ir à piscina. Aí às vezes eu vou, mas fico lá sentado e digo pra ele ir curtir com os amiguinhos, que eu vou ficar aqui assistindo. H5

Estou deixando de sair com minha esposa. Por exemplo, há poucos dias, teve o chá de bebê do meu neto que vai nascer e eu não fui, porque fiquei com medo de me prejudicar ou alguém bater na minha perna, por vergonha também. Foi chato porque toda a minha família estava lá. H21

Eu não sinto vontade nenhuma de sair de casa. Essa semana foi aniversário do meu neto e da minha esposa, minha filha insistiu tanto para jantar fora, e eu não queria ir. Mas de tanto ela insistir cabeí indo e percebi que foi bom e agradável. Ninguém viu minhas pernas porque elas estavam debaixo da mesa. H14

A presença da UV é percebida pelos participantes como algo capaz de gerar alteração no seu cotidiano, ocasionando interferências na vida pessoal e social. Assim, as limitações remetem à perda de liberdade, implicando restrições em eventos sociais e viagens, pois a imposição do uso de determinadas peças do vestuário, o medo da piora da lesão e o receio de olhares e de questionamentos sobre a ferida tornam-se barreiras à participação social. Tal problemática traz repercussões na esfera psicoemocional, refletindo na autoimagem e na autoestima do indivíduo e impactando no modo de se relacionar consigo e com as outras pessoas.

Uma constante na fala dos homens entrevistados era a dor constante decorrente da ferida, o que impedia a vida normal. A dor é um sintoma muito frequente em pacientes com UV e costuma estar associada a outros sintomas como ardor, fisgadas e prurido, tanto no local da lesão quanto no membro inferior, e pode ser exacerbada durante a troca de curativos. De acordo com Salvetti et al. (2014), sua prevalência varia entre 80 e 96% e afeta de forma negativa a qualidade de vida, ocasionando instabilidade no humor e alteração no padrão de sono, na mobilidade e na deambulação.

Eu não conseguia dormir de jeito nenhum, ainda tem dias que eu não durmo porque dói muito. Tem dias que, quando ligo o ventilador, parece que a hélice está entrando na carne. H20

A dor é terrível, pois tem dias que você quer fazer alguma coisa e não dá para fazer, até mesmo um serviço pequeno em casa, sempre incomoda. H11

Eu já tive dor que às vezes eu olhava para o chão e tinha medo de pisar por causa da dor. H19

Em relação aos sintomas presentes no cotidiano da pessoa com ferida, a dor foi o mais predominante na enunciação dos participantes desse estudo, atribuindo a ela um dos maiores sintomas físico e que interfere nas ações cotidianas. Abbade e Lastória (2006) referem que essa queixa é um sintoma frequente nos pacientes com feridas venosas e sua intensidade não é influenciada pelo tamanho da lesão. As lesões pequenas podem ser muito dolorosas, enquanto as lesões extensas podem ser praticamente indolores. Comumente, a dor piora ao final do dia devido aos longos períodos na posição ortostática, frequentemente aliviando com a elevação do membro inferior (ABBABE; LASTÓRIA, 2006).

Segundo Deodato (2007), 67,5% dos pacientes com UV entrevistados relataram um nível intenso de dor no membro afetado. Logo, a dor é um parâmetro que deve ser considerado pelos profissionais de saúde, visto que piora a qualidade de vida, além de influenciar negativamente o processo de cicatrização, pois o estímulo doloroso está associado à liberação de mediadores inflamatórios, que inibem a reparação tecidual e a regeneração (SALVETTI et al., 2014).

Além das queixas álgicas, outra característica da lesão venosa referida pelos entrevistados foi o prurido, que, quando não cuidado adequadamente, resulta no surgimento de novas lesões.

A ferida não fechava, coçava tanto que eu acabava coçando por cima da atadura, aí abria do outro lado da perna. H18

Aos poucos, a ferida foi abrindo, eu sentia coceira insuportável. Aí ela fechava de um lado e abria de outro, nunca fechava totalmente, sempre na mesma região da minha perna. Por causa dessa coceira agora estou com três lesões. H5

A perna com atadura causa uma coceira irritante e incomodativa, por mais que você tente não coçar, chega uma hora que não aguenta. H10

Salienta-se que a doença venosa crônica, com seus altos índices de morbidade, constitui importante causa de desconfortos, tais como dor, prurido, perda de mobilidade funcional, odor desagradável, exsudato. Ocasionalmente assim grande impacto negativo na vida social, na vida laboral, na saúde e no bem-estar da pessoa acometida (SANTOS et al., 2009).

O foco da atenção do profissional de enfermagem não deve ser somente a ferida; antes, deve incluir também a resolução dos problemas causados por ela, como a avaliação do nível de capacidade funcional. Assim sendo, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida, para a pessoa com uma ferida na perna é fundamental o acolhimento e o

estímulo para que ela se sinta capaz de superar as dificuldades, seja nas atividades de lazer e de trabalho, seja na necessidade de fortalecimento físico, psíquico e emocional.

Houve também relatos de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento em relação à convivência da UV na vida de alguns dos homens entrevistados, como uma atitude de não valorização dos sintomas e das implicações da presença das úlceras, a fim de evitar o isolamento, a deterioração da autoimagem e da autoestima, fazendo crescer um poder de enfrentamento diante das adversidades da vida.

Não tenho vergonha se alguém me perguntar, eu não vou esconder o que tenho. Digo mesmo que tenho uma ferida na perna, mas não quero que ninguém fique me olhando. Acho que isso é uma forma de enfrentar o problema e melhorar as consequências disso. H20

Eu ando de bermuda, não tenho vergonha, eu coloco a meia por cima da atadura e saio, não me importo se alguém vai ver. Participo dos encontros com amigos e parentes, só não vou entrar na piscina ou na praia, comer feijoada, que eu sei que não posso, mas a ferida não me deixa de fora das coisas que quero fazer. Então, eu acho que me tornei mais corajoso. H13

A gente não pede para ter isso no nosso corpo; agora, uma vez que tenho, não posso me acomodar. Tenho que aprender a conviver com ela. Eu não pedi para ter esse problema, mas infelizmente aconteceu comigo. Então vou enfrentar, vou lutar para me adaptar a ela. H9

Eu hoje ando de bermuda, mas durante muito tempo eu só andava de calça comprida e eu percebi que eu estava sofrendo com o início de uma depressão, comecei a ter falta de fé. Então procurei uma forma de não me isolar mais, então hoje frequento a academia da terceira idade. H6

Eu preciso mostrar primeiro para mim e depois para meu filho que ter uma ferida não vai me prender em nada, porque ele sempre fica me perguntando por que meu machucado não fecha. H5

Apreende-se nas falas que, diferentemente de alguns que procuraram se isolar do convívio social, outros buscaram, de algum modo, ultrapassar essa barreira criando capacidade de enfrentamento diante das hostilidades e adversidades da vida. Conviver com a UV requer um processo de aprendizagem; porém, quando se tem ciência de que se está adaptado à nova situação de saúde, emerge um sentimento de confiança e maior autoestima. Muitas pessoas enfrentam melhor essa condição se forem ativas, especialmente quando se determinam a fazer atividades, adaptando-se às limitações, inovando suas maneiras de ser e de sentir e promovendo uma melhor qualidade de vida.

Em relação aos cuidados com a ferida, a maioria dos entrevistados afirmou ser responsável pela execução dos curativos e dos demais procedimentos envolvendo a lesão.

Eu faço meu curativo. Nunca me senti mal em fazer meu curativo em casa. Eu tenho uma bacia e eu mesmo faço. H13

Quando eu chego em casa e antes de ir trabalhar, eu faço o curativo na perna e depois coloco a atadura. H15

Assumir o cuidado com a lesão, entre outros procedimentos, deve-se ao fato de a doença ser crônica, durando um longo período; deste modo, já se tem familiaridade com ela e seus desdobramentos. Além disto, emerge uma necessidade de autonomia e independência em relação aos rumos que devem ser dados em relação a sua própria vida. Assim, desenvolver seu autocuidado é tomar as rédeas de sua vida, não imputando a ninguém mais a responsabilidade de condução dela. De acordo com Waidman et al. (2011, p.696), “as ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar”.

Desenvolver o autocuidado evita a depressão e os sentimentos de baixa autoestima; ademais, possibilita conhecer os desdobramentos da doença e formas de prevenir complicações. Neste sentido, há de se estimular a independência desses homens em relação à execução das atividades de vida diária e em relação aos cuidados com a ferida.

Outra importante análise é a participação da família como elemento de impedimento à restrição social. O incentivo de familiares para que esses homens tomem parte de eventos sociais e de lazer torna-se um protetor contra o isolamento e, por sua vez, contra a depressão. Neste sentido, a enfermagem, ciente deste importante aspecto, pode criar estratégias para fortalecer ainda mais o papel da família na dinâmica do tratamento ao homem com UV.

Dando continuidade à análise envolvendo a família e o homem com UV, constatou-se que ela é muito relevante, pois auxilia na troca de curativos, no apoio para permanecer em tratamento, na busca por outros tratamentos que sejam efetivos na cicatrização, na divisão de custos financeiros com a terapêutica, entre outros. Segundo Waidman et al. (2011), estar em um ambiente ancorado em elementos como apoio, incentivo, carinho e amor é fundamental para que o homem aceite a contribuição da família no seu suporte. Apresentam-se a seguir alguns relatos que exemplificam esta análise:

O meu sobrinho é quem faz os curativos, porque eu mesmo não tenho coragem de fazer e nem de olhar, porque eu começo a fazer e aí começa a doer. Aí eu interrompo e não faço mesmo. H20

Quando eu morava com minha mãe, a ferida estava melhor, mas ela piorou depois que eu fui morar sozinho. E eu acabava escondendo da minha mãe, para ela não achar que eu estava fazendo besteira e para não tomar bronca. Mas, daí, quando ela viu, me obrigou a ir ao médico e foi junto comigo. H5

Minhas filhas até hoje me trazem ao médico, se não fosse por elas eu estava pior. H12

Percebe-se que o ambiente familiar serve como suporte para o enfrentamento da cronicidade da doença e para a realização dos cuidados com a ferida. Desta forma, o suporte familiar é de fundamental importância para as pessoas que convivem com uma doença de longa data, na qual muitas vezes a família assume a responsabilidade pelo tratamento, decidindo sobre a maneira de atuar, de acordo com a interpretação que se tem do processo de adoecimento e de seus conhecimentos a respeito da enfermidade, do serviço de saúde e de suas habilidades de cuidar/cuidado (WAIDMAN et al., 2011). Porém, apreenderam-se relatos da dificuldade de familiares em se aproximarem dos participantes quando estes estavam realizando os cuidados com a ferida.

Minha mulher tem horror em olhar a ferida, ela passa mal se ver, só vem perto se eu pedir para pegar alguma coisa. Então, eu que faço meu curativo sozinho. H17

Apesar de se verificar que na maioria dos casos existe apoio familiar e ajuda na realização do cuidado com a ferida, há casos contrários, em que a falta de contribuição e de incentivo para manutenção dos curativos e demais tratamentos pode desaminar e impactar negativamente a pessoa com a lesão. Assim, não é em todo ambiente familiar que se encontra a compreensão acerca da doença e suas consequências, nem todos os membros da família estão aptos e dispostos a cuidar do doente, o que pode ocasionar conflitos intrafamiliares e contribuir para o sofrimento psíquico (WAIDMAN et al., 2011).

O modo de reagir frente à doença difere de pessoa para pessoa. A crença religiosa e a fé são formas encontradas para manter o desejo de melhorar e para contribuir na cura, além de reduzir o sofrimento emocional. Assim, a religiosidade resulta em aumento da vitalidade e confere um significado diante de situações indesejáveis e desagradáveis, pois mobiliza energias positivas e faz crer na melhora.

Às vezes, eu pergunto a Deus o que fiz, porque minha perna era boa e de repente começou a abrir, ninguém da minha família tem isso, só eu. Mas tenho fé e vou ficar bom. H3

Graças a Deus eu sou muito religioso e peço muita força a ele, senão eu já tinha ido ao fundo do poço. Muitas vezes, quando vem aquele momento de tristeza, eu oro e peço a Deus para me dar forças para que esse sentimento não me domine. H19

Eu peço muito a Deus para ela fechar, para ver se me dá mais ânimo para eu conseguir passear, sentir menos vergonha. H14

Nesses depoimentos, percebe-se que o autocuidado está apoiado em um ser superior. Para Valla, Guimarães e Lacerda (2004), é importante a religiosidade como forma de apoio social, pois os indivíduos encontram a possibilidade de enfrentamento de problemas, de fortalecimento da autoestima e de (re)significação das situações de vida e o desenvolvimento da paz de espírito.

A religiosidade, assim, apresenta-se como um mecanismo de enfrentamento da doença, um apoio para lidar com os aspectos negativos que circundam a pessoa com uma ferida que não cicatriza. Para Castro et al. (2012), a fé surge como um sentimento de confiança e instiga a esperança de cura ou de melhora, constituindo-se em um modo de pensar e de agir positivo e construtivo. Assim, a esperança faz acreditar que um milagre acontecerá, sendo muitas vezes esse um dos modos para que o indivíduo tenha força para continuar o tratamento.

Uma situação emergida nos discursos dos homens, relacionada com questões de gênero, foi o reconhecimento de que a lesão não cicatrizou pelo fato de não se procurar tratamento, ou, caso procurado, ele se restringir aos atendimentos de emergências diante de um quadro agudo. Ademais, apreendeu-se que quem procurava o atendimento especializado acabava não adotando as orientações e condutas prescritas; inclusive, não retornava às consultas, contribuindo, então, para o agravamento do membro inferior acometido.

Eu não fazia acompanhamento direito e não fazia os curativos na hora certa e corretamente. Acho que por isso demorou para cicatrizar. Teve um dia que minha perna ficou enorme de tão inchada, tive tonteira, dor na virilha, a perna vermelha e tive febre. Fiquei em casa tentando melhorar, até que uns dias depois não aguentei, fiquei com medo de perder a perna, daí esperei anoitecer e fui para a emergência do hospital. H5

Eu era desobediente, tinha médico que falava para eu não comer determinadas comidas e eu achava que não era o comer que iria me fazer mal. Eu achava que podia tudo e não era uma ferida que iria me atrapalhar, então eu mesmo cuidava em casa. H13

Eu colocava a perna para o alto, passava gelo para aliviar a dor. Achava que tomando remédio por conta própria iria melhorar. Procurei um médico, e ele disse que se eu não melhorasse que eu retornasse, mas não fiz nada do que ele orientou e não retornei à consulta. Fui piorando e acabei ficando internado. H19

Considera-se que os modelos de masculinidade e a maneira como se dá a socialização do homem podem fragilizá-los ou mesmo afastá-los das preocupações com o autocuidado e com a busca pelos serviços de saúde, tendo com consequências a exposição a riscos devido à associação da masculinidade com a invulnerabilidade. Essa cultura tende a gerar modelos masculinos pouco aderentes a práticas de autocuidado e estimula o descuido com ele mesmo (SILVA et al, 2012).

Segundo Korin (2001), em sociedades que equiparam as características masculinas ao poder, ao sucesso e à força, gera-se nos homens a necessidade de construir e de evidenciar aqueles atributos. De outro modo, os atributos da mulher são a sensibilidade, o cuidado, a dependência e a fragilidade, dos quais os homens lutam, constante e inconscientemente, para se afastarem. Essas características simbólicas entre homens e mulheres resultam numa figura masculina que adota comportamentos que predisõem a doenças, lesões e mortes.

Além desses impeditivos que perpassam as questões de gênero, somam-se outros que impedem a procura e o acesso dos homens aos serviços da APS como as jornadas laborativas, que não se adequam aos horários dos serviços de saúde; a indisponibilidade de tempo; o medo da revelação de um problema de saúde; o receio de que a ausência do trabalho para tratamento médico possa resultar em desemprego; a composição das equipes de saúde, em sua maioria composta pelo sexo feminino, o que pode intimidar ou enviesar o atendimento; a precariedade do sistema de saúde; e a falta de acesso facilitado ao atendimento especializado (KORIN, 2001; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007; BRASIL, 2008).

Outra questão apreendida nos relatos dos participantes foi o uso de diversificados tratamentos para cicatrizarem a ferida, os quais vão desde procedimentos que se inscrevem em crenças e na cultura popular até as mais sofisticadas terapêuticas médico-hospitalares. E a dificuldade de os homens procurarem atendimento especializado faz com que eles recorram a tratamentos denominados populares, como chás e banhos com ervas medicinais.

Porque tudo que me recomendaram e me ensinavam eu usei, como aplicar arnica, aroeira, nitrato de prata, mandioca braba [uma raiz igual a aipim, mas que não se come; porém, é aplicada em feridas]. Quando eu coloquei a mandioca braba e a

nitrate de prata, eu quase que fiquei doido. Tem pessoas que usam essas coisas e melhoram, mas no meu caso não aconteceu. H18

Me mandaram fazer um chá de aroeira, eu fiz, mas não melhorou. Já usei muita coisa e já procurei muito serviço médico. H15

Verifica-se a utilização de vários tipos de plantas cujo uso inadequado pode ser prejudicial à saúde, pois muitas vezes não existe fundamento científico para o uso e/ou há uma diversidade de tipos de lesões, com etiologias variadas, as quais não respondem a tratamentos advindos dos saberes populares. Segundo Badke (2009), nem sempre o preparo indicado é o mesmo para diferentes tipos de plantas, o que pode resultar em efeitos imprevisíveis, devendo haver cautela tanto com o uso quanto com as combinações de plantas medicinais.

Segundo Rezende e Cocco (2002), a utilização de práticas alternativas em saúde tem persistido na população por diversos motivos, como, por exemplo, a dificuldade no acesso à assistência de saúde, o alto custo de medicamentos e mesmo opções pessoais; então, as demandas de saúde são parcialmente supridas pelo uso dessas terapias alternativas.

Enquanto alguns utilizaram métodos alternativos para obter a cicatrização, outros recorreram a diversos tipos de terapias, como enxertos, terapia com oxigênio (oxigenioterapia hiperbárica), com ozônio (ozonioterapia) e até mesmo procedimentos cirúrgicos, sem êxito, porém.

Eu já paguei R\$ 300,00 por consulta e mais o tratamento com oxigênio [oxigenioterapia hiperbárica], que dava R\$ 800,00, tentando cicatrizar a ferida. Ela cicatrizou mas depois abriu novamente H1

Tenho essa ferida há dezesseis anos e desde então tentei tudo quanto foi tipo de tratamento, até ozônio [ozonioterapia] eu tentei, sem sucesso. O dinheiro que gastei dava para comprar um carro zero. H9

Eu já fiz um enxerto, mas ficou tudo inflamado e não segurou. H13

Já fiz cirurgia há muitos anos, fiquei bom, mas depois de uns anos, ela abriu novamente. H22

Ao contrário de outros relatos, os entrevistados H1, H9 e H22 expressaram a preocupação e a busca pelo cuidado de si, o que remete à análise de que, para esses participantes, a patologia significou a consciência de sua vulnerabilidade. A partir dessa análise, pode-se inferir que tais entrevistados compreendem que não estão livres de risco à

saúde. Essa interpretação encontra respaldo nas palavras de Torralba (2009), que aponta que todo ser humano é vulnerável, mas que precisa ter consciência disso para refletir acerca dele, para buscar soluções que previnam os riscos e para adotar condutas que promovam a saúde.

Mesmo com a utilização de alta tecnologia, os entrevistados relataram que não houve sucesso definitivo, pois a ferida tornou a abrir; deste modo, percebeu-se a frustração contida nos discursos por não terem conseguido a cura definitiva. Possivelmente, não houve a orientação sobre as possíveis recorrências da IVC em caso da não adoção das terapias compressivas, mesmo tendo a UV cicatrizada; ou então essa orientação foi realizada, mas foi ignorada e/ou não valorizada.

O elevado número de recidivas das UV é um dos problemas mais importantes na assistência a pessoas com IVC, sendo a principal causa o fato de o paciente não tomar medidas preventivas, como o uso de terapias de compressão. Tal motivo advém, em geral, do desconhecimento da importância do uso desse método na prevenção dos efeitos deletérios da insuficiência venosa (CARMO et al., 2007).

Diante dessa problemática, a educação para a saúde é primordial no cuidado em enfermagem, pois uma melhor compreensão da importância da terapia compressiva na doença venosa pode favorecer a adesão ao tratamento de maneira efetiva e, possivelmente, promover melhorias significativas na qualidade de vida, reduzindo os casos recidivantes (CARMO et al., 2007)

3.2 Categoria 2 – A vivência laboral de homens com UV: frustração, medo e dor

Nessa categoria, na qual se assinalam os impactos da ferida na vida laboral dos homens entrevistados, incluiu 168 UR (16,42%), relacionadas aos seguintes temas: o significado do trabalho para o homem; as dificuldades físicas para trabalhar; e o homem com uma ferida crônica como um trabalhador.

Dentre os entrevistados, doze dos participantes estavam trabalhando no momento da pesquisa, dos quais sete (58,3%) afirmaram estar recebendo o auxílio-doença ou estar aposentado por tempo de serviço ou por invalidez. A manutenção no mundo do trabalho ocorre por conta das necessidades financeiras, como uma forma de complementação da renda,

pelo sentimento de utilidade e produtividade, e pelo pertencimento a um grupo social. Neste sentido, mesmo vivenciando um acometimento crônico que causa estigma e isolamento social, a importância do trabalho na vida dos participantes é marcante, pois dele resultam sentimentos de utilidade, prazer, liberdade, motivação para viver e subsistência material. A importância do trabalho emergiu, inclusive, nos discursos de participantes que não estavam inseridos no mundo laboral.

Pra mim trabalho é a nossa vida, porque sem trabalho não somos nada. Infelizmente é o nosso sistema, porque não se consegue pagar as contas. H9

Trabalhar significa sentir-se livre, útil, autossuficiente. Você consegue comprar suas coisas sem depender dos outros. H8

A pessoa que trabalha, mesmo que ela tenha uma limitação, ela se distrai, convive com pessoas, com amigos. Agora você ficar em casa olhando para o teto é horrível. H7

O trabalho é não só um modo de sobreviver e de consumir, mas também uma forma de inserção social cujos aspectos psíquicos e físicos estão fortemente correlacionados.

É indubitável que o trabalho ocupa parte importante do espaço e do tempo em que se desenvolve a vida humana contemporânea. Assim, ele não é apenas meio de satisfação das necessidades básicas, é também fonte de identificação e de autoestima, de desenvolvimento das potencialidades humanas, de alcançar sentimento de participação nos objetivos da sociedade (NAVARRO; PADILHA, 2007, p 14).

O trabalho, ao mesmo tempo em que revelou um sentido positivo para muitos participantes, também surge em alguns discursos com feições negativas, pois conviver com uma ferida que dói e ter de trabalhar são relatos contraditórios, uma vez que há pontos positivos, mas também se elencam aspectos negativos na vivência laboral. Para Antunes (2008), existe uma dialética do trabalhador com o trabalho, pois ora ele gera prazer porque possibilita criação, sustento financeiro, autonomia, reconhecimento, ora origina sofrimento porque há a precariedade, as relações de poder, a hierarquia, o medo do desemprego, entre outros.

Desta forma, para alguns dos entrevistados, a representação negativa do trabalho refere-se aos sentimentos de rejeição, à limitação para a função laboral, à jornada laboral com dor. Neste sentido, o trabalho acaba tornando-se uma necessidade.

Você imagina, eu sentindo dor, mas tenho que sorrir para o cliente, é preciso ter muita paciência e muita necessidade de trabalhar. H5

A pessoa que tem esse tipo de problema, que eu considero uma deficiência, o trabalho se torna assim “nojento”, porque você quer fazer as coisas por gosto, mas você acaba fazendo por necessidade, porque a dor é tanta que você tem que contornar a situação. [...] assim, se eu pudesse não estar ali, com certeza não estaria. H9

Para Elias e Navarro (2006, p. 524), “o prazer no trabalho, a fuga do desprazer são desejos permanentes de todas as pessoas, mas em face das exigências da organização do trabalho, esse acaba por conduzir ao sofrimento, transformando-se em obrigação imposta pela necessidade de sobrevivência”. Neste sentido, mesmo diante dos entraves para executar suas atividades laborativas, a necessidade de ter de trabalhar para sobreviver estabelece formas de trabalho geradoras de sofrimento, das quais as pessoas não podem se furtar. Um trabalho sem sentido resulta na falta de motivação, no sofrimento e na frustração, prejudicando o comprometimento organizacional e a produtividade do trabalhador.

Outra restrição, apontada por dois entrevistados, foi o fato de não se concretizar o sonho de carreira profissional devido à ferida.

O meu sonho, que eu nunca vou alcançar, era ser Policial Civil, e eu sei que nunca vou alcançar, porque com essa ferida eu não vou passar no exame físico, e isso me fere demais. H5

Quando eu me alistei no exército, meu sonho era ser PQD [paraquedista], por causa da minha altura e meu porte físico, mas, na hora do exame, o médico falou que uma das minhas pernas estava com problema e eu fui dispensado, fiquei muito mal. H19

Esses discursos traduzem um sentimento negativo dos participantes em relação à ferida e às possibilidades de inserção e de conquistas no mundo do trabalho. Muitas doenças resultam em limitações para o desenvolvimento de determinadas atividades laborais; assim, no caso de uma IVC, que origina a UV, observa-se a existência de dor, edema, exsudato e ortostatismo, sintomas que dificultam a execução de algumas atividades laborais. Por sua vez, esses homens, se mantidos em determinados postos de trabalho, podem piorar do problema de saúde ou intensificar ainda mais tais manifestações. Portanto, o trabalho deve se adaptar ao homem; e a organização do trabalho, caso reconheça os atributos do trabalhador, pode modificar os arranjos dos postos de trabalho, a tarefa do trabalhador e até a jornada de trabalho, flexibilizando o processo laboral e contemplando as especificidades do trabalhador (BERENGER, SILVA, CARVALHO, 2011).

Em relação ao tipo de trabalho, muitos relataram que a posição ortostática necessária ao trabalho exacerbava os sintomas, intensificando a dor e o edema.

É horrível, pois eu trabalho em pé o tempo todo. Tem dias que antes de começar o expediente, já estou cansado e com as pernas doendo. H5

Eu tenho que exercer um serviço de vigilância no atendimento pela minha equipe, e eu tenho que ficar a maior parte do tempo em pé e isso tem me prejudicado. H21

Eu trabalhava em pé o dia inteiro e o serviço era pesado, precisava pegar peças pesadas na seção. H11

Meu tipo de serviço sempre foi em pé, e teve uma época que trabalhei em dois empregos. Chegava em casa com muita dor. H14

De acordo com a caracterização dos participantes verificou-se que muitos homens apresentavam nível de escolaridade baixo e desenvolviam atividades laborais que requeriam cargas horárias extensas e longos períodos na posição ortostática, mesmo não estática. Os relatos dos participantes reforçam a avaliação de que o trabalho pode também prejudicar a saúde, demonstrando a influência que o tipo de trabalho exerce no processo saúde-doença das pessoas, podendo corroborar para o surgimento, o agravamento e a cronicidade dela.

Segundo Hansen, Winkel e Jorgensen (1998), apud Berenguer, Silva e Carvalho (2011), manter-se na postura em pé durante 45% a 50% da carga horária de trabalho é suficiente para provocar sintomas regulares de dores nas pernas e nos pés. As atividades laborais nas quais o trabalhador deve permanecer muito tempo na mesma postura, ou repeti-la várias vezes, expõem o corpo a fatores adversos à saúde, principalmente à dor e ao desconforto corporal, que se associam a fatores biomecânicos e à contração muscular (REID et al., 2010).

A Norma Regulamentadora 17 (NR17) salienta que a manutenção da postura em pé, imóvel, apresenta várias desvantagens: fadiga, dor, desconforto, tensão muscular e tendência à acumulação do sangue nas pernas. Por isso, verifica-se o aparecimento de insuficiência valvular venosa nos membros inferiores, resultando em varizes e sensação de peso nas pernas (BRASIL, 2002).

O trabalho estático por longo tempo provoca fadiga muscular, pois sobrecarrega a musculatura para manter o homem na mesma posição. Ocorre também um estrangulamento dos capilares, prejudicando a circulação sanguínea e linfática, resultando em alguns transtornos circulatórios: varizes, varicosidades, edema e celulite (BERTOLDI, PROENÇA,

2008). Já as varizes são a principal manifestação da doença venosa e vêm sendo apontada como a mais importante desordem em membros inferiores (MAFFEI et al., 2008).

A relação entre as varizes e a dor nos membros inferiores é explicada pelo aumento da pressão hidrostática intravascular nos casos da manutenção por longos períodos na posição em pé ou sentada, porque tais posições contribuem com a estase venosa, que pode vir a aumentar o risco de formação de coágulos e trombos. Tal fato não é verificado durante a deambulação, uma vez que a bomba muscular da panturrilha auxilia no direcionamento do fluxo sanguíneo, desde que as válvulas venosas estejam intactas. Uma vez que essas válvulas estejam danificadas, deambular irá aumentar a pressão venosa nas extremidades inferiores por causa de uma inversão do fluxo sanguíneo (BERTOLDI, PROENÇA, 2008; MAFFEI, 2008).

Outra problemática referente às pessoas com IVC e UV correlacionada ao trabalho é a execução de atividades em ambiente de elevadas temperaturas, condição contraindicada para as pessoas com problemas circulatórios, mesmo que a insuficiência venosa esteja estabilizada, pois o efeito do calor sobre as veias pode ocasionar uma vasodilatação, causando descompensação das varizes (BERTOLDI, PROENÇA, 2008).

As altas temperaturas nos ambientes laborais, a adoção de postura estática no trabalho e longas jornadas laborais são elementos que deterioram a saúde de trabalhadores supostamente saudáveis. Nesta perspectiva, agrava-se a problemática da saúde no caso de homens com IVC e UV instaladas, pois eles, mesmo com elevado desconforto, absenteísmo e incapacidade, precisam manter-se no mundo do trabalho. Portanto, conhecer os tipos de processo de trabalho e a configuração laboral desses indivíduos é importante para que os profissionais da saúde do trabalhador contribuam com protocolos de prevenção e tratamento de doenças venosas em função de atividades laborais realizadas (BERENGER, SILVA, CARVALHO, 2011).

Para que medidas de prevenção sejam efetuadas, é necessário que tanto os trabalhadores quanto o empregador conheçam os agravos que predispõem o desenvolvimento de IVC e, conseqüentemente, de UV. Deste modo, releva-se a necessidade de i) evitar longos períodos na posição ortostática sem alternar com a deambulação, ii) promover o descanso durante a jornada de trabalho a fim de se prevenir o desenvolvimento de novos casos e iii) incentivar a realização de exames admissionais e periódicos, objetivando detectar a doença em fase precoce.

Considerando a adversidade de alguns ambientes de trabalho e a nocividade de determinados processos de trabalho para aqueles que possuem IVC e UV, obtiveram-se relatos de abandono do ambiente laboral.

Eu já precisei deixar a lanchonete fechada por não conseguir dar conta devido à dor insuportável, pois é muito cansativo. Quando não aguento, largo tudo e minha esposa acaba tendo que dar conta sozinha. H5

Tem dias que eu não aguento ficar até mais tarde e acabo saindo mais cedo do trabalho porque eu sinto muita dor e uma queimação que parece que o sangue está querendo circular e não tem para onde ir, está travado. H21

Eu trabalhava por conta própria e, às vezes, eu tinha que parar o trabalho e ir para casa porque ficava sangrando, doendo demais. Eu abandonava o expediente mesmo porque não tinha condições. H2

A carga horária extensiva, principalmente nos fins de semana, e a dupla função são fatores que também contribuem com o agravamento da UV. Uma parte dos entrevistados relatou tais agravos, contribuindo, assim, para a manutenção do edema, da dor, da queimação e do surgimento de novas lesões.

Eu trabalho muito, principalmente nos fins de semana, que o movimento é maior. Além disso, o meu trabalho não é só abrir a lanchonete e trabalhar, tenho que ir a supermercado para comprar material e abastecer a lanchonete, higienizar e cortar as verduras, fazer a limpeza antes de abrir. H5

Minha jornada de trabalho é das sete às quinze horas, mas de quinta a sábado eu trabalho até às 23. Além de ser responsável pela equipe, eu também faço as compras para o restaurante. Aí, quando eu chego em casa, não estou me aguentando de dor. H21

Dos homens que forneceram esses relatos, um está inserido no mercado formal de trabalho e o outro no informal; porém, destaca-se pelo menos uma semelhança no processo laboral de ambos: a elevada demanda de trabalho. O primeiro relato é de um trabalhador inserido no mercado informal que apresenta uma série de demandas necessárias para manter seu estabelecimento, exigindo de si mesmo uma jornada de trabalho extensa, visto que precisa realizar diversas atividades antes de abrir seu negócio, não reservando para si o seu horário sem trabalho. Já o outro participante inserido no mercado formal, tem uma jornada de trabalho estabelecida, porém fica disponível o dia todo para o trabalho, em determinados dias da semana, sendo submetido a horários flexíveis, imposto ao trabalhador que é obrigado a aceitar essas condições pela necessidade financeira e o medo de perder o emprego.

Considerando o conteúdo contido nas falas anteriores, destaca-se a questão da intensificação do trabalho, a qual ocupa também o tempo livre do sujeito, ou seja, o tempo que ele teria para o descanso e para a realização de outras atividades de seu interesse. O trabalho quando ocupa o tempo livre, apresenta-se como uma atividade cansativa com significado negativo, podendo gerar o sofrimento (NATIVIDADE, COUTINHO; 2012). O prolongamento e a intensificação do trabalho exploram o aumento do tempo de trabalho e a diminuição do tempo de não trabalho durante a jornada, fatores determinantes no processo de desgaste trabalhador.

A reposição e o desenvolvimento de capacidades biopsíquicas podem ser comprometidos tanto pelo tempo insuficiente em quantidade e qualidade do repouso, quanto pela energia despendida no estudo/capacitação e nos deslocamentos residência-trabalho-residência. As longas horas de jornada laboral e de processos cognitivos relacionados ao estresse bloqueia a reposição biopsíquica, prolongando a ativação fisiológica e resultando num caminho aberto para os problemas crônicos de saúde (PINA, STOTZ; 2011).

Mesmo diante de uma limitação e da necessidade de trabalhar, os homens apresentaram em suas falas estratégias para adaptarem-se a sua condição de saúde e ao labor que desenvolviam. Esses mecanismos de adaptação foram gestados como uma forma de se manterem inseridos no mundo do trabalho, formal ou informal.

Quando eu sinto dor, eu sento, dou uma parada para melhorar, ou faço o serviço sentado, mas nunca deixei de ir trabalhar. H20

Como sou responsável pelo serviço de compras também, tenho aproveitado para fazer essa tarefa sentado para aguentar a jornada de trabalho. H21

Quando eu não aguentava mais trabalhar por causa da dor, eu falava para os passageiros que estava ficando sem freio e parava o coletivo. As pessoas saiam sem reclamar. Mas eu só fazia isso quando sabia que o socorrista era parceiro e sabia que não ia ter problema. H17

Como trabalho em casa, eu tinha uma bancada e colocava as peças sobre ela, agora fiz uma mesa para conseguir esticar as pernas e apoiar sobre um banco para conseguir trabalhar e não ficar muito tempo em pé. H6

As condições desfavoráveis no trabalho promovem um distanciamento entre o trabalho prescrito e o real. Desta forma, estratégias são pensadas pelo trabalhador para que as tarefas prescritas sejam realizadas. Neste contexto, podem vir a existir inversões de papéis e até mesmo um distanciamento entre o profissional e seu objeto de trabalho, prejudicando,

assim, a concretização de sua identidade profissional (CUNHA, 2010). No entanto, há de se analisar que essas estratégias são esforços individuais que muitas vezes não resolvem a problemática, apenas a amenizam momentaneamente. É preciso construir medidas e ações advindas das organizações laborais que protejam a saúde dos trabalhadores, em especial daqueles que já possuem agravos. Por outro lado, é preciso pressionar politicamente e por meio de produção científica, a elaboração de políticas públicas de promoção e proteção à saúde de trabalhadores, assim como de prevenção ao agravamento de doenças já existentes, como no caso da IVC.

A ausência no trabalho para a realização do acompanhamento ambulatorial pode ter consequências para o homem como a perda de emprego. Dois entrevistados afirmaram que chegaram a ser demitidos devido ao excesso de atestados médicos.

Na firma que eu trabalhava, eu fui mandado embora por causa de idas e vindas ao INSS, mas depois viram que não tinha sarado a ferida, eles me chamaram de volta. H11

Várias vezes eu precisei me afastar do trabalho por conta da ferida. E eu muitas das vezes trabalhei doente, no limite mesmo, e mesmo assim fui mandado embora do trabalho. E eu levava o atestado médico. Eu tomei uma demissão por excesso de atestados médico. Eu saí dali sem chão, fiquei muito chateado na época, não tiveram nenhuma compreensão e eles sabiam que eu tinha um problema. H6

A diminuição da qualidade de vida dos trabalhadores por causa da ferida, entre outros fatores, está fortemente associada à perda de dias de trabalho, seja para a realização do tratamento, seja pela incapacidade para executar as tarefas laborais, o que gera aumento de atestados médicos e pode desencadear até mesmo a perda do emprego (COSTA et al. 2011). Assim, o trabalhador adoecido pode experimentar um sentimento de desamparo, já que não encontra, na organização e no seu contrato de trabalho, a segurança e o amparo necessários para preservar sua saúde.

Verifica-se que as organizações laborais pouco se importam com as questões subjetivas do trabalhador, bem como com sua segurança e proteção da saúde. Encaram a força de trabalho como uma máquina que, ao dar defeito, deve ser descartada. Essa forma de lidar com o trabalhador doente tem fundamentos nos preceitos neoliberais, que apenas se importam com a produtividade e o lucro, requerendo do trabalhador a polivalência, a multifuncionalidade, e pressionando os ritmos laborais para que se produza mais e melhor.

Assim, o trabalhador precisa estar apto e disposto a responder as demandas laborais, caso contrário, será descartado, não se relevando nem mesmo as questões de adoecimento.

Em relação aos entrevistados que eram autônomos, houve relatos de que as complicações com a ferida os impediam de se manterem gerenciando e desenvolvendo atividades laborais ligadas aos seus negócios, obrigando-os a entregar a gerência a familiares ou desistir deles.

A causa da minha ferida foi um atropelamento. Aí, como pagava aluguel do imóvel da minha empresa e não tinha como trabalhar, fechei a empresa e entreguei o imóvel. Levei meus materiais para casa. Enquanto tinha dinheiro guardado eu ia gastando, tentando me curar, fiquei um ano sem trabalhar. H1

Eu tive que deixar minha peixaria com minha filha, para conseguir me tratar e fazer repouso, porque minhas pernas sangravam muito. H9

Abdicar do trabalho resulta em complexas consequências, como a queda no padrão econômico e a inviabilidade de manter a subsistência material; gera também sentimento de inutilidade, principalmente considerando as questões de gênero, que são inculcadas na maneira de ser e sentir dos homens, que devem ser o provedor da família e de si mesmos. Segundo Gomes et al. (2007), o sustento da casa reforça o papel, historicamente atribuídos aos homens, de provedor da subsistência da família. Portanto, a busca pelos serviços de saúde fica em segundo plano.

A seguir, alguns relatos que corroboram com as implicações de gênero as quais dificultam a procura por tratamento especializado em detrimento da subsistência material da família.

Eu precisava trabalhar porque meus filhos eram pequenos e precisava sustentar minha família. Eu não tinha escolha, se eu faltasse ao trabalho poderiam me mandar embora. Então, mesmo chegando na firma com dor, eu ia trabalhar; só não ia quando não tinha condições nenhuma. H11

Tinha medo de faltar o trabalho por causa da minha responsabilidade que eu tinha em casa, e depois que me divorciei ficou mais difícil ainda, porque eu tinha que pagar pensão. H19

A minha vida sempre foi espremida porque eu tinha meus filhos para manter, aí depois vieram os netos, porque eu fui avô cedo e eu, como o chefe da casa, pensava mais na minha família e na casa que eu tinha que pagar do que na minha saúde. H14

Nota-se nas falas dos entrevistados um estabelecimento da relação entre um determinado evento de saúde - dano ou doença instalado - e uma dada condição de trabalho,

verificando-se a propensão ou a escolha do indivíduo permanecer trabalhando, mesmo que sua condição seja desfavorável à produtividade no trabalho. Essa problemática pode relacionar-se com um fenômeno denominado presenteísmo, o qual se caracteriza pelo comparecimento do trabalhador ao ambiente laboral, porém não desempenhando as atividades de forma satisfatória e completa.

O presenteísmo está imbricado com problemas de saúde e perda de produtividade. Ele acomete o trabalhador em situações como excesso de trabalho; devido ao medo de desemprego; por conta da reestruturação nos setores públicos e privados, redução no tamanho da organização, redução do número de trabalhadores, aumento do número de pessoas com contratos temporários e redução dos benefícios, fatores que tornam incerto o futuro do trabalhador dentro das empresas (UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012).

O presenteísmo resulta em consequências negativas para o trabalhador, pois ele acaba indo trabalhar sem condições psicofísicas, tornando-o mais doente e ressaltando sua incapacidade para o trabalho. Por outro lado, também apresenta implicações ruins para as organizações laborais, uma vez que compromete a qualidade e a quantidade do que é produzido pelo trabalhador (PASCHOALIN; GRIEP; LISBOA, 2013).

Nessa perspectiva, identifica-se que a permanência no trabalho, mesmo sem condição de desenvolver plenamente as atividades laborais, tem grande relação com as questões de gênero, em que os homens devem manter o sustento do lar e da família e, portanto, não podem perder seus empregos. Essas questões de gênero violentam homens e mulheres, cada qual em uma perspectiva diferenciada. Neste sentido, há de se desconstruir condutas, valores, comportamentos e hábitos que deterioram a saúde e a integridade da pessoa humana em nome da manutenção de costumes que não são nada racionais. Pelo contrário, só mantêm a exclusão, o adoecimento e o preconceito que corroem as relações sociais e geram adoecimentos e mortes.

3.3 Categoria 3 – Complexidade do mundo do trabalho: aspectos legais e o cotidiano laboral dos homens com UV

Na presente categoria, analisaram-se as repercussões positivas e negativas das úlceras venosas para o desenvolvimento do trabalho nas empresas em que os homens trabalhavam. Na discussão dessas repercussões, estão imbricados os relacionamentos com o coletivo de trabalho, com a chefia e com a organização laboral como um todo. Ademais, apresentam-se e discutem-se os caminhos percorridos para que os participantes conseguissem o auxílio-doença e aposentadoria por invalidez. Os temas que emergiram dos discursos e deram origem a esta categoria foram: i) as repercussões positivas e negativas da úlcera venosa e ii) os aspectos legais relacionados ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Esta categoria, composta por 245 UR (23,95%), refere-se às redes de apoio encontradas pelos participantes para o desenvolvimento de suas atividades laborais e aos relacionamentos interpessoais nos ambientes de trabalho. Alguns entrevistados relataram que os colegas de trabalho, tendo conhecimento do problema de saúde, cooperavam com a realização das tarefas e se solidarizavam com a dor e como o sofrimento desses homens, mesmo aqueles que trabalhavam como autônomos. As falas apresentadas a seguir explicitam essa análise:

Em relação ao trabalho, hoje é mais tranquilo, porque eu sou o eletricitista responsável e os ajudantes são meus amigos. Se precisar subir uma escada, eles sobem e eu puxo os fios, faço as coisas menores, eles me ajudam muito. H20

No meu trabalho, todos sabem. As pessoas ficaram mais preocupadas, o grupo fica perguntando quando vai ser a cirurgia, quando que eu vou resolver esse problema. Os colegas estão me ajudando muito nessa parte psicológica. H21

As pessoas no meu trabalho sabiam do meu problema, mas nunca me discriminaram, até porque eu era o gerente e tinha uma hierarquia, mas eles sempre tentavam me colocar para cima. Fazia eu montar um time de futebol, eu sendo o técnico, claro. Isso era uma forma de me dá apoio. H18

O meu patrão ficou preocupado quando descobriu, pois eu estava escondendo dele há muito tempo que tinha esse problema. H4

O trabalho ocupa centralidade na vida contemporânea, pois o trabalhador permanece em média no trabalho, oito horas diárias, durante cinco dias da semana, e ainda há o deslocamento para o trabalho e a preparação para chegar ao ambiente laboral. Permanecemos

no trabalho por aproximadamente trinta a trinta e cinco anos; logo, em termos de tempo, ele ocupa a maior parcela da vida humana. Ademais, é por meio do trabalho que se garante a subsistência material; neste sentido, a vida no trabalho é extremamente relevante, tecendo-se nesse ambiente, relações interpessoais que podem ser salutar e de cooperação (NATIVIDADE, COUTINHO; 2012).

Logo, as relações gestadas entre esses participantes e seus colegas de trabalho foram de colaboração e solidariedade. Elas também foram identificadas como estímulo positivo no processo de aceitação da vulnerabilidade desses homens em relação à lesão, amenizando o sentimento de inferioridade dos participantes, que, por uma questão de gênero, acabavam se culpando pelo fato de estar com uma ferida. Ademais, tais relações contribuíram para evitar o isolamento social dos participantes e se caracterizaram como mais um motivo para eles se manterem no mundo do trabalho. Enfim, as relações interpessoais traçadas entre os participantes e os colegas de trabalho mostraram que eles não estavam sozinhos no processo de adoecimento.

Além do mais, a cooperação nos coletivos de trabalho é uma forma de amenizar o sofrimento decorrente da realização de tarefas pesadas, enfadonhas e repetitivas; é também uma maneira de os trabalhadores se ajudarem diante das variabilidades e imprevisibilidades que ocorrem nos processos laborais. Deste modo, a solidariedade destacada pelos participantes mitiga o fardo do trabalho pesado e o fardo do adoecimento.

De outro modo, a incompreensão por parte dos colegas de trabalho, gera a resistência em aceitar as limitações físicas de uma pessoa com uma ferida desta natureza. Nesta perspectiva, considerando as contradições do mundo do trabalho, nem todos os participantes tiveram uma leitura de acolhimento, solidariedade e cooperação nas relações com os colegas de trabalho. Verificou-se, então, que para alguns participantes as relações não foram completamente salutaras.

Como o serviço era pesado, às vezes eu acabava pedindo aos companheiros para pegarem as peças para mim, alguns reclamavam, sim. Mas como o patrão mandava, eles pegarem as peças para eu trabalhar, eles acabavam me ajudando a contragosto.
H11

No meu trabalho, todos sabiam que eu tinha uma ferida, mas era visto como igual por todos, inclusive pelo patrão. Ninguém se afastou de mim, mas também se eu precisasse de alguma ajuda na cozinha, os companheiros não vinha em meu auxílio.
H22

Quando voltei do auxílio-doença, o inspetor me jogou na pior linha com ônibus sucateado, eu já velho, cheio de problemas e na empresa cheio de garoto novo. Isso foi duro. H17

A partir desses relatos, verificou-se a valorização de perspectivas individualistas e pouco cooperativas. Resultado semelhante emergiu na pesquisa de Elias e Navarro (2006, p. 522), para quem “as relações entre os colegas de trabalho foram ambíguas, referidas ora como muito boas, com um discurso de trabalho em equipe, ora com relatos de disputas internas, rivalidades e diferenças de tratamento”.

O sentimento de injustiça é indiretamente manifestado pelos participantes, uma vez que eles sentiam que não se encontravam numa posição de igualdade física com os colegas de trabalho, pois possuíam limitações pela doença e em decorrência da ferida que o impediam de executar as tarefas de modo igual aos seus pares. Numa outra vertente, os participantes apresentaram a percepção de que se “*está a ficar para trás*” e, portanto, havia dificuldades de acompanhar o ritmo laboral dos colegas de trabalho, inclusive, percebiam que não havia uma atitude compreensiva do coletivo de trabalho com as limitações físicas dos participantes.

Dois entrevistados relataram não terem resistido à jornada laboral e ao tipo de processo de trabalho em que estavam inseridos, por conta da condição de saúde, pois o tipo de tarefa que desenvolviam prejudicava a cicatrização da úlcera venosa. Esses participantes encontraram uma alternativa como autônomos, pois pensaram que poderiam desenvolver uma jornada de trabalho mais flexível e que as atividades laborais seriam mais leves. Porém, perceberam que as responsabilidades não diminuiram e as exigências do capitalismo fizeram com que trabalhassem ainda mais.

Mudei meu ramo de trabalho por causa da ferida, porque quando eu trabalhava na moto me prejudicava muito o vapor quente do motor. Fui para uma lanchonete também com carteira assinada e foi ficando ruim do mesmo jeito. Então, resolvi sair e montar meu próprio negócio. Por um lado foi bom sair da estabilidade e ter meu próprio negócio, mas por outro ficou muito mais cansativo. H5

Na época, não aguentei trabalhar com a ferida e sai da firma, e comecei a trabalhar por conta própria, ter meu próprio negócio, mas tinha que dar conta de muitas coisas, acabei retornando para a mesma firma. H18

Nota-se que a informalidade do trabalho gera uma preocupação diferenciada daqueles trabalhadores com carteira assinada: manterem-se aptos para desenvolver as atividades laborais, pois trabalhar por conta própria resulta em remuneração caso se consiga produzir;

mas se não produzir, por conta de doença, por exemplo, o trabalhador estará abandonado à própria sorte em termos de subsistência material.

A informalidade contribui para limitar o acesso a bens e serviços, reforçam práticas precárias de trabalho com extensas jornadas, baixos salários, ritmos laborais exaustivos, descumprimento de normas básicas de proteção à saúde e à segurança dos trabalhadores, além de fragilizar o sistema de seguridade social (RODRIGUES, et al., 2012).

Grande parte dos trabalhadores inseridos na atividade informal precisa enfrentar o desafio da sobrevivência e as consequências do trabalho ilegal. Contraditoriamente, muitos deles veem esse tipo de vínculo laboral como a solução dos seus problemas, esquecendo-se do futuro, pois o trabalho é fundamental para a estabilidade de qualquer indivíduo, ademais, quando não puderem ou quiserem mais trabalhar, estarão desamparados economicamente, uma vez que não contribuíram com um sistema de aposentadoria (RODRIGUES, et al., 2012).

Os participantes inseriram-se no mercado de trabalho informal pelo fato de estarem adoecidos, com dificuldades para cumprirem horário e atenderem as exigências da organização do trabalho; eles acreditavam que, se tivessem o próprio negócio, as exigências seriam menores. Além disto, poderiam ter mais tempo para se cuidarem, irem aos atendimentos de saúde e cumprirem as orientações para o autocuidado. No entanto, o mundo do trabalho está cada vez mais competitivo, com aplicações de tecnologias cada vez mais elaboradas, objetivando aumentar a produção e os lucros (ARAUJO; SACHUK, 2007). Assim, acompanhar tais exigências e configurações do mundo do trabalho não é tarefa fácil, considerando, inclusive, a baixa escolaridade que foi captada entre os participantes. Logo, acabaram por perceber que continuavam pressionados e com dificuldades para desenvolver as orientações de saúde e comparecer ao atendimento médico.

Ainda em relação à vivência no ambiente laboral, houve entrevistados que relataram que, durante a jornada laborativa, quando precisavam trocar os curativos, se escondiam para que os colegas de trabalho não descobrissem a existência da ferida. Também houve depoimentos de homens que, por trabalharem como autônomos, no ramo da alimentação, careciam de estar sempre alerta, observando o membro inferior afetado a fim de identificarem precocemente o extravasamento de exsudato para a vestimenta. Adotavam esta conduta para evitar desconforto para a clientela.

No trabalho eu tinha que trocar duas a três vezes o curativo da minha perna, fazia no vestiário, sem ninguém ver. Daí levava luva cirúrgica e fazia a troca. Já tinha meu kit diário. Tinha muito medo de ser mandado embora. H19

Eu sempre procurei trabalhar de calça comprida, até porque eu não trabalharia no que faço de bermuda, porque poderia constranger os clientes, pois trabalho com peixe, que é comida, então tenho que mostrar que sou uma pessoa limpa. H9

No horário de trabalho, eu olhava minha perna, porque eu sabia da minha situação, então eu sempre estava levantando a perna da calça e quando eu sentia que estava manchando a atadura eu corria para o banheiro e lavava a perna e colocava outro curativo ou papel higiênico. H14

A partir desses discursos, depreendem-se alguns elementos para análise: autoestima baixa e o preconceito que ainda envolvem a presença de lesões de pele; a culpa que os homens apresentam por estarem doentes; e o medo do desemprego que assola os homens inseridos em uma sociedade capitalista.

Em épocas remotas, as feridas eram vistas como castigo de Deus perante os pecados cometidos pelas pessoas portadoras das lesões e/ou por erros cometidos por seus filhos. A lepra era uma doença dos excluídos, sujos, negligentes e pecadores. Apresentava tanta carga preconceituosa que a comunidade científica considerou importante fazer uma forte campanha para utilizar a denominação de hanseníase numa tentativa de minimizar o estigma da doença (CID, et al., 2013; SILVEIRA, et al., 2014). Assim, o estigma e o preconceito que envolvem as doenças de pele encontram-se marcados na memória coletiva, de modo que as pessoas têm vergonha de possuírem uma lesão tegumentar, como se fossem culpadas de algo, inclusive, a implicação é tão profunda que se sentem como pessoas sem higiene conforme relato de H9 (*“então tenho que mostrar que sou uma pessoa limpa”*).

O sofrimento e a culpa advindos do processo de adoecimento ainda são mais fortes no gênero masculino, pois os homens não se permitem adoecer. Eles devem ser fortes e indestrutíveis para provar a masculinidade. Além disto, preocupados com a sobrevivência material, o medo do desemprego é grande, considerando principalmente o fato de esses homens pertencerem a camadas sociais mais desfavorecidas, de terem baixa escolaridade (que já restringe o acesso a mais opções de trabalho) e de se inserirem em uma sociedade de desigualdades e de elevado desemprego estrutural.

Ademais, nem sempre é possível se manter no mundo do trabalho estando com uma ferida que não cicatriza e que possui aspectos clínicos como dor, edema, odor, exsudato, mobilidade dificultada, características que prejudicam o desenvolvimento de algumas atividades laborais. Associando ao quadro clínico e à construção social que o gênero

masculino tende a priorizar, o receio de uma possível demissão retarda a procura por uma avaliação clínica. Porém, com o agravamento dos sintomas, ao procurarem um tratamento, muitas vezes é necessário que o paciente homem se afaste do trabalho.

Para aqueles que estão inseridos no mercado formal, nos casos em que precisam se afastar das atividades laborais, compete às empresas cobrirem os quinze primeiros dias de afastamento. Porém, pelo tamanho da lesão e pela extensão de comprometimento do membro afetado, muitas vezes esse período é insuficiente para o retorno ao trabalho. Assim, há a necessidade de o trabalhador permanecer em auxílio-doença, que é um benefício concedido pelo Estado aos trabalhadores com carteira assinada e aos profissionais autônomos que contribuem para a Previdência Social. De acordo com Jakobi et al. (2013), o benefício do auxílio-doença do INSS é concedido a título de ressarcimento salarial nos casos de incapacidade temporária superior a quinze dias consecutivos, decorrente de qualquer situação enquadrada na definição e equiparação legal de incapacidade para o trabalho.

Um elevado quantitativo dos entrevistados relatou que, mesmo tendo conhecimento da gravidade da patologia, teve resistência em procurar atendimento médico porque não queriam receber auxílio-doença.

Eu não me cuidava, tinha medo de faltar ao trabalho para ir ao médico e ficar encostado. Então, eu tomava remédio por conta própria para melhorar a dor. H19

Eu muitas das vezes trabalhei no limite mesmo. Nunca procurei ajuda, com medo de ficar pelo INSS. H6

Eu por medo de faltar ao trabalho, me segurava, não dizia para ninguém no trabalho que tinha um problema. Não ia a médico de jeito nenhum porque sabia que ia ficar pelo INSS e eu ia perder boa parte do meu salário e ainda podia correr o risco de perder meu emprego. H14

Em uma sociedade voltada para o consumo de bens, a dificuldade ou a perda da renda significa rebaixamento do *status* social e a privação de necessidades básicas; sendo assim, a incapacidade para o trabalho possui implicações sociais, econômicas e psicológicas. Ademais, o afastamento por doença tem efeitos negativos sobre as empresas e a economia em geral, reduzindo a força de trabalho, de produção e de consumo, e aumentando o custo da produção e de encargos previdenciários (JAKOBI, et al., 2013).

O valor do auxílio-doença corresponde a 91% do salário de benefício. O salário de benefício, por sua vez, corresponde à média dos 80% maiores salários de contribuição de todo o período contributivo do trabalhador, devidamente corrigidos. (BRASIL, 2010b). Constata-

se, assim, perda de parte da renda, levando esses entrevistados a permanecer trabalhando, especialmente se se consideram os baixos salários que os participantes declararam receber quando estavam em plena atividade laboral.

Neste sentido, os homens entrevistados referiram que, quando recebiam o auxílio-doença ou quando foram aposentados por invalidez, permaneciam desenvolvendo alguma atividade produtiva para complementar a renda.

Eu fui motorista durante muitos anos e quando fiquei recebendo o benefício, eu fiz muito bico como pedreiro. H13

Às vezes faço uns bicos como servente, pois o dinheiro que a gente recebe não dá, tenho que comprar os remédios. H8

Quando fiquei pelo auxílio-doença, eu trabalhei em transporte alternativo para ajudar nos gastos, porque o dinheiro que recebia do benefício não era suficiente. H17

O valor do benefício é insuficiente para os gastos essenciais dos indivíduos, pois, além de proverem a casa e a si próprios, esses homens precisam prover a família, inclusive, os custos com o tratamento da lesão e da patologia. Tal situação é perversa, uma vez que essas pessoas foram afastadas do trabalho para não desenvolver maiores sequelas e/ou para se garantir a cicatrização da úlcera. Por outro lado, há um aumento da culpa por estarem burlando o sistema e por saberem que continuam sem se tratarem adequadamente.

Identifica-se ainda um ciclo vicioso em que não se ganha o suficiente para manter uma boa qualidade de vida e para assegurar um tratamento adequado; daí se busca outra atividade remunerada, frequentemente penosa para o problema de saúde em questão, agravando ainda mais a problemática. Ademais, permanece-se onerando o sistema previdenciário sem que haja uma solução efetiva.

Quando questionados em relação à origem da lesão e/ou ao agravamento da mesma, alguns participantes imputaram às características do processo laboral o motivo do agravamento da doença e da lesão.

Eu trabalhava como mototaxista e um dia numa das saídas para realizar entregas, eu caí e abriu a primeira ferida, e não cicatrizou mais. H5

A história dessa ferida foi dentro da própria firma em que eu trabalhava. A gente tinha que colocar e retirar peças pesadas de dentro de um tanque, a uma temperatura entre 60 e 80° C. Um dia, ao tentar pegar uma das peças, eu escorreguei o pé na

beirada do tanque e acabei me queimando, daí a lesão que vem abrindo desde então. H11

No meu caso, rompeu um vaso quando eu estava trabalhando, sendo que o sangue não extravasou, ficou como se fosse um hematoma inchado. A pele ficou sensível e abriu a ferida. H21

O acidente de trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 2001b). Segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social (BRASIL, 2010), foram registrados no INSS, em 2009, mais de 700 mil acidentes de trabalho, sendo a população masculina a mais afetada (72%). Logo, os relatos apresentados reafirmam essa situação de acidentes de trabalho e lesões incapacitantes.

Além do mais, as condições e o processo de trabalho constituem importantes fatores que desencadeiam ou agravam doenças, bem como causam acidentes de trabalho. Independentemente das particularidades de cada indivíduo, quando um trabalhador é submetido a determinadas condições e processos laborais, é alto o potencial para trabalhadores desenvolverem doença venosa. Assim, quando o trabalhador permanece em postura ortostática por períodos prolongados, é exposto a temperaturas elevadas, carrega peso e precisa satisfazer exigências de alta produtividade em condições desfavoráveis, configuram-se condições para o desenvolvimento de quadros sintomáticos e clínicos para o acometimento de transtornos circulatórios de membros inferiores (BERTOLDI, PROENÇA, 2008).

Outros fatores também podem estar relacionados com o agravamento do quadro, como a natureza da atividade que exige um trabalho repetitivo e contínuo, a pressão temporal, com poucas possibilidades de pausas ou descansos periódicos durante jornadas de trabalho extensas e ininterruptas (BERTOLDI, PROENÇA, 2008).

A lógica de atribuição de culpas confere ao trabalhador responsabilidade pelo adoecimento do qual é vítima, uma vez que, não raro, a ele é confiada a organização do local e o planejamento do próprio trabalho. Paralelamente, desconsideram-se elementos fundamentais na gênese do acidente ou adoecimento, como a pressão de produção, as horas extras, as ameaças de demissão, os prêmios por produtividade, a distância e as dificuldades de acesso entre a residência e o emprego, baixos salários, busca por outras fontes de renda, preocupação com situações pessoais ou familiares (PINTO JUNIOR et al., 2014, p. 2846).

Muitas empresas adotam programas que buscam a redução e até mesmo a eliminação de acidentes; no entanto, as mesmas geram situações que vitimam o trabalhador duplamente, seja pela doença-acidente, seja por discriminá-lo como gerador da condição que derrubou a meta de redução de acidentes. Há casos em que a participação nos lucros da empresa é condicionada a metas de redução de acidentes, atribuindo aos empregados a culpa por não alcançarem tais objetivos (PINTO JUNIOR, et. al, 2014).

Os entrevistados que necessitaram de benefícios, como o auxílio-doença, pelo fato de não conseguirem mais trabalhar, relataram os percalços de idas e vindas constantes aos postos do INSS para obterem tais benefícios. E muitos participantes queixaram-se de que os peritos davam alta, mesmo sem que a cicatrização ocorresse por completo.

Eu passava pelos postos do INSS, os médicos me davam alta eu voltava a trabalhar, aí trabalhava um mês, dois meses, daí a ferida começava a doer mais e mais, sangrava, saía muita secreção. Assim, voltava para o INSS, depois eles cortavam o auxílio e me davam alta, retornava para o trabalho, daí não aguentava, e começando tudo de novo. H11

Nesses mais de trinta anos com isso, eu passei por muitas perícias, me davam alta com a ferida aberta, diziam que eu tinha condições de voltar a trabalhar. Eu voltava, porque ficar sem trabalhar era péssimo, mas meses depois estava de volta novamente pelo auxílio. Às vezes pareciam que eles davam alta de maldade, porque eles viam a ferida aberta. H22

Quando eu estava pelo auxílio-doença, numa das pericias, eu peguei um médico que viu o tamanho da minha ferida e o quanto minha perna estava inchada e falou que meu problema não era nada demais e que eu podia voltar a trabalhar, porque ainda bem que eu ainda estava com a minha perna. Ele passou um remédio e uma pomada, disse que aquilo iria melhorar e me deu alta. Aí não melhorei e precisei voltar ao auxílio de novo. H14

O auxílio-doença visa garantir a renda mensal dos trabalhadores que ficam incapacitados temporariamente para o exercício do trabalho em função de doença ou de acidente. Esse direito está previsto na Constituição Federal, artigo 201, que estabelece que a Previdência Social atenda a cobertura por eventos de doença. Para ter direito ao benefício, o segurado deverá cumprir a carência mínima de doze contribuições para a Previdência (salvo os casos de acidentes e outras patologias previstas em lei). (BRASIL, 2010b). O segurado da Previdência Social tem direito a receber o benefício o auxílio-doença enquanto permanecer doente e incapaz, ou seja, enquanto o resultado da perícia médica reconhecer a existência de incapacidade para o trabalho. Portanto, o trabalhador precisa comprovar estar doente e

impossibilitado para retornar ao exercício de atividade laboral, sendo competência legal do médico perito a avaliação da capacidade laborativa dos segurados (MELO, 2014).

A tarefa médico-pericial ocorre nas dependências de consultórios das agências da Previdência Social e inclui anamnese, exame físico, leitura e interpretação de relatórios médicos e exames complementares. Ou seja, possui todas as características do exame médico-assistencial, diferenciando-se apenas pela natureza de sua finalidade, reconhecendo aqueles que têm ou não direito ao benefício (MELO, 2014). O médico perito, considerando as características clínicas de cada patologia, determina o prazo para a manutenção do benefício; sendo assim, o segurado, se não se considerar apto para o retorno das atividades laborais ao final do prazo fixado, pode solicitar uma nova avaliação pericial por meio de Pedido de Prorrogação (PP). Além disto, os peritos podem encaminhar o segurado para o serviço de reabilitação profissional, propor a revisão do benefício em dois anos ou ainda recomendar a aposentadoria por invalidez (BRASIL, 2010b).

O adoecimento tem determinantes sociais que devem ser considerados pela avaliação da incapacidade. No entanto, apreende-se nas falas que os peritos não os levam em conta; e que há pouca ou nenhuma sensibilidade para avaliar as questões socioambientais, culturais, psicológicas, econômicas, políticas e trabalhistas as quais interferem no processo saúde-doença-incapacidade (PINTO JUNIOR et al., 2014).

4.1 – Incapacidade laborativa é a impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente.

4.1.1 – O risco de vida, para si ou para terceiros, ou de agravamento, que a permanência em atividade possa acarretar, será implicitamente incluído no conceito de incapacidade, desde que palpável e indiscutível.

4.2 – O conceito de incapacidade deve ser analisado quanto ao grau, à duração e à profissão desempenhada.

4.2.1 – Quanto ao grau a incapacidade laborativa pode ser parcial ou total: a) será considerado como parcial o grau de incapacidade que ainda permita o desempenho de atividade, sem risco de vida ou agravamento maior e que seja compatível (BRASIL, 2012, p.25).

Ademais, o auxílio-doença, mesmo sendo conferido aos trabalhadores, não é suficiente para resolver a problemática psicossocial e econômica do segurado. Necessita-se de uma política de reabilitação durante o período de afastamento do trabalho para que, ao retornarem as suas atividades laborativas, os trabalhadores mantenham-se em seus empregos, podendo inclusive serem readaptados a fim de desenvolverem atividades menos

comprometedoras para o processo saúde-doença. Assim, verificam-se contradições e equívocos na dinâmica de afastamento para a cura da doença e retorno ao trabalho, pois os trabalhadores regressam aos mesmos ambientes laborais e às mesmas condições de trabalho que os adoeceram. Portanto, mantêm-se os riscos de agravamento da enfermidade e o problema, que antes poderia ser sanado, torna-se crônico, reduzindo ainda mais sua capacidade laboral, o que leva à aposentadoria por invalidez. Ademais, constam-se maiores gastos para os cofres previdenciários e o afastamento do trabalhador ainda produtivo no mercado de trabalho.

Destaca-se também que o trabalhador, ao ser liberado pelo perito do INSS para retornar as atividades, nem sempre suporta permanecer muito tempo no trabalho. Nesse caso, ele acaba sendo encaminhado pela empresa ao serviço médico e, conseqüentemente, de volta ao INSS.

O médico que eu ia era o da firma, o INSS ligava para ele e dizia que eu podia voltar a trabalhar. Trabalhava quinze dias, um mês, não aguentava e o patrão me mandava de volta ao médico da firma. Aconteceu vezes que eu só ficava quinze dias de licença porque o INSS não queria me encostar. H11

Houve dois entrevistados que relataram a readaptação de funções a fim de solucionar ou minimizar os contínuos afastamentos. Esses participantes declararam que as empresas em que trabalhavam os remanejaram para outros setores, propondo-lhes o desenvolvimento de diferentes atividades, consideradas pela organização do trabalho mais leves.

Por causa desse problema, acabei saindo da seção que eu trabalhava e me colocaram na portaria. Aí ficou melhor, porque eu não precisava pegar peso. H11

Neste outro setor, eu não trabalho muito tempo em pé, eu fico no estoque do mercado, não preciso pegar peso. Eu empurro materiais no carrinho para o elevador, mas as coisas menos pesadas. H10

As adaptações e alterações nas exigências e quantidade de trabalho podem ser elementos facilitadores para evitar a sequência de adoecimentos e afastamentos do trabalho (MELO, 2014). Logo, tais ações são iniciativas organizacionais que protegem o trabalhador, valorizando suas especificidades biopsicossociais. Esse tipo de organização laboral caracteriza-se como flexível, racional, pois leva em consideração a subjetividade do trabalhador e propicia a satisfação no trabalho devido ao reconhecimento demonstrado ao trabalhador. Desta forma, possibilita-se a proteção contra adoecimentos (DEJOURS, 1992).

Outro relato marcante foi sobre a recusa de os peritos do INSS aposentarem o participante H14 por invalidez, o que gerou desgaste, sofrimento e gastos de tempo para se rever tal decisão.

Numa das perícias eu peguei uma médica muito boa pediu para eu tirar o curativo, perguntou se eu trabalhava e viu que eu não tinha mais condições de trabalhar. Assim, ela falou que ia me aposentar. [...]. E mesmo ela fazendo o pedido, foi negada a aposentadoria. Eu precisei recorrer por 2 vezes. Quando foi aprovada, eu não me aguentei, chorei de novo (nesse momento o entrevistado chora). H14

O médico perito necessita conhecer as circunstâncias da produção, o processo de trabalho, os gestos profissionais, os riscos e patologias inerentes à atividade de cada segurado por ele assistido, a fim de estabelecer a causalidade da enfermidade com a atividade laboral desenvolvida pelo trabalhador adoecido, propiciando, assim, o recebimento dos direitos que são devidos aos trabalhadores que adoecem pelo e no trabalho (PINTO JUNIOR, et al., 2012). Porém, verifica-se um processo assistencial mecanizado e fiel aos interesses do capital, no qual se busca que o trabalhador volte rapidamente ao processo produtivo para continuar suas atividades e para evitar gastos do empresariado com licenças.

Ademais, os peritos encontram o trabalhador fragilizado, adoecido, com dor, com a autoestima baixa pela perda da capacidade produtiva, desamparado das entidades que o representam, pressionado ante a autoridade do perito, que tem o poder de conceder ou negar-lhe o benefício. E, diante dessa situação complexa, o trabalhador segurado adota postura submissa frente àquele que julgará seu destino, aceitando com resignação decisões arbitrárias e equivocadas que vão contra seus direitos (PINTO JUNIOR, et. al, 2014).

De outro modo, a aposentadoria significa não trabalhar, e nem sempre a renda da aposentadoria é compatível com os gastos do indivíduo e sua família. Além da sensação de estar fora do mercado de trabalho, o homem se sente vulnerável, pois há a sensação da inutilidade. Sendo assim, muitos acabam retornando ao mercado de trabalho, seja formal ou informalidade. Uma parte dos entrevistados que se encontravam aposentados por idade afirmou que permanecia trabalhando pelo fato de a aposentadoria não cobrir suas despesas.

Além dessa situação, são muitas as dificuldades do idoso na atual sociedade produtivista e de consumo, de modo que ele enfrenta preconceitos relativos ao processo de senilidade. Neste sentido, a aposentadoria dificulta ainda mais esse processo, uma vez que o entendimento que se tem sobre ela é de afastamento e exclusão. Acrescenta-se a essa análise o

fato de que, há algumas décadas, quem se aposentava não precisava continuar trabalhando, pois a renda da aposentadoria bastava para o seu sustento. No entanto, tal fato não se observa atualmente, impelindo idosos, que muitas vezes não têm condições de saúde plena, a continuarem trabalhando (BULLA, KAEFER, 2003).

Dois dos entrevistados encontravam-se aposentados pela idade; porém, por considerarem o valor da renda insuficiente para seu sustento e de sua família, decidiram permanecer exercendo atividades laborativas. Um era profissional autônomo e outro permaneceu na mesma empresa como trabalhador formal.

Continuar trabalhando para mim é necessário porque tem época que eu tenho que comprar gaze, esparadrapo, ataduras, e só o dinheiro da minha aposentadoria não dá para sobreviver, e aí eu tenho que fazer um esforço a mais, mas o que eu queria era ficar em casa. H20

Eu sou aposentado desde 1993, mas ainda trabalho com carteira assinada. A minha aposentadoria é um salário mínimo de R\$ 800,00, então eu preciso trabalhar para completar o sustento da casa. Sou casado há 50 anos e minha mulher nunca trabalhou, pois eu sou o responsável pela casa. H10

Para a Previdência Social, o trabalhador, mesmo aposentado por idade, pode continuar exercendo suas atividades de trabalho dentro do mercado formal. Em contrapartida, caso esse trabalhador sofra algum acidente de trabalho, só terá seus direitos garantidos dentro do limite que compete à empresa (quinze dias consecutivos), não tendo direito a nenhum benefício se permanecer incapacitado para o trabalho. (BULLA, KAEFER, 2003) Um dos entrevistados relatou tal ocorrido:

Quando eu fiquei internado, aquele período que compete ao patrão, os quinze dias, a casa pagou. Mas depois desse prazo que eu ainda fiquei no hospital, ele não me pagou nada e eu não podia entrar no INSS por causa da aposentadoria. Eu não tenho auxílio-doença porque sou aposentado e olha que eu trabalho lá há quarenta anos. H10

Tal situação revela-se perversa, pois, além de um processo de adoecimento que fragiliza e amedronta um homem, ele também é visto e impelido a ser o provedor da família e de si mesmo e, ao estar incapacitado temporariamente ao trabalho, não é apoiado financeiramente nem pela empresa em que sempre trabalhou e nem pelo Estado. Daí surge o sentimento de abandono, de inutilidade e de medo que deprime o trabalhador e aumenta as possibilidades de mais adoecimento e morte.

Já três dos dez entrevistados que estavam aposentados por invalidez afirmaram ainda trabalhavam informalmente, para se sentirem úteis e esquecerem os problemas do cotidiano, mas principalmente devido ao valor insuficiente da aposentadoria.

Mesmo aposentado, eu tenho que trabalhar. Vou fazer o quê? Hoje trabalho como guardador de carros. Assim, tenho minha cadeira que às vezes dá para ficar sentado. Eu sei que preciso de um tempo para a perna melhorar, mas por necessidade, vou trabalhar. E o trabalho me distrai, me faz sentir que ainda dou conta das coisas, que posso fazer alguma coisa. H12

Hoje eu trabalho por conta própria, pois a aposentadoria não permite me sustentar. Mas por um lado é bom pois eu não preciso ficar correndo para dar conta de produção como numa empresa particular. H6

Mesmo conseguindo a aposentadoria, quem é que vai conseguir sobreviver com um salário mínimo? Outra coisa, eu não iria suportar ficar em casa sem fazer nada. A gente acaba não pensando na ferida, mas nos gastos que temos. E hoje eu não preciso trabalhar doze horas por dia como fazia antes para receber um trocado a mais do meu salário. H22

Apreendeu-se nas falas desses entrevistados o quanto está inculcado o sentimento de utilidade que o trabalho traz. Mas também como está enraizada a responsabilidade de provedor da casa e da família. O sentimento de utilidade e de sustento prevalece. Para outros, prevalece a necessidade de manter-se trabalhando, mesmo com o reconhecimento de que o cuidado de si seria mais adequado, caso tivesse acesso a melhores condições econômicas.

O sustento está vinculado tanto ao suprimento das necessidades básicas como a despesas adicionais, por exemplo, com o lazer. Porém, o sujeito, dependendo da remuneração que recebe, poderá consumir mais ou menos as necessidades básicas e os gastos adicionais são muitas vezes considerados supérfluos para uma parcela significativa de população (NATIVIDADE; COUTINHO, 2012).

Provavelmente, se tivéssemos uma política de reabilitação apropriada e uma política pública de atendimento adequado no manejo de controle das IVC e prevenção de recidivas das UV, teríamos uma redução nos índices dos benefícios do auxílio-doença e nas aposentadorias por invalidez.

Apesar dos grandes avanços na área da saúde, como a evolução da terapêutica clínica e cirúrgica, a doença venosa é injustamente negligenciada e desvalorizada. Essa desvalorização é multifocal, pois envolve quem desenvolve a enfermidade, os médicos não especialistas, os seguros privados e os peritos médicos que atuam na Previdência Social.

Na realidade, o que se constata são pessoas com a doença circulatória durante anos, alguns casos tendo sua gênese ainda na fase produtiva, muitas acabam incapacitadas para o retorno ao trabalho, ainda muitos jovens, sendo inicialmente afastados de suas atividades laborativas de forma temporária e no decorrer do tempo, nos casos em que não ocorreu a cicatrização, acabam sendo incapacitadas definitivamente. Mesmo assim, a lesão permanece no convívio do indivíduo pelo fato de não ter uma resolutividade no processo de reabilitação e na prevenção de recidivas.

3.4 Categoria 4 – Os serviços de saúde e o atendimento aos homens com UV

Nessa quarta categoria, composta por 231 UR (22,58%), apresenta-se e discute-se o ponto de vista dos participantes sobre o papel dos serviços de atendimento à saúde, bem como as possíveis ações e condutas que os profissionais de saúde podem adotar para contribuir com a redução do tempo de cicatrização e a prevenção de recidivas das úlceras venosas.

No que diz respeito ao atendimento dos usuários nas UBS, é negativa a percepção sobre a qualidade do serviço prestado; os participantes destacaram várias situações que depõem contra a assistência desenvolvida como a escassez de material para realização de curativos, a falta de orientação em relação ao autocuidado, a baixa capacitação e qualificação dos profissionais para executar o cuidado ao cliente com IVC e com UV. Ademais, enfatizaram a falta de referência ao atendimento especializado para o diagnóstico correto da patologia.

Nos discursos dos homens entrevistados, emergiram relatos em relação ao atendimento realizado pelos médicos da UBS, considerado por eles inadequado e sem resolutividade para atender à população com uma ferida.

Eu fui ao posto de saúde e senti que alguns médicos estão despreparados para avaliar e tratar isso. Ele me passou uma pomada que só fez abrir mais a ferida; prejudicou-me mais do que ajudou. H21

Eu acho que minha ferida abriu mais depois que eu comecei a usar a pomada indicada pelo médico do posto de saúde. H19

No posto era muita Benzetacil, eu cheguei a tomar dia sim e dia não essa injeção, e a ferida não fechava. H22

Todas as vezes que eu ia no posto, ele só escrevia a Benzetacil. Ai teve um dia que perguntei para ele se não iria olhar a ferida da minha perna, ele virou para mim e disse que já sabia como é que estava. H18

Eu cheguei a ir ao posto, mas me passaram dez injeções de Benzetacil. Eu só aguentei cinco, e mesmo assim não mudou em nada. H1

Depreende-se nas falas anteriores a inadequação da conduta médica em relação ao tratamento da UV, pois há um foco na terapia medicamentosa tópica ou injetável, prioritariamente no uso do antibiótico, sem identificar as demandas dos usuários e o replanejamento do atendimento aos mesmos. Assim, identifica-se uma visão limitada por parte desses profissionais sobre a complexidade da problemática de saúde, uma vez que é preciso avaliar o cliente como um todo e, realizar anamnese e exame físico aprofundados, com o foco na patologia de base, na natureza e nas características da lesão, a fim de dar resolutividade ao que incomoda e adoce o cliente (CARMO et al., 2007; SILVA et al., 2009). Para Santana et al. (2013, p.822), “a assistência às pessoas com lesões de pele exige abordagem holística, planejamento de estratégias e de intervenções que possibilitem alcançar os objetivos propostos”.

Ademais, a prescrição de coberturas para tratamento de lesões não é tarefa simples, demandando conhecimento técnico-científico especializado, pois há de se avaliar as condições gerais do paciente para a cicatrização, como avaliação das condições nutricionais e hidroeletrólíticas, das doenças associadas etc. É necessário também analisar as condições das feridas, ou seja, tamanho, profundidade, tipo de tecido presente no leito da ferida, características das bordas da lesão e tecido circunvizinho, usos anteriores de outros tratamentos tópicos, entre outros. Enfim, os profissionais devem relacionar uma serie de conteúdos científicos e saber abordar o cliente de forma empática e acolhedora, para prescrever a conduta eficaz e eficiente (FONSECA et al., 2012).

Segundo alguns entrevistados, não lhes eram solicitados o retorno para a avaliação da conduta médica, restringindo-se o regresso ao serviço somente para a realização do curativo, portanto, a evolução da ferida não era acompanhada, analisada e registrada. Outros participantes eram orientados a realizarem a troca dos curativos em seus domicílios, realizando-os com base na terapia tópica prescrita. A seguir apresentam-se alguns relatos para caracterizar essa análise:

No posto de saúde só me passaram a pomada e o curativo para ser feito em casa e nem sequer me pediram para retornar a fim de saberem se o que me passaram serviu. H21

No posto, eu só fazia a troca dos curativos, eles só limpavam e usava a Sulfadiazina, mas a secreção continuava. Mas, mesmo assim, permaneciam utilizando a mesma pomada. H17

Outro conteúdo emergido nas falas dos participantes diz respeito à persistência no uso alguns produtos de terapia tópica, mesmo não apresentando eficácia no processo cicatricial e o não retorno a unidade assistencial para a avaliação da evolução da ferida a partir da terapia prescrita.

Atualmente, é possível constatar a elaboração e utilização de normas nacionais (definidas institucionalmente no contexto de cada país) e normas internacionais (definidas por organizações competentes), corporalizadas por meio de guias de boa prática, manuais e protocolos de atuação (*guidelines*) no domínio do tratamento das UV, os quais se constituem como um valioso método de orientação para a atuação dos profissionais de saúde (SOUSA, 2009). Neste sentido, considera-se fundamental que os profissionais de saúde se mantenham atualizados em relação à evolução no que concerne ao tratamento das úlceras de perna, a fim de qualificar sua prática profissional e torna-la baseadas em evidências científicas.

De outro modo, ao indicar que um procedimento seja realizado pelo próprio paciente no domicílio, é necessário que o profissional identifique se ele tem condições de realizar o autocuidado e/ou se há um familiar que possa auxiliá-lo durante a troca dos curativos. Tanto as UBS quanto os ambulatorios de unidades especializadas não funcionam nos finais de semana, sendo então importante o treinamento tanto do paciente quanto do familiar/cuidador para a adequada realização do procedimento. Assim, se o profissional indicar que o curativo seja realizado no domicílio, há de se analisarem as condições psicocognitivas e motoras do usuário para execução do procedimento, assim como suas condições socioeconômicas e de saneamento básico, enfatizando a relevância do acompanhamento profissional sistemático para avaliação da evolução da lesão.

Ainda em relação ao atendimento nas UBS, outros aspectos da assistência prestada avaliados negativamente pelos participantes foram: i) técnica inadequada na realização dos curativos, destacando-se a limpeza incorreta; ii) falta de materiais para a execução correta do procedimento, cujos insumos os participantes tinham, muitas vezes, que comprar; e iii) não

realização do procedimento devido à elevada demanda dos profissionais, resultando no retorno ao domicílio sem que tivessem suas necessidades de saúde atendidas.

No posto tem um tanque no canto de uma sala. Eles pediram para eu colocar minha perna lá dentro, sendo que já estava sujo de outro paciente, ligaram a bica e começaram a esfregar a ferida. Um dia eu perguntei se não tinha soro fisiológico, e a moça que me atendeu disse que eu não tinha que estar reclamando. Não voltei mais lá. H14

Tem dias que não tem material e não fazem o curativo. Tem dias que tem o material, mas eles não fazem, e dão o material para que eu faça em casa, pois dizem que o posto está muito cheio. H12

Para fazer o curativo no posto eu já tive que comprar gaze. Não estou querendo falar mal do posto de saúde, que eu não quero isso, mas quando a gente chega lá, não é só para mim que não tem, para as outras pessoas também. H20

A falta de materiais inviabiliza a continuidade do tratamento, dificultando o processo de cicatrização. No entanto, é dever do Estado garantir a infraestrutura para o atendimento nos serviços de saúde, pois, segundo a Constituição de 1988 e a Lei 8080/90, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e ao estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988; 1990).

Por outro lado, considerando que os participantes dispunham de baixa renda, eram aposentados ou viviam com os poucos benefícios do auxílio-doença, tal necessidade de os homens terem de comprar materiais para realização dos curativos é mais uma incoerência desse modelo de Estado, pautado na pouca racionalidade e nas ingerências administrativas pouco competentes. Esse modelo, incoerentemente, defende o direito de todos à saúde, mas faz enxugamento da máquina pública, precarizando as condições de trabalho e reduzindo recursos materiais e humanos. Neste sentido, tanto a assistência em saúde e enfermagem quanto o paciente são penalizados pelas condições precárias de trabalho e pela falta de recursos para o desenvolvimento do cuidado.

É importante também analisar a fala de H14, que criticou a técnica adotada na realização do curativo, uma vez que os profissionais não respeitaram um dos princípios básicos da realização do procedimento que é a higiene. Em um estudo realizado por Silva et al. (2013), em que foram realizadas atividades em grupo com pessoas com UV, vários

participantes relataram que os técnicos de enfermagem do serviço de saúde estudado esfregavam o leito da lesão durante as trocas de curativos. Autores como Abbade e Lastoria, (2006); Carmo et al, (2007) afirmam que a limpeza da ferida deve ser feita com soro fisiológico 0,9% morno em jato para garantir limpeza eficaz e minimizar os riscos de trauma adicional na lesão. Não é recomendado o uso de antissépticos, pois podem comprometer a reparação tecidual por serem citotóxicos aos fibroblastos, impedindo a granulação de maneira eficaz. A finalidade da limpeza é promover um ambiente favorável à cicatrização.

Cabe uma análise sobre o fato de os participantes não mencionarem a atuação dos enfermeiros no cuidado prestado, em especial na avaliação e realização do curativo. A Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional de enfermagem, define em seu artigo 4º que a atuação do enfermeiro inclui a prescrição da assistência de enfermagem e, assim, todo o tratamento dispensado às pessoas nas salas de curativo deve ser conduzido mediante tal prescrição (BRASIL, 1986). E, no artigo 14, estabelece-se que as atividades do técnico e do auxiliar de enfermagem somente podem ser executadas sob orientação e supervisão do enfermeiro. Ademais, a resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009 determina a obrigatoriedade da implantação do processo de enfermagem em toda instituição de saúde pública ou privada (COFEN, 2009). Logo, as pessoas atendidas nas salas de curativos de unidades de APS precisam ter acesso à consulta de enfermagem, derivando dela o plano terapêutico a ser seguido pela equipe de enfermagem.

Um estudo realizado em Unidades de Saúde da Família na cidade de Natal apontou um distanciamento da equipe no tratamento e acompanhamento do paciente com lesão crônica à medida que se prolongava o processo cicatricial (48,5% de acompanhamentos em trinta dias a 23% em um ano), sendo o acompanhamento em 27% dos casos realizado pelo técnico em enfermagem. Nesse contexto, os enfermeiros e os médicos eram os profissionais mais ausentes (8,2% e 1,4%) (NUNES, 2006).

Esses relatos demonstram que o usuário, a cada procura ao serviço, é atendido por profissionais, na maioria das vezes, despreparados ou desatualizados que prestam um cuidado empírico, resultando na descontinuidade e na falta de resolubilidade do tratamento. Além disto, o predomínio do modelo biomédico na assistência à saúde reforça o atendimento fragmentado, sem uma abordagem integral do indivíduo, que não tem atendidas suas expectativas e demandas de saúde (NEVES, AZEVEDO, SOARES; 2014; FIGUEIREDO; ZUFFI, 2012). Para Torres et al, (2011), a atuação do enfermeiro no acompanhamento dos

pacientes com UV deve ter intervalos regulares, com o objetivo de avaliar a efetividade das intervenções, condutas e tratamento. Ademais, há de se identificar fatores que possam interferir no tratamento e reavaliar as coberturas utilizadas e o tipo de técnicas de curativo, além da reavaliação e replanejamento da assistência, de acordo com a necessidade de cada paciente.

A falta de uma avaliação sistematizada pelo profissional de enfermagem à pessoa com úlcera venosa, associado à dificuldade do reconhecimento dos sinais clínicos da IVC e das características da ferida, leva a maioria dos profissionais a não estabelecer um diagnóstico clínico adequado da UV. Sendo assim, a equipe acaba tendo uma visão simplista em relação à ocorrência e à cronicidade da úlcera, ocasionando consequências negativas no processo assistencial dispensado aos pacientes com UV.

Outra conduta apontada pelos entrevistados como negativa em relação ao atendimento na UBS diz respeito à falta de orientação referente ao autocuidado da pessoa com IVC e UV. Alguns acreditam que, se tivessem orientação adequada, possivelmente a lesão teria cicatrizado.

Eu acho que, se no posto de saúde os profissionais tivessem orientado para fazer repouso, eu acho que a minha ferida teria fechado mais rápido. H17

No posto, não tem essas coisas que vocês falam aqui de colocar a perna para cima. Fazem o curativo, mas não te dão nenhuma instrução, porque eu acho que se eu tivesse essas orientações que eu tenho aqui, acredito que já tinha fechado, porque minha ferida era pequena quando eu ia lá. H18

Neste sentido, essa falta de orientação apontada pelos homens entrevistados configura um enorme problema, principalmente considerando que os profissionais que atuam nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), que são a porta de entrada do usuário no SUS e também o lugar que deveria atuar promovendo saúde e prevenindo agravos por meio da educação em saúde. Por outro lado, o enfermeiro não orienta porque não tem capacitação adequada para essa atividade e/ou porque muitas vezes tem alta demanda de serviço, que eleva o ritmo laboral e o faz privilegiar outras atividades em detrimento da orientação em serviço (SANTANA, et al., 2013).

Santana et al. (2013), em estudo com profissionais de enfermagem na ABS, afirmam que, dos 85 enfermeiros da amostra, 39 apontaram ter pouca experiência no tratamento de feridas, o que resultava em insegurança na atuação e em limitação na qualidade da assistência

prestada. Portanto, a educação permanente em serviço é de extrema relevância para manter o profissional atualizado e capacitado para atuar com segurança e excelência junto à clientela.

Além das atividades de educação permanente, a possibilidade de criação de equipes de apoio matricial e/ou equipe de referência para o atendimento interdisciplinar favorece a maior eficiência do trabalho em saúde (SANTANA, et. al, 2013). Atendimentos e intervenções conjuntas entre os especialistas matriciais, como o enfermeiro estomaterapeuta, juntamente com os profissionais que atuam na atenção primária poderiam ser oportunidades de educação permanente e, assim, melhorar a qualidade do cuidado prestado.

Um depoimento relevante foi do participante H10, que referiu compreender o atendimento inadequado aos pacientes com UV pelo fato da Clínica da Família não ter profissionais especialistas na área, não ter estrutura adequada e por se considerar que a unidade serve como encaminhadora para o especialista. Assim, a UBS, na ótica desse homem, é o lugar de coisas simples e de pouca resolutividade.

A clínica da família não é um lugar que tem equipamentos para tratar de coisas específicas, e sim para fazer uma distribuição de pacientes para outros hospitais, ou seja, encaminhamento, porque eles não estão preparados para tratar certas coisas.
H10

Essa fala revela a visão reducionista que os usuários possuem sobre o atendimento da APS, pois eles têm a percepção de que o papel desse serviço é apenas encaminhar o paciente para especialistas. Segundo Oliveira et al. (2009), a confiabilidade que o usuário deposita em um serviço de saúde, aparece vinculada à estrutura do serviço no que diz respeito aos seus recursos tecnológicos. A percepção do usuário sobre a importância desses recursos na obtenção de alívio para o seu sofrimento, são elementos significativos da imagem de menor qualidade que o usuário tem em relação ao cuidado de saúde a ser recebido no nível primário.

No entanto, as atribuições desse nível assistencial são complexas, pois se assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, de acordo com as reais necessidades da população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (SIQUEIRA; FERREIRA JUNIOR, 2012). Neste aspecto, Cecílio et al. (2012) confirmam que os entrevistados de sua pesquisa tiveram a percepção de que a UBS é um local para coisas simples, sendo as ocorrências consideradas mais “graves” acompanhadas pelo especialista em outros níveis de saúde, mais complexos.

Segundo o Guia SUS-Rio, os Centros Municipais de Saúde (CMS) e as Clínicas da Família foram estruturados para resolver cerca de 85% dos problemas dos usuários na própria unidade. Entretanto, em algumas situações, o médico de família pode solicitar uma consulta com o especialista, exames complementares para diagnóstico ou tratamento especializado através do Sistema de Regulação Municipal (SISREG).

Porém, em muitos casos em que são necessárias avaliações com um especialista, constata-se dificuldade em conseguir tais consultas, seja por falta de vagas, seja pela quantidade insuficiente desse serviço na rede de saúde, tendo com consequência uma longa espera para marcação da avaliação. Os entrevistados, como estavam sendo atendidos numa unidade de atenção secundária, discorreram sobre as dificuldades em conseguir a marcação de consulta nesta unidade especializada:

Até chegar aqui é complicado. Para marcar, a gente pensa que vai demorar um mês e esperei quatro meses para conseguir essa consulta. O tempo que eu esperei pelo especialista fez com que relaxasse no cuidado com a ferida e nem acreditasse que iria conseguir a consulta. H5

A demora em conseguir uma consulta aqui foi longa, e também tive que ficar horas em pé esperando sem conseguir ficar muito tempo em pé. Mas, como eu precisava da consulta, saí de madrugada da minha casa na época. H11

Num passado recente, os usuários, quando precisavam de um atendimento ambulatorial especializado, recebiam do serviço de saúde a guia de referência preenchida, sendo sua a responsabilidade de procurar o especialista; por isso, muitos saíam dos seus domicílios durante a madrugada a fim de conseguirem marcar a consulta, conforme explicitado pelo participante H11. Atualmente, o usuário, quando necessita de atendimento especializado precisa primeiramente ser atendido na sua unidade básica de referência, para que seja avaliada sua demanda e a necessidade de encaminhamento para o especialista. Caso seja mandatário o encaminhamento para outro nível de atenção, o médico generalista preenche a guia de referência para que a própria unidade, através do SISREG, realize a marcação da consulta.

No entanto, o que se percebeu nas falas dos entrevistados é uma longa espera para o agendamento e, associado a essa problemática, o serviço é marcado em muitos casos em locais distantes da residência do usuário. Esse fato pôde ser confirmado durante as entrevistas, quando a maioria dos entrevistados relatou residir em bairros distantes, dentro do município do Rio de Janeiro, ou até em outros municípios.

O tempo de espera para ser atendido num nível de média complexidade torna o processo cicatricial mais demorado e complicado, contribuindo para a manutenção e cronicidade da lesão, prolongando o tratamento e trazendo como consequência um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes e familiares, um descrédito em relação à resolutividade da assistência prestada e um aumento de custos para o sistema de saúde (DEODATO, 2007). Em relação ao ponto de vista socioeconômico, pode causar impacto no trabalho pela diminuição da produtividade, interrupção de projetos de vida e ainda elevação dos gastos pela necessidade de utilizar serviços privados (VIEIRA, 2007; VIEIRA, LIMA, GAZZINELLI, 2015).

Os participantes salientaram o impacto negativo da longa distância entre suas residências e o serviço especializado, pelo fato de muitos deles apresentarem dificuldades de deslocamento e de não terem recursos financeiros para o custeio de passagens de ônibus ou trem. Também enfatizaram as poucas horas de sono na noite anterior à ida ao ambulatório, pois precisam sair de madrugada para não chegarem atrasados à consulta. Ademais, citaram a ausência no trabalho pelo fato de a instituição ser distante tanto da casa quanto do trabalho e a dificuldade de se deslocarem com dor para a realização da troca do curativo.

Às vezes, saio com a perna doendo para vir trocar o curativo, preciso sair muito cedo de casa para chegar na hora certa. Eu venho de Belford Roxo, é bom, mas é muito sacrificante. É uma pena não ser próximo da minha casa. H11

Quando você pergunta para os outros que estão aqui onde moram, eles dizem em Nova Iguaçu, Pavuna, tem gente de vários lugares aqui, porque não se tem recursos onde moram para se tratarem. É por isso que ficamos vinte, trinta anos com a ferida. Eu, por exemplo, venho de São Gonçalo e pego três ônibus para chegar aqui. H12

Quando é dia de vir para cá, eu não durmo direito como medo de perder a hora e perder a consulta. Nós saímos de casa cedo, pegamos o trem das cinco horas para depois pegar um ônibus para chegar até aqui. H14

Já teve vezes que perdi minha consulta porque não tinha o dinheiro da passagem para vir. Essas coisas não são avaliadas H22

Uma das recomendações gerais no manual do SISREG é que a unidade especializada seja próxima da residência do paciente; porém, esses relatos evidenciam que é grande a distância entre o domicílio do paciente e o serviço de saúde. Deste modo, identifica-se uma grande distorção entre o que está prescrito e a realidade. O paciente com UV que faz a terapia compressiva, denominada Bota de Unna, precisa retornar ao serviço de saúde para troca semanal da cobertura (BELCZAK, et al., 2011). Assim, o tratamento demanda visitas

contínuas à unidade e gastos com transporte, mesmo que muitos pacientes residam fora do município do serviço especializado.

Neste sentido, há de se retomar mais uma vez a caracterização sociodemográfica dos participantes, predominantemente homens com baixa renda mensal os quais precisam comprar tanto medicamentos para controle da doença de base e outras associadas quanto insumos médico-hospitalares para realização dos curativos. Verifica-se assim outro ônus, especificamente com transporte, cujas passagens muitas vezes são mais caras porque são intermunicipais. Evidencia-se, então, outro equívoco do sistema de saúde.

O fato de todas as consultas referenciadas terem sido agendadas para serviços distante das residências dos usuários aponta o grande desafio que é a regionalização da assistência à saúde. Como análise dessa situação, entende-se que a perspectiva de um sistema de saúde em rede pode diminuir listas de espera. Isso importa, pois, quando um acompanhamento especializado prolongado for indicado, como muitas vezes é o caso das UV, as longas distâncias a serem percorridas podem causar transtornos e mais sofrimento.

Um dos participantes relatou também como ponto negativo a dificuldade de realizar exames quando solicitados pelo médico especialista, indicando que precisou custear os exames pelo fato de haver uma sobrecarga no agendamento e porque o aparelho estava danificado. Assim, como a consulta de retorno já se encontrava agendada, preferiu pagar os exames para estar com o resultado no dia da consulta.

Às vezes, o médico pede um exame e, quando vamos marcar, o aparelho não funciona, ou dizem que não está marcando porque tem muita gente na fila esperando para fazer. Aí eu preciso levar meu exame no médico, vou ter que pagar para fazer. Mas e se eu não trabalhasse ou não tivesse condições? H12

Mesmo com a implantação da regulação, alguns entrevistados conseguiram a consulta nos setores nos quais ocorreram as entrevistas por terem algum conhecido que trabalhava na instituição, por terem prontuário na instituição ou por estarem fazendo outro tipo de tratamento naquele serviço de saúde.

Os encaminhamentos, os deslocamentos para exames e procedimentos, as demoras na marcação das consultas e as desarticulações entre os serviços são marcantes nas organizações de saúde e caracterizam-se por ações prescritivas e impositivas, que desconsideram as reais necessidades do indivíduo. Para tanto, é importante que as ações de enfermagem considerem

os sentimentos e as formas de enfrentamento da doença por meio de relações horizontais, dialógicas e de respeito ao saber do outro.

Eu consegui a consulta no ambulatório daqui porque já estava fazendo radioterapia, porque tive câncer de próstata. H13

Eu só consegui uma consulta aqui porque uma vizinha que trabalha aqui arrumou. Mas imagina se não conhecesse pessoas que pudessem me ajudar aqui? Fica perambulando e sofrendo. H12

Como eu tinha prontuário daqui, eu vim e consegui me tratar, foi a minha sorte. H1

O contexto atual do SUS tem se caracterizado, entre outros, por um processo de reorientação de modelo assistencial, constituídos por novas experiências que têm tentado superar dificuldades anteriores e alcançar, na prática, as conquistas constitucionais do final da década de oitenta. Assim, a ESF tem se pautado em três pilares comuns: lógica territorial, porta de entrada pela atenção básica e hierarquização da assistência (OLIVEIRA, et. al, 2009).

Apreende-se que apesar da lógica territorial no processo de reorientação do modelo assistencial e da definição da atenção básica como porta de entrada no SUS, os entrevistados H1 e H3 elucidaram a sua busca diretamente por outro nível de assistência, enquanto que H12 por conhecer alguém que trabalhava na instituição, também utilizou desse conhecimento para atender suas demandas de saúde. Essas iniciativas pessoais demonstram que tais atitudes ainda predominam em grande parte da população.

Vários pontos destacam-se como barreiras ao acesso dos usuários ao serviço de saúde citando-se, por exemplo, a restrição do horário de funcionamento, quantitativo insuficiente de número de vagas para uma consulta, a indefinição dos critérios de urgência, o sistema de agendamento de consultas considerado inadequado à realidade do usuário, e a desorganização do sistema referencia-contrareferencia (OLIVEIRA, et. al, 2009).

Os participantes relataram a sofrida trajetória que vivenciaram ao longo do tempo que convivem com a UV e as experiências negativas que tiveram em outras unidades de atendimento especializado ou na emergência, antes de serem acompanhados nas unidades nas quais ocorreram as entrevistas:

No ambulatório do hospital que eu fui, a enfermeira veio me dizer que eu tenho a ferida porque quero, disse que eu sou relaxado. Eu fiquei muito ofendido. H13

Uma vez fui ao hospital à noite e disseram que não tinha médico. Tive que implorar para ser atendido e o médico nem quis olhar minha ferida. Insisti muito e tirei a atadura, aí viram que estava horrível. Limparam e esfregaram muito a ferida, como se fosse um castigo. Nossa como sofri nesse dia! H5

Já fui numa angiologista que me disse que seria bom que eu deixasse a ferida descoberta para arejar. Como que um profissional fala para um paciente deixar uma ferida descoberta?! Ela nem quis olhar a minha ferida. H22

No contexto da saúde verifica-se um discurso corrente e uma produção de conhecimento que trata da relevância da humanização da assistência e da ética nas relações entre profissionais e pacientes. Há políticas organizacionais, como a da HumanizaSus, que estimulam e normatizam o atendimento respeitoso entre os sujeitos dos serviços de saúde (PASCHE, 2011). No entanto, o que se observa no cotidiano, corroborado pelos discursos dos participantes H13 e H5, é um cuidado inadequado e a precarização dessas relações. Disso resulta sofrimento para as pessoas que buscam atendimento e a consequente falta de adesão ou abandono ao tratamento, pois o serviço acaba desacreditado e a integralidade da atenção prejudicada.

Diante disso, o enfermeiro deve realizar ações principalmente no campo do cuidar, não somente por meio de práticas curativas, mas também na prevenção de complicações, desenvolvendo seu papel de educador de forma problematizada e de acordo com as necessidades do paciente. Dessa forma, se contribui para o alcance da autonomia das pessoas com UV, tornando-as responsáveis pelo seu autocuidado e capazes de se desenvolverem em sua plenitude (SOUSA, 2009).

O enfermeiro precisa implementar e incorporar tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como o acolhimento e o vínculo. Cabe a esse profissional a responsabilidade de conhecer profundamente a pessoa que é o foco de seu cuidado. Isso é, sua história de vida, crenças, cultura, classe socioeconômica, tratamentos anteriores, histórico familiar, doença atual, entre outros, a fim de promover e ofertar um cuidado integral e eficaz. Sendo assim, um importante instrumento para o cuidado integral é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), cuja competência privativa é do enfermeiro, que quando aplicada, subsidia ações de enfermagem eficazes e eficientes (CASTRO et al., 2012).

O direito de os usuários terem atendimento resolutivo e com qualidade depende em grande parte dos profissionais de saúde, os quais devem atuar por meio de atitudes éticas, técnicas, ousadas, criativas, inovadoras e baseadas em evidências científicas. Também infere-se a responsabilidade de uma gestão competente, da vontade política e de políticas de saúde

que garantam a justa destinação dos recursos para o SUS (KOERICH et al., 2009; SILVA, 2010).

Além disso, enfatiza-se que se faz necessário que o enfermeiro comprometa-se com a atualização contínua dos seus conhecimentos, elabore pesquisas rigorosas sobre o assunto e se comprometa em oferecer um atendimento de boa qualidade, o qual satisfaça as necessidades do cliente e melhore sua qualidade de vida. Nessa perspectiva, cita-se a estomaterapia, que é uma especialidade em nível de *lato sensu*, instituída no Brasil em 1990, privativa do enfermeiro, a qual tem como finalidade prestar cuidados às pessoas com feridas de diversas etiologias, além de estomas e incontinências (YAMADA, 2008).

[..] a assistência às pessoas com estomias, fistulas, tubos, cateteres e drenos, feridas agudas e crônicas e incontinências anal e urinária, nos seus aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação, em busca da melhoria da qualidade de vida (YAMADA et al., 2008, p. 33).

Assim, cabem as organizações de saúde estimular e viabilizar economicamente e em termos de liberação do serviço a capacitação dos enfermeiros nessa especialidade, os quais atendem à clientela com lesões de pele, a fim de cuidarem com profundo conhecimento técnico-científico. De outro modo, também cabe a esses profissionais comprometerem-se com seu próprio conhecimento, buscando aprenderem e se atualizarem sobre os problemas de saúde que assolam a população.

Segundo os participantes, os cenários em que ocorreram as entrevistas têm um atendimento diferencial, principalmente por parte da equipe de enfermagem. Eles destacam que se sentem acolhidos, que os profissionais gostam de trabalhar com feridas e que, a partir do acompanhamento nesses serviços, perceberam a melhora significativa da UV.

Todos os profissionais aqui me atenderam muito bem, sempre foram atenciosos. Por eu ser novo e ter esse problema, eles sempre me incentivaram muito. As enfermeiras, eu percebo que gostam de trabalhar nessa área, que são felizes com o que estão cuidando. H5

A enfermeira daqui é muito educada, até me espantei quando cheguei aqui. Ela é atenciosa, faz os curativos conversando comigo, ouvindo meus problemas. H13

Eu acho que os profissionais de saúde deveriam fazer o que eu vi aqui. Eu percebi o carinho e o cuidado. Em nenhum outro lugar minha ferida foi limpa do jeito que foi aqui. Eu vejo que as pessoas aqui gostam de tratar as feridas, e isso é um diferencial. H19

Eu acho que agora para mim vai dar tudo certo, quando eu vim pra cá a enfermeira olhou minha ferida, me deu orientações. E, pelo tempo que estou aqui, algumas feridas já fecharam, hoje só tenho uma. H18

De acordo com esses relatos, os participantes se sentiram acolhidos pela equipe de enfermagem nos referidos ambulatórios e, muitas vezes, surpresos com a qualidade do atendimento e com a acolhida respeitosa. Tais atitudes e práticas deveriam ser de todos os profissionais, em qualquer nível de atendimento da saúde.

O enfermeiro é um dos responsáveis pelo tratamento e a prevenção de feridas, pois, entre suas competências profissionais estão a avaliação das feridas, a prescrição de cuidados e do tratamento mais adequado, a orientação ao paciente e/ou a seus familiares, a supervisão de sua equipe na realização de curativos e o domínio de conhecimento científico e de habilidades no manejo das lesões, realizando tais atribuições com ética, humanidade e empatia (SANTANA et al., 2013). Nesse sentido, os participantes não deveriam ficar surpresos com a acolhida e com o elevado desempenho técnico-científico dos enfermeiros, pois essas são obrigações de tais profissionais, os quais atuam com base num código de conduta e fundamentados numa lei do exercício profissional que os obrigam a prestarem um cuidado de excelência.

O profissional, quando possui conhecimento dos fatores que podem prejudicar a qualidade de vida das pessoas no seu processo patológico, tem elementos para elaborar ações de enfermagem as quais abordem não somente a presença da lesão, mas também todas as questões atinentes ao paciente, realizando a integralidade do cuidado a pessoas em situações vulneráveis. Nesta perspectiva, espera-se dos profissionais da saúde, em especial do enfermeiro, capacitação técnica e científica, comunicação eficaz e eficiente, empatia e acolhimento terapêutico (PORTO et al., 2011).

Os participantes ainda apontaram, como fatores que contribuiriam para o processo de cicatrização e melhora dos sinais e sintomas da IVC, as coberturas utilizadas nas unidades que foram cenários deste estudo, bem como as orientações fornecidas pelos enfermeiros em relação aos cuidados no domicílio.

Aqui eu tive uma resposta melhor porque o curativo é melhor e estou usando a Bota de Unna, tomei antibiótico e estou me sentindo muito melhor. Tive a orientação que, caso sentisse algum incômodo, para retirar a bota, e como fazer o curativo em casa, como lavar e como colocar a pomada. H20

Aqui tive as orientações dos enfermeiros que me ajudaram a entender o tipo de repouso correto, como fazer meu curativo em casa. Te digo que tem lugares que fazem o curativo, mas não te dão nenhuma instrução. Talvez se eu tivesse essas orientações que eu tive aqui, a ferida talvez já tivesse fechado. H18

Aqui eu tenho um bom atendimento, não tenho do que reclamar, quando está melhorando, a enfermeira reduz a concentração do produto e, quando piora, ela aumenta a concentração e assim estamos indo. H4

A enfermeira daqui está conseguindo fechar a lesão, ela usa o produto e me orienta como fazer em casa, então eu não tenho do que reclamar. H1

Constata-se nas falas dos entrevistados o reconhecimento que eles conferem aos profissionais de enfermagem que os atendem nestes ambulatórios, o que se evidencia por meio da melhora no processo de cicatrização das lesões, do alívio da dor, da redução do exsudato e do estímulo e condições ao desenvolvimento do autocuidado. Verifica-se, assim, a qualidade do atendimento de enfermagem prestado, a capacitação técnico-científica dos profissionais, resultando na satisfação dos usuários.

Uma enfermagem baseada em evidências permite ao profissional proporcionar uma assistência adequada e de qualidade, a partir da capacidade de discernimento da cobertura adequada a ser utilizada em cada ferida, de suas especificidades e, especialmente, de serviços de saúde com recursos limitados. Deste modo, o cuidado de enfermagem em feridas requer atenção especial, destacando-se o papel do enfermeiro, que busca novos conhecimentos para fundamentar sua prática (MOREIRA, ALCANTARA, 2009).

Por outro lado, os participantes atendidos nesses ambulatórios indicaram como ponto negativo o fato de os profissionais não levarem em consideração os homens que trabalham e que não relevam o contexto no qual estão inseridos.

A enfermeira pede para eu colocar a perna para cima, mas é aquele negocio: durante o dia eu não tenho como ficar de repouso, eu tenho que trabalhar, tenho que andar, se o cliente me liga, eu tenho que ir. H20

O médico falou que eu tinha que ficar deitado com a perna pra cima, mas eu não posso ficar dia e noite com a cara pra cima, eu tenho minhas coisas pra fazer, não dá. Primeiro meu salário é fraco, como que eu vou ficar de repouso?! H13

As enfermeiras falam que eu tenho que fazer uma espécie de repouso e a médica falou que eu tenho que parar de trabalhar para fazer o repouso, mas eu não posso parar! Tenho minhas responsabilidades e contas para pagar. H10

Mesmo em um serviço especializado, apreende-se nesses relatos que não houve um olhar em relação à vida laboral e à realidade de cada indivíduo para fornecerem as

orientações. Sabe-se que para os indivíduos com UV, a importância da elevação dos membros inferiores para o processo de cicatrização, é fundamental. Mas, faz-se relevante avaliar as necessidades das pessoas, principalmente, considerando os aspectos socioeconômicos que permeiam a sociedade.

É necessário compreender que o homem não é um ser isolado, e sim inserido no mundo, em um contexto socioeconômico que traz na sua essência uma forte bagagem cultural; nessas circunstâncias, ele se coloca na posição de forte, provedor, produtivo e invulnerável a doenças (RIBEIRO et al., 2014). Portanto, faz-se relevante desenvolver uma postura profissional sensível a essa problemática a fim de assistir os homens em sua integralidade e complexidade, destacando-se os conteúdos relacionados às questões de gênero.

Como sugestões para melhorar a assistência a pessoas com UV, os participantes recomendaram ações, algumas simples, mas outras não, como o aumento de instituições especializadas para o atendimento desse tipo de lesão e mais próximas da residência dos usuários. As falas a seguir evidenciam tais sugestões:

Acho que deveria ter um atendimento mais próximo da nossa casa, principalmente para eu que sou idoso. Se tivesse um atendimento mais perto de casa, eu não precisaria sair de madrugada. H11

Acho que deveria ter mais hospitais, ter mais pontos de atendimento como esse aqui, para a pessoa como eu, que tive muito novo esse problema. Se tivesse um local perto de casa igual a esse, de repente já teria fechado a ferida. Além disso, eu acho que tinha que ter mais medidas para esclarecer as pessoas a procurar o lugar certo. H12

Acho que deveria ter mais próximo de casa e em mais lugares também. Eu conheço muitas pessoas que precisam de um tratamento desse tipo e, se tivesse esse tipo de atendimento que eu vi aqui, acho que de repente não teria tanta gente com ferida na perna. H19

Mais uma vez destaca-se nos discursos dos entrevistados a distância percorrida da residência até a unidade. Isso se dá porque muitos precisam realizar o acompanhamento semanal e necessitam sair muito cedo de seus domicílios – pois os atendimentos nos referidos ambulatórios acontecem no turno da manhã –; ademais, o custo com o transporte é alto, e o paciente que trabalha precisa se ausentar do serviço. Além disso, para os contemplados com auxílio-doença ou os aposentados por invalidez, o custo do seu orçamento no tratamento é maior, visto que grande parte recebe um salário mínimo. Assim, essa questão pode ser um fator para redução da adesão ao tratamento que precisa ser levado em consideração pelos serviços de saúde.

Outras propostas apresentadas pelos participantes são em relação aos aspectos estruturais e organizacionais dos serviços de saúde. Nos estruturais destacam-se a provisão de recursos materiais adequados e suficientes para a realização de curativos e a agilidade no encaminhamento para o especialista. Quanto aos aspectos organizacionais, ganha relevo a educação permanente para os profissionais que estão na assistência, a fim de ser obter resolutividade nos atendimentos.

Poderia ser melhorado o sistema de marcação, acho que deveria mudar esse longo tempo de espera, porque você espera tanto que acha que seu problema não é importante. H5

Os médicos precisam de suporte para poder trabalhar porque não fazem milagre. A enfermeira às vezes não tem um determinado produto que ela fala que poderia colocar junto com a bota, mas não tem. H12

Se for falar do posto, eu acho que o governo deveria preparar melhor quem trabalha com ferida, e o atendimento ser igual ao daqui. O pessoal que trabalha no posto não é capacitado para mexer com ferida. Além disso, deveria ter mais material para os profissionais trabalharem, às vezes as enfermeiras que trabalham aqui precisam de um tipo de curativo e não têm. H19

Acho que as pessoas deveriam dar orientação de acordo com aquilo que a pessoa tem, e, se não sabem, deveriam dialogar com outros profissionais para ver a melhor forma de resolver. Igual eu vejo aqui, se alguém tem dúvida de alguma coisa perguntam para a enfermeira responsável. H18

Como a UBS é a porta de entrada para o usuário, é necessária uma melhor capacitação dos profissionais, a fim de efetuarem avaliações adequadas das feridas. Essa análise foi muito ratificada pelos homens, refletindo uma visão negativa do serviço. Logo, quando chegam à unidade secundária, percebem tal diferença na qualidade da assistência e acabam surgindo comparações. Em relação às coberturas, necessita-se que o profissional de saúde disponha de recursos materiais adequados e suficientes para uma assistência de qualidade e de acordo com as características da lesão.

Uma das soluções para a redução do problema da fila de espera seria aumentar a oferta de serviços de média complexidade; porém, ofertar mais consultas pode aumentar o número de encaminhamentos pela rede primária. Sendo assim, além de ampliar o quantitativo de consultas, é primordial uma melhor comunicação entre as equipes das redes de saúde (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010). Esses autores afirmam que, para isso, é necessária uma adequada estruturação dos serviços de atenção primária, com melhorias nos sistemas de

agendamento e de encaminhamento; busca constante por maior resolutividade da rede básica; emissão de referências corretas e remarcações desnecessárias com baixa contrarreferência.

As longas filas de espera fazem parte do cotidiano dos usuários dos serviços públicos há muito tempo. Além da espera, os pacientes ainda precisam enfrentar mais um obstáculo: a distância geográfica a ser percorrida para consolidar o atendimento. Assim, a gestão deve desenvolver ações considerando as necessidades da população e não os interesses dos serviços e/ou corporações (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Deste modo, avaliar o tempo de espera em diferentes regiões possibilitaria a obtenção de dados importantes para obter um panorama epidemiológico real que facilite o planejamento e a tomada de decisões pelos gestores de saúde. Spedo, Pinto e Tanaka (2010) apontam outra iniciativa importante: investimento em serviços de teleconferência, os quais proporcionam na redução da espera. No Brasil, destaca-se o Programa Nacional de Telessaúde, que tem contribuído para que os profissionais fora dos grandes centros urbanos tenham acesso à capacitação por meio de videoconferência e a discussões de casos clínicos com especialistas de várias áreas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como primeiro aspecto a destacar nessas considerações finais, enfatizo a relevância de terem sido coletados os dados com homens, que se caracterizam como uma parcela da população com uma série de especificidades e necessidades para as quais os profissionais da saúde ainda não estão sensibilizados, não sendo principalmente ponderadas as questões de gênero. Assim, é relevante investigar o objeto de estudo pontuado, pois elucidam-se muitos aspectos que podem contribuir no planejamento e na execução do cuidado de enfermagem.

Ao iniciar a pesquisa, houve certa apreensão sobre como dialogar com essa parcela da população, pois se percebeu que os entrevistados apresentavam receio em falar sobre os aspectos biopsicossociais que circundam a problemática; comprovando essa realidade, houve a fato de alguns homens, ao término da entrevista, relataram nunca terem verbalizado os sentimentos existentes em relação à repercussão de uma ulceração cutânea na sua vida social e laboral.

Desse modo, foi possível apreender tanto as limitações que uma úlcera venosa pode proporcionar na vida de um homem em plena fase produtiva, quanto às restrições nas atividades de lazer e no convívio com a família e amigos. Conclui-se, por exemplo, que a necessidade de utilização permanente de ataduras gerava desconforto e sofrimento; a elevada exsudação ocasionava temores de que as pessoas considerassem os homens com UV como pouco higiênicos ou diferentes, sendo, portanto, estigmatizados. Nesse sentido, a presença da úlcera é um elemento dificultador para a vivência no mundo laboral.

A responsabilidade de provedor e protetor da família ainda hoje perpetua e, associada aos atuais modos de organização do trabalho – mesmo com a inserção da mulher no mercado de trabalho –, faz com que os homens, ainda que adoecidos, permaneçam em seu ambiente laboral, sem procurar o serviço de saúde pelo receio de perder o emprego e pela dificuldade que existe para conseguir outra atividade laboral devido ao problema de saúde. Essas situações, além de trazerem transtornos de cunho físico, psicológicos e sociais, prolongam o tempo com a ferida.

A caracterização dos participantes da pesquisa evidencia que muitos homens convivem com a patologia durante anos. Assim, é necessário que os profissionais de saúde aprofundem o conhecimento a respeito das causas da doença e dos cuidados necessários para

facilitar o processo de cicatrização e para prevenir as recidivas. Ademais, concluiu-se que essa permanência prolongada da ferida na vida desses homens tem forte relação com questões de gênero, as quais envolvem o medo de os homens mostrarem a vulnerabilidade, o que os leva a não procurarem atendimento de saúde. O medo de faltar ao trabalho para procurar atendimento e ser despedido, perdendo o papel de provedor do lar, também envolve questões de gênero, dificultando o tratamento. Desse modo, os profissionais devem ir além dos aspectos técnicos biológicos, realizando uma abordagem a fim de implantar um cuidado integral para garantir a cicatrização rápida e permanente da lesão.

Avaliando a idade dos entrevistados, 59% deles estão na fase produtiva da vida; mesmo que alguns estejam na faixa etária na qual são considerados idosos, constata-se que a doença venosa teve sua origem na fase laborativa. Esse é então um dado importante, pois comprova-se que a doença venosa vem atingindo essa população cada vez mais na fase adulta. Logo, necessária é a realização de estudos epidemiológicos que considerem a gênese da IVC e da UV, para que se tenha um perfil do sexo masculino com essa patologia.

Em relação à escolaridade, há predomínio de baixa escolarização, o que dificulta o entendimento e a possibilidade de seguir as orientações para o autocuidado e para as mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida. Assim, essa baixa escolaridade é um fator a relevar, pois pode gerar falhas no processo de cicatrização, contribuir para o surgimento de novas lesões e facilitar a cronificação da patologia, permanecendo em suas vidas durante anos.

O quantitativo significativo de homens aposentados por invalidez dentre os participantes desse estudo demonstra o quanto essa patologia incapacita o indivíduo e onera os cofres públicos. Sendo assim, conclui-se também que é premente a criação de políticas públicas que contribuam na reabilitação das pessoas acometidas, a fim de possibilitar retorno às suas atividades com qualidade de vida no trabalho, dentre outras ações que viabilizem a rápida cicatrização e previna recidivas.

As alterações evidenciadas, além daquelas relacionadas aos aspectos fisiológicos, envolvem mudanças na autoimagem, na autoestima, na relação com o mundo do trabalho, na vida social e na convivência com os familiares. Nessa perspectiva, considera-se que a existência da úlcera crônica de perna resulta predominantemente em sentimentos negativos como vergonha, incômodo, inutilidade, tristeza e raiva. Logo, constatam-se o isolamento e a limitação das atividades de lazer com a família ou amigos, pelo receio do estigma da doença.

A restrição de atividades comuns no âmbito masculino (como jogar futebol, ir à praia e fazer atividades físicas) é um impedimento à vida social dos entrevistados, já que visto é vista como uma impossibilidade de executá-las.

A mudança na vestimenta dos entrevistados também se destaca, visto que os relatos dos participantes revelam a elaboração de um modo de se apresentar publicamente como uma forma de evitar olhares inquisitivos e de estranhamento. Por isso, a grande maioria dos homens relata evitar usar bermudas para não exteriorizar os membros envoltos, que denunciam a existência de uma ferida. Conclui-se, então, que o uso constante de ataduras nos membros inferiores traz uma sensação negativa para os homens e, assim, contribui para gerar uma autoestima e autoimagem ruim. Essa situação aponta também para a necessidade de os profissionais de enfermagem ajudar esses pacientes a se adaptarem a esta condição, a fim de que esses homens não se isolem ainda mais.

O trabalho surgiu como uma interferência na qualidade de vida de muitos dos entrevistados. Tal fato está relacionado à dor no membro inferior e na ferida, ao estigma causado pela lesão, às complicações decorrentes da cronicidade e à atividade laboral que executavam, resultando na necessidade de modificar os hábitos diários e a execução das atividades laborais. No entanto, conclui-se que, apesar da dificuldade para desenvolver as tarefas do trabalho, as obrigações financeiras os leva a se manterem no mundo do trabalho, muitas vezes a qualquer custo, pois o trabalho é, muitas vezes, imprescindível para garantir o sustento da família e para os entrevistados reafirmarem o papel masculino para a sociedade.

Também se apreende que, para se manterem no trabalho, muitos escondiam que tinham uma ferida, seja dos companheiros do trabalho, seja da própria chefia, pelo receio de perder o emprego ou de ter de recorrer ao auxílio-doença. Verifica-se que o afastamento precoce do trabalho dá-se a partir das limitações provocadas pelas persistentes dores e edemas, que os limitam fisicamente, impedindo-os de realizar as atividades laborativas ou de permanecer muitos períodos na mesma posição.

Associado a isso, os pacientes evitam procurar atendimento nos serviços de saúde pelo medo da descoberta da gravidade do problema e de terem de ficarem afastados da jornada laborativa. Assim, só procuram os serviços de emergência para a solução quando o quadro se torna agudo. Então, considera-se que, mais uma vez, as questões de gênero emergem forte nesse contexto, uma vez que esses homens não se permitiam adoecer ou procurar atendimento condizente com a problemática, por conta da necessidade de prover o lar e garantir o sustento

da família. Assim, o conhecimento de gênero e a realidade do mundo do trabalho precisam permear o cuidado de enfermagem.

Há relatos de, em algum momento do longo percurso com uma lesão, constantes comparecimentos nos postos do INSS e de altas mesmo diante de uma lesão sem a cicatrização; logo, esses trabalhadores retornavam às suas atividades laborais nas mesmas condições de trabalho, contribuindo para a gravidade e cronicidade da ferida. Assim, é necessário que esses trabalhadores sejam encaminhados para a reabilitação adequada a fim de que possam se manter nos seus respectivos empregos, seja por meio de mudanças de posto de trabalho, seja por meio do desenvolvimento de atividades que não venham trazer danos ao trabalhador.

Os gastos financeiros que os participantes relatam para assegurar que o tratamento seja realizado, quer sejam eles para o deslocamento para o serviço de saúde ou para o cumprimento da terapêutica farmacológica, levam muitos deles, mesmos aposentados por invalidez ou beneficiários do auxílio-doença, a permanecerem trabalhando no mercado informal devido ao valor insuficiente do benefício. O homem mantém-se valorizado por seu poder, na propriedade de bens materiais e no *status* social que adquire. Em contrapartida, os homens feridos representam seus corpos como frágeis, inabilitados para o trabalho, confrontando a imagem forte, invulnerável e viril.

Os relatos dos entrevistados ainda apontam para fragilidades no atendimento nas unidades de saúde em diversos níveis de atenção. Mas o que mais se destaca é o nível de atenção primária. Muitos relatam a dificuldade de os médicos indicarem a conduta mais adequada, sendo realizada somente a troca de curativos, sem resolutividade e sem a avaliação da conduta prescrita. É necessária atividade de educação permanente com os profissionais de saúde, para uma atenção adequada e qualificada da clientela assistida.

Outra conclusão é que os participantes percebem inúmeros obstáculos para a cicatrização das UV. Tais impeditivos podem ser assim sintetizados: a dificuldade de acesso ao serviço especializado; a demora e/ou a não realização dos exames prescritos; a conduta pouco humanista de alguns profissionais; a capacitação inadequada dos profissionais para lidarem com a problemática em tela, especialmente as prescrições pouco efetivas dos médicos; a falta de recursos materiais para realização dos curativos; os serviços superlotados que impedem a marcação de retorno desses homens para se acompanhar a evolução da lesão;

e os serviços de saúde com horários de atendimento que não privilegiavam a necessidade do homem de comparecer ao trabalho.

Assim, verificam-se inúmeros fatores que arrastam o processo de cicatrização das úlceras e que foram analisados a partir da perspectiva dos homens. Dessa forma, é importante ouvir a opinião do usuário como uma ferramenta para avaliar a qualidade da assistência, com o objetivo de contribuir com a reorganização do serviço, para que as demandas dos usuários sejam atendidas.

Já as necessidades do gênero masculino no serviço de saúde, mesmo com a criação da PNAISH, ainda são timidamente atendidas, de modo que se faz mister tentar mobilizar essa população para desconstruir a ideia de invulnerabilidade, que cria nos homens dificuldades para procurarem os serviços de saúde, principalmente os de atenção primária. Há também o imperativo de se estruturar os serviços em termos de organização e educação permanente para os profissionais, a fim de atenderem as peculiaridades da população masculina.

Como sugestões para a prática do cuidado de enfermagem, é necessário persistir na promoção do conhecimento, tanto para os pacientes quanto para a família, socializando o mecanismo fisiológico da IVC e explanando, de forma clara, as alterações no estilo de vida, nos hábitos alimentares e nos cuidados adequados que devem ser adotados ao longo do tratamento. Nessas circunstâncias, deve-se alertar para as especificidades associadas a esse tipo de feridas como a cronicidade e recorrência.

Os serviços de rede também devem facilitar o encaminhamento adequado para outros níveis de atenção, visto que muitos homens relatam a distância percorrida entre o domicílio e o serviço de atenção especializada, além da longa espera pelo atendimento nesse nível de atenção.

Importa demarcar que o enfermeiro deve oferecer às pessoas que vivem com UV orientações para a saúde, sensibilizar e conduzir o processo de mudanças nos hábitos de vida, e controlar e minimizar o impacto que a ferida comporta; no entanto, o que se observa frequentemente é a percepção de que cicatrizada a lesão, o problema de saúde está resolvido. Muito pelo contrário, há uma série de cuidados que devem ser desenvolvidos junto a essa população para garantir que não haja recidiva. Ademais, destaca-se a necessidade de implantar uma escuta terapêutica e uma abordagem empática, principalmente para homens, que não contam com a abordagem de gênero, cuja falta resulta no agravamento de doenças. A atuação do enfermeiro deve também oferecer um suporte emocional a partir da habilidade de

comunicação e de relação de ajuda, contribuindo para uma efetiva intervenção junto a essa clientela.

A partir dos resultados deste estudo, recomenda-se a incorporação dos seguintes conteúdos nos currículos de graduação: saúde do trabalhador, gênero masculino, cuidados com feridas crônicas e o uso de tecnologias. Deve-se dar particular ênfase às implicações físicas, psicológicas e sociais que essas temáticas comportam. O objetivo de tais recomendações é fazer o enfermeiro perceber a experiência de viver com UV, antecipar problemas e prestar cuidados individualizados e verdadeiramente integrais àqueles homens que convivem longamente com uma lesão. Deste modo, eventuais lacunas na prática assistencial poderão ser minimizadas pela aquisição de novos conhecimentos técnico-científicos.

Ademais, é de caráter fundamental a investigação em enfermagem no que diz respeito a essas temáticas, como componentes integrantes do cuidado de enfermagem, proporcionando à prática o substrato científico que valida, guia e enriquece o saber e a atuação. Com isso, contribui-se para a tomada de decisão fundamentada no agir profissional de excelência.

Como última consideração, constata-se que o trabalho é de fundamental importância para a população masculina com UV, trazendo o sentimento de pertencimento ao mundo social. Para todos os entrevistados, cada dia parado significou um dia a menos de renda. Apesar da gravidade da doença e do sofrimento psicofísico dela advinda, a necessidade financeira, a falta de proteção social/trabalhista e o medo do desemprego fizeram com que muitos retornassem ao trabalho antes do total restabelecimento de sua força física; alguns inclusive não interromperam suas atividades laborais, ainda que sentissem dor ou apresentassem algum tipo de limitação física e/ou emocional. Tal situação se mostra perversa e carece de transformação; nessa perspectiva, o presente estudo busca contribuir para alertar e mudar tal circunstância.

REFERÊNCIAS

- ABBADE, L. P. F; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 509-522, nov./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000600002>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- ABREU, A. M; OLIVEIRA, B. R. B; MANARTE, J. J. Treatment of venous ulcers with an unna boot: a case study. **Online Braz. J. Nurs.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 198-208, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3845>>. Acesso em: 16 out. 2014.
- AGUIAR, E. T; PINTO, L. J; FIGUEIREDO, M. A. SAVINO, N. S. Úlcera de Insuficiência Venosa Crônica. Diretrizes sobre Diagnóstico, Prevenção e Tratamento da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculiar (SBACV). **J. Vasc. Bras.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. (Supl.2), p. 195-200, 2005. Disponível em: <www.jvascbr.com.br/Arquivo_2.pdf>. Acesso em: 16 out. 2015.
- ALDUNATE, J. L. C. B; ISAAC, C; LADEIRA, P. R. S; CARVALHO, V. F; FERREIRA, M. C. Úlceras venosas em membros inferiores. **Rev Med.**, São Paulo, v. 89, n. 3/4, p.158-63, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/46291/49947>>. Acesso em: 18 dez. 2015.
- ALVES, R. F; SILVA, R. P; ERNESTO, M. V; LIMA, A. G. B; SOUZA, F. M. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. Teor. Prát.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p.152-66, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151636872011000300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 maio 2014.
- ALVIM, M. B. A relação do homem com o trabalho na contemporaneidade: uma visão crítica fundamentada na Gestalt-Terapia. **Estud. Pesqui. Psicol. (Impr.)**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 2, 2º semestre de 2006.
- ANGÉLICO, R. C. P; OLIVEIRA, A. K. A; SILVA, D. D. N; VASCONCELOS, Q. L. D. A. Q; COSTA, I. K. F; TORRES, G. V. Socio-demographic profile, clinical and health of people with venous ulcers treated at a university hospital. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Pernambuco, v. 1, n.6, p. 62-8, jan. 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2100/pdf_759>. Acesso em: 04 nov. 2015.
- ANTUNES, R. L. C. **Os sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Bom Tempo, 2009.
- ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?**: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 213 p.

ARAÚJO, R. R; SACHUK M, I. Os sentidos do trabalho e suas implicações na formação dos indivíduos inseridos nas organizações contemporâneas. **Rev. de Gestão USP.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 53-66, jan./mar. 2007. Disponível em:

<<http://www.regeusp.com.br/arquivos/442.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

ARILHA, M. **Nações Unidas, população e gênero: homens em perspectiva**. Jundiaí: In House, 2010. 224 p.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva (Online)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 1005-1008, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a22v8n4.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

BACHA, M. L; STREHLAU, V. I; ROMANO, R. Percepção: termo frequente, usos inconsequentes em pesquisa? In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006, Salvador- BA. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-mkta-1332.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2015.

BADKE, M. R. **Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais e o cuidado de enfermagem**. 2008. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em:

<http://coral.ufsm.br/ppgenf/dissertacoes2008/MARCIO_ROSSATO_BADKE.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015.

BARBOSA, J. A G., CAMPOS, L. M. N. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 9, n. 3, out., 2010. Disponível em:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412010000300022&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 nov 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.

BELCZAK, S. Q; GORNATI, V. C; AUN, R; SINCOS, I. R; FRAGOSO, H. Tratamento da úlcera varicosa dos membros inferiores mediante cirurgia e bota de Unna: uma economia para o sistema de saúde brasileiro. **Einstein**, São Paulo, v. 9, n 3, p. 377-85, jul./dez. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v9n3/pt_1679-4508-eins-9-3-0377.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015

BENDASSOLLI, P. **Trabalho e Identidade em Tempos Sombrios**. São Paulo: Idéias e Letras, 2007. 312 p.

BERENGER, F. A; SILVA, D. A. L; CARVALHO, C. C. Influência da posição ortostática na ocorrência de sintomas e sinais clínicos de venopatias de membros inferiores em trabalhadores de uma gráfica na cidade do Recife-PE. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.36, n.123, p.153-161, jan./jun. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100016>. Acesso em: 14 out. 2014.

BERGONSE, F. N; RIVITTI, E. A. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n.2, p.131-135, mar./abr. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0365-05962006000200003&script=sci_arttext>.

Acesso em: 10 abr. 2014.

BERTOLDI, C. M. L; PROENÇA, R. P. C. Doença venosa e sua relação com as condições de trabalho no setor de produção de refeições. **Rev. nutr.**, Campinas, v. 21, n. 4, p.447-54, jul./ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n4/v21n4a09.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

BORGES, E. L. **Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências**. 2005. 305 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12122005-110012/pt-br.php>>.

Acesso em: 12 abr. 2015.

BORGES, E. L. **Feridas: úlceras de membros inferiores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 216 p.

BORSÓI, I. Vivendo para trabalhar: do trabalho degradado ao trabalho precarizado.

Convergência, Toluca, v. 18, n. 55, p. 113-133, jan./abr. 2011.

Disponível em:

<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352011000100005>.

Acesso em: mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – Princípios e Diretrizes**. Brasília. Agosto, 2008. Disponível em:

<www.saude.gov.br/sas/portarias>. Acesso em: 12 jul. 2014.

_____. Ministério da Previdência Social – MPS. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. 2012. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeaps-2011-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2011/>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

_____. Ministério do Trabalho e do Emprego. **Manual de aplicação da Norma Regulamentadora nº 17**. 2. ed. Brasília: MTE, SIT, 2002. Disponível em:

<http://www3.mte.gov.br/seg_sau/pub_cne_manual_nr17.pdf>. Acesso em: 14 set. 2015

_____. Tribunal de Contas da União. **Concessão e manutenção dos benefícios do auxílio-doença**. – Brasília: TCU, 2010b.152 p. Disponível em:

<<https://peritomed.files.wordpress.com/2010/09/relatorio-tcu.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2015.

_____. Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Manual de Perícia Médica da Previdência Social. Versão 2. 2012. Disponível em:

<<http://www.ieprev.com.br/userfiles/file/tabela%20de%20teto%20inss/manualdepericiasmedicadoinss.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2015.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em 01 ago.2015.

_____. Lei nº 7498 de 20 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do Exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun.1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/19394.htm>. Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. [on- line]. Brasília (DF); 2012. [citado 2014 out 20]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciênc. saúde coletiva (Online)**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000100016&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 out. 2014.

BULLA, L. C; KAEFER, C. O. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, dez. 2003. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/957/737>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

CABRINI, C; MONTELATO, A; CATELLI, R. **História temática**: terra e propriedade. 3. ed. São Paulo: Scipione, 2011. 256 p.

CARMO, S. S; CASTRO, C. D; RIOS, V. S, SARQUIS, M. G. A. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 506-17, mai./ago. 2007. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a17.htm>. Acesso em: 10 out. 2015.

CARVALHO, E. S. S. **Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações de mulheres e homens**. 2010. 255 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12921/1/9%C2%AA%20def.%20de%20Tese%20-%20Evanilda%20Souza%20-%202009-06-10%20%281%29.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

CARVALHO, E. S. S; PAIVA, M. S; APARÍCIO, E. C; RODRIGUES, G. R. S. Trajetórias afetivo-sexuais de pessoas com feridas crônicas nos membros inferiores: aspectos na escuta terapêutica. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p.163-70, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000300021&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 nov. 2014.

CASTRO, S. L. S; FERREIRA, N. M. L. A; ROQUE, M; SOUZA, M. B. B. Vivendo uma Situação Difícil: a Compreensão da Experiência da Pessoa com Úlcera Venosa em Membro Inferior. **Rev Estima**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 12- 19, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=403%3Aartigo-original-1&catid=39%3Avol-10-edicao-1-janfevmar-2012&Itemid=94&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2014.

CAVALCANTE, A. A. M. **A experiência do homem como acompanhante no cuidado pré-natal**. 2007. 153 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-23012008-135656/pt-br.php>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

CAVALCANTI, J. R. D; FERREIRA, J. A; HENRIQUES, A. H. B; MORAIS, G. S. N; TRIGUEIRO, J. V. S; TORQUATO, I. M. B. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 628-34, out-dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000400628&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 jun. 2014.

CID, R. D. S; LIMA, G. G; SOUZA, A. R; MOURA, A. D. A. Percepção de usuários sobre o preconceito da Hanseníase. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1004-1014, 2012. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1158/pdf>> Acesso em: 25 jun. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

CORDEIRO, R. F. **Segurança e saúde do trabalhador no setor de quimioterapia**. Orientadora: Irai Borges de Freitas. 2008. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Formação Técnica em Gestão em Serviços de Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Flores, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/htdocs/epsjv/beb/Monografias2006/rebeca.pdf>>. Acesso em 14 de. 2015.

COSTA, F. M.J; MAIA, A. C. B. Concepções de Homens Hospitalizados sobre a Relação entre Gênero e Saúde. **Psicol. Teor. Pesq.**, Brasília, v. 25 n. 1, p. 55-63, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a07v25n1>>. Acesso em: 22 set. 2015.

COSTA, L. M; HIGINO, W. J. F; LEAL, F. J. L; COUTO, R. C. Perfil clínico e sociodemográfico dos portadores de doença venosa crônica atendidos em centros de saúde de Maceió (AL). **J. Vasc. Bras.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 108-113, abr./jun. 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-54492012000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 ago. 2014.

COSTA, I. K. F; NÓBREGA, W. G; COSTA, I. K. F; TORRES, G. V; LIRA, A. L. B. C; TOURINHO, F. S. V; ENDERS, B. C. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p.561- 568, set. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300018>. Acesso em: 28 set. 2015.

COUTO, M. C; PINHEIRO, T. F; VALENÇA, O; MACHIN, R; SILVA, G. S. N; GOMES, R; et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v.14, n.33, p. 257-269, abr./jun. 2010.

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832010000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2014.

CUNHA, L. S. **As adaptações e improvisações no trabalho hospitalar e suas implicações na saúde do trabalhador de enfermagem**. 2010. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

<http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2643>. Acesso em: 17 jun. 2014.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. ampl. São Paulo: Cortez, 1992.

DEODATO, O. O. N. **Avaliação da qualidade da assistência aos portadores de Úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital Universitário em Natal/RN**. 2007. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007. Disponível em:

<<http://www.feridologo.com.br/feridoteca%20ulcera%C3%A7%C3%A3o%20vasculog%C3%AAnica%20em%20ambulat%C3%B3rio%20hospitalar.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2014.

ELIAS, M. A; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latinoam. Enferm. (Online)**, Ribeirão Preto, v.14, n.4, jul./ago. 2006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-11692006000400008>. Acesso em: 22 ago. 2015.

FELIZARDO, J. M. Capitalismo, organização do trabalho e tecnologia da produção e seus impactos na qualificação da força de trabalho. **Revista Labor**, Fortaleza, n. 3, v. 1, 2010.

Disponível em <<http://www.revistalabor.ufc.br/Artigo/volume3/capitalismo.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2015.

FIGARO, R.O mundo do trabalho e as organizações: abordagens discursivas de diferentes significados. **Rev. Organicom**, São Paulo, v. 5, n. 9, p. 90-100, 2008. Disponível em: <<http://revistaorganicom.org.br/sistema/index.php/organicom/article/view/165>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

FIGUEIREDO, M. L; ZUFFI, F. B. Atención a pacientes con úlcera venosa: percepción de los enfermeros de Estrategia de Salud Familiar. **Enferm. Glob.**, Murcia, n. 28, p. 147-58, out 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/pt_docencia4.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2015.

FONSECA, C; FRANCO, T; RAMOS, A; SILVA, C. A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP (on line)**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 480-486, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a29v46n2.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

FRADE, M. A. C; CURSI, I. B; ANDRADE, F. F; SOARES, S. C; RIBEIRO, W. S; SANTOS, S. V; FOSS, N. T. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 41-6, jan./fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962005000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 out. 2014.

FREITAS, W. M. F; SILVA, A. T. M. C; COELHO, E. A. C; et al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Rev. Saúde Pública [online]**, São Paulo, v.43, n.1, p. 85-90, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32571>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

GALEAZZI, I; HOLZMANN, L. Precarização do trabalho. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. (Orgs.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Zouk, 2011, p. 259-265.

GIL, A.C. **Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 216 p.

GOFFMAN, E. **Estigma** - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 158p.

GOMES, R; REBELLO, L. E. F. S; NASCIMENTO, E F; DESLANDES, S. F; MOREIRA, M. C. N. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva (Online)**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4513-21, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200024&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 mar. 2014.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-74, mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015. Acesso em: 10 abr. 2014.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 183 p.

GOMES, R. NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-11, mai. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000500003&script=sci_arttext. Acesso em: 10 abr. 2014.

HANSEN, L.; WINKEL, J.; JORGENSEN, K. Significance of mat and shoe softness during prolonged work in upright position: based on measurements of low back muscle EMG, foot volume changes, discomfort and ground force reactions. *Applied Ergonomics*, United Kingdom, 1998 apud BERENGER, F. A.; SILVA, D. A. L.; CARVALHO, C. C. Influência da posição ortostática na ocorrência de sintomas e sinais clínicos de venopatias de membros inferiores em trabalhadores de uma gráfica na cidade do Recife-PE. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.36, n.123, p.153-161, jan./jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100016. Acesso em: 14 out. 2014.

HELMAN C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 432 p.

JAKOBI, H. R; BRANCO, A. B; BUENO, L. F; FERREIRA, R. G. M; CAMARGO, L. M. A. Incapacidade para o trabalho: análise dos benefícios auxílio-doença concedidos no estado de Rondônia. **Ciênc. Saúde Coletiva (on line)**, Rio de Janeiro, v.18, n.11, p. 3157-68, nov. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001100006&script=sci_arttext. Acesso em: 10 out. 2014.

JULIÃO, G. G; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 144-52, mai/ago 2011. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewFile/2400/1743>. Acesso em: 11 jul. 2015.

KNAUTH, D. R; COUTO, M. T; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2617-26, out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000011. Acesso em: 14 jul. 2014.

KOERICH, M. S; BACKES, D. S; MARCHIORI, M. C; ERDMANN, A. L. Pacto em defesa da saúde: divulgando os direitos dos usuários pela pesquisa-ação. **Rev. Gaúcha Enferm. (on line)**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 677-84, out./dez, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400014. Acesso em: 18 dez. 2015.

KORIN, D. Nuevas perspectivas de genero en salud. **Adolesc. Latinoam.**, Buenos Aires, v. 2, n.2, p. 67-79, 2001.

LARA, M. O; PEREIRA JÚNIOR, A. C; PINTO, J. S F; VIEIRA, N. F; WICHR, P. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 471-477, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/20178/16232>>. Acesso em: 18 out. 2015.

LAURENTI, R; JORGE, M. H. P. M; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010>. Acesso: 18 ago. 2015.

LIMA, C. A; BARROS, E. M. C; AQUINO, C. A. B. Flexibilização e intensificação laboral: manifestações da precarização do trabalho e suas consequências para o trabalhador. **Revista Labor**, Fortaleza, n.7, v.1, p. 102-25, 2012. Disponível em: <http://www.revistalabor.ufc.br/Artigo/volume7/7_Flexibilizacao_e_intensificacao_laboral_-_manifestacoes_da_precarizacao_do_trabalho_e_suas_consequencias_para_o_trabalhador_Cassio_Adriano_Braz_de_Aquino.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2015.

LIMA, D. C; BÜCHELE, F; CLÍMACO, D. A. Homens, gênero e violência contra a mulher. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 69-81, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902008000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 abr. 2014.

LOPES, M. C. R. Subjetividade e trabalho na sociedade contemporânea. **Trab. Educ. Saúde (online)**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 1, p. 91-113, mar./jun.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n1/05.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2014

LUCAS, L. S; MARTINS, J. T; ROBAZZI, M. L. C. C. Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores - úlcera de perna. **Cienc. Enferm.**, Concepción, v.14, n.1, p. 43-52, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000100006. Acesso em: 16 ago. 2015.

MACÊDO, E. A. B; OLIVEIRA, A. K. A; MELO, G. S. M; et al. Characterization socio-demographic of patients with venous ulcers treated at a university hospital. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 4, n. 4, p. 1863-867, nov./dez. 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1475/pdf_125> . Acesso em: 18 dez. 2015.

MACHIN, R; COUTO, M. T; SILVA, G. S. N; SCHRAIBER, L. B; et. al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-12, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200023&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jun. 2014.

MAFFEI, F.H.A. Insuficiência venosa crônica: conceito, prevalência etiopatogênica e fisiopatologia. In MAFFEI, F.H.A. et al. **Doenças vasculares periféricas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2008. v.2. p. 1581-1590.

MALAGUIAS, S. G; BACHION, M. M; SANT'ANA, S. M. S. C; DALLARMI, C. C. B; et. al. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 302-10, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200006&script=sci_arttext.

Acesso em: 22 mar. 2015.

MARTINS, A. M. M; GAZZINELLI, A. P; ALMEIDA, S. S. L; MODENA, C. M. Concepções de psicólogos sobre o adoecimento de homens com câncer. **Psicol. Teor. Prát.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p.74-87, 2012. Disponível em:

<<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/3269/3672>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

MARTINS, M. A. **Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendidos em unidades básicas de saúde de Goiânia**. 2008. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008. Disponível em:

<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/698/1/dissertacao%20marleneandrade.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015.

MARX, K. **O Capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980. Tomo 1.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 7. ed. São Paulo: DIFEL, 1982. v. 1.

MAURICIO, V. C. **A pessoa estomizada e o processo de inclusão no trabalho: contribuição para a enfermagem**. 2011. 171 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MELO, M. P. P. Governo da população: relação médico-paciente na perícia médica da previdência social. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 23-35, jan./mar. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100023>. Acesso em: 27 jun. 2015.

MELO JUNIOR, J. A. C. C. O trabalho e seus críticos: um debate teórico. **Fênix – Revista de História e Estudos Culturais**. Uberlândia, v. 5, n. 3, p. 1-20, Jul./Set. 2008. Disponível em: <http://www.revistafenix.pro.br/PDF16/ARTIGO_05_JOAO_ALFREDO_COSTA_DE_CAMPOS_MELO_JUNIOR_FENIX_JUL_AGO_SET_2008.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2015.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2010, 80 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. Rio de Janeiro; São Paulo: Abrasco; Hucitec, 2006.

MORAIS, G. F. C. M; OLIVEIRA, S. H. S; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 98-105, jan./mar. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100011>. Acesso em: 28 jul.2015.

MORISON, M; MOFFATT, C; BRIDEL-NIXON, J; BALE, S. **A colour guide to the nursing management of chronic wounds**. 2. ed. London: Mosby, 1997 apud BORGES, E. L. **Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências**. 2005. 305 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12122005-110012/pt-br.php>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

NATIVIDADE, M. R; COUTINHO, M. C. O trabalho na sociedade contemporânea: os sentidos atribuídos pelas crianças. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p.430-9, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/20.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2014

NAVARRO, V. L; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v.19 n.spe, 2007. Disponível em: Acesso em: 19 ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 jun. 2014.

NEVES, J.S; AZEVEDO, R. S; SOARES, S. M. Atuação multiprofissional na construção de grupo operativo envolvendo pacientes com lesão de membros inferiores. **RENOME.**, Montes Claros, v. 3, n. 1, p. 86-95, 2014. Disponível em: <<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/62/119>>. Acesso em: 27 out. 2015.

NICOLAIDES, N. Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs. A consensus Statement. **J. cardiovasc. Surg.**, Torino, v. 37, n.5, p. 437-41, Oct., 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9358799>>. Acesso em 12 jun. 2014

NUNES, J. P. **Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no programa saúde da família do município de Natal / RN**. 2006.131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2006. Disponível em: <<http://www.feridologo.com.br/Feridoteca%20Ulcera%C3%A7%C3%A3o%20vasculog%C3%AAnica%20em%20PSF.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

NUNES, J. P. et al. Aspectos sócio-demográficos e de saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos nas unidades de saúde da família do município de Natal/RN. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 13, n. 2, p. 689, abr./ jul. 2006b.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n .4, p. 569-576, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, B. G. R. B; NOGUEIRA, G. A; CARVALHO, M. R; ABREU, A. M. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 14, n.1, p. 156-63, jan/mar. 2012. Disponível

em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a18.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2014.

OLIVEIRA, L. H; MATTOS, R. A; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p.1929-38, nov./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000500035&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jun. 2015.

ORNELLAS, T. C. F; MONTEIRO, M. I. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 552-555, jul./ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000400015&script=sci_arttext. Acesso em: 14 out. 2015.

PASCHE, D. F; PASSOS, E; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Cienc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200027&script=sci_arttext. Acesso em: 11 jul. 2015.

PASCHOALIN, H. C; GRIEP, R. H; LISBOA, M. T. L. A produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 3, p. 306-11, jul-set, 2012. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/11908/2/rosane_griep7_et al_IOC_2013.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2015.

PEREIRA, M. C; MUNIZ, M. M. J; BRITO, M. J. As mudanças no mundo do trabalho e cidadania na sociedade contemporânea: análise dos discursos de trabalhadores no sul de Minas Gerais. **Revista Alcance – Eletrônica**, Santa Catarina, v. 16, n.1, p. 81-101, jan/abr. 2009. Disponível em: <<http://spell.org.br/documentos/ver/2679/mudancas-no-mundo-do-trabalho-e-cidadania-na-sociedade-contemporanea--analise-dos-discursos-de-trabalhadores-no-sul-de-minas-gerais/i/pt-br>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

PINA, J. A; STOTZ, E.N. Participação nos lucros ou resultados e banco de horas: intensidade do trabalho e desgaste operário. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 36, n.123, p. Jan./Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572011000100017&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 ago.

PINTO JÚNIOR, A. G; BRAGA, A. M. C. B; CRUZ, A. R. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 10, p. 162-76, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572011000100017&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 jun. 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

PORTO, P.S; BACHION, M. M; NUNES, C. A. B; ROCHA, J. S. Capacidade funcional de pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento na rede ambulatorial do município de Goiânia após 6 meses. In: REUNIÃO ANUAL ASSBPC, 63., 2011, Goiânia. **Anais...** . Goiânia: UFG, 2011. Disponível em: <<http://www.sbpnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pivic/trabalhos/PRISCILL.PDF>. Acesso em: 22 set. 2015

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. São Paulo: Loyola. 2004.

REID, C. R.; BUSH, P. M.; KARWOWSKI, W.; DURRANI, S. K. Occupational postural activity and lower extremity discomfort: A review. **International Journal of Industrial Ergonomics**, v. 40, n. 3, p. 247–256, maio. 2010.

REIS, D. B; PERES, G. A; ZUFFI, F. B; FERREIRA, L. A; POGGETTO, M. T. D. Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, n. 17, v. 1, p. 101-6, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v17n1a09.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2015.

REZENDE, H. A; COCCO, M. I. M. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 282-8, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reesp/v36n3/v36n3a10.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

RIBEIRO, A. M. V. **O sentido do trabalho para trabalhadores de organizações não-governamentais**. 2007. 92 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade Novos Horizontes. Belo Horizonte. 2007. Disponível em: http://unihorizontes.br/novosite/banco_dissertacoes/180820090813013268.pdf. Acesso em: 28 set. 2015.

RIBEIRO, T. N. Saúde Reprodutiva e Sexual Masculina em Francisco Morato, SP: o discurso de profissionais, gerentes e gestores de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 695-706, out./dez. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 set. 2015.

RIBEIRO, D. B; TERRA, M. G; LACCHINI, A. J. B; CAMPONOGARA, S; BEUTER, M; et. al. Saúde dos homens: abordagem na formação de enfermeiros. **Rev. Enferm. UERJ (online)**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.540-5, jul./ago. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a17.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2015.

RODRIGUES, C. P; OLIVEIRA, N. F. S; VIEIRA, T. A. A; BRASILEIRO, M. E. O sofrimento dos trabalhadores informais, vítimas de acidente de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem e Nutrição - CEEN**, v. 1, n. 1, p. 1-13, ago./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/7mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/O%20sofrimento%20dos%20trabalhadores%20informais,%20v%C3%ADtimas%20de%20acidente%20de%20trabalho1.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

SALOMÉ, G. M; BLANES, L; FERREIRA, L. M. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com úlcera venosa. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p.124-9, jan./mar.

2012a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-51752012000100021&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 jun. 2014.

SALOMÉ, G. M; FERREIRA, L. M. Qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa em terapia compressiva por bota de Unna. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 466-71, jul./set. 2012b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-51752012000300024&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 jun. 2014.

SALVETTI, M. G; COSTA, I. K; DANTAS, D. V; FREITAS, C. C; et al. Prevalência de dor e fatores associados em pacientes com úlcera venosa. **Rev. Dor.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p.17-20, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132014000100017&script=sci_arttext>. Acesso em 17 set. 2015.

SANTANA, E. N; LIMA, E. M. M; BULHÕES, J. L. F; MONTEIRO, E. M. L. M; AQUINO, J. M. A atenção à saúde do homem: ações e perspectivas dos enfermeiros. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3: p. 324-332, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4e8da8407cc5a.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2015.

SANTANA, A. C; BACHION, M. M; MALAQUIAS, S. G; VIEIRA, F; CARNEIRO, D. A; LIMA, J. R. Caracterização de profissionais de enfermagem que atendem pessoas com úlceras vasculares na rede ambulatorial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, n. 66, v. 6, p. 821-6, nov./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600002&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 out. 2015.

SANT'ANA, S. M. S. C; BACHION, M. M; SANTOS, Q. R; NUNES, C. A. B; MALAQUIAS, S. G; OLIVEIRA, B. G. R. B. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 637-44, jul./ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 jul. 2014.

SANTOS, J. B. Novos movimentos sociais: feminismo e a luta pela igualdade de gênero. **Revista Internacional de Direito e Cidadania**. Paraíba, n. 9, p. 81-91, fev. 2011.

SANTOS, R. F. F. N; PORFÍRIO, G. J. M; PITTA, G. B. B. A diferença na qualidade de vida na doença venosa crônica. **J. Vasc. Bras.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 143-147, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-54492009000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 out. 2015

SANTOS, W. T. M. Modelos de masculinidade na percepção de jovens homens de baixa renda. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 27, p. 130-47, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/140>>. Acesso em 04 de 2015.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 34, p. 152-165, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782007000100012>. Acesso em: 18 set. 2015.

SCHRAIBER, L. B; GOMES, R; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p.7-17, jan./mar, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002>. Acesso em: 28 jul. 2014.

SELLMER, D. CARVALHO, C. M. G; CARVALHO, D. R; MALUCELLI, A. Sistema especialista para apoiar a decisão na terapia tópica de úlceras venosas. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p.154-62, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a20.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

SEWAYBRICKER, L. E. A atual relação entre homem e trabalho: (im)possibilidade para a eudaimonia? **Revista Eletrônica Gestão e Serviços**, São Paulo, v. 1, n. 2, p.162-184, ago./dez. 2010. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/REGS/article/view/2077/2170>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

SILVA, M. C; CABRAL, A. L. S; BARROS JUNIOR, N; CASTRO, A. A; SANTOS, M. E. R. C. Diagnóstico e tratamento da doença venosa crônica. **J. Vasc. Bras.**, Rio de Janeiro, v.4, n.3, Supl. 2, p.185-194, 2005. Disponível em: <http://www.jvascbr.com.br/Arquivo_1.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2015.

SILVA, E. K. C; SILVA, M. S. P. As mudanças no mundo do trabalho na sociedade contemporânea e seus impactos na formação do trabalhador. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL: O ESTADO E AS POLÍTICAS EDUCACIONAIS NO TEMPO PRESENTE, 5. 2009, Uberlândia. **Anais...** . Uberlândia: UFU, 2009. Disponível em: <<http://www.simposioestadopoliticas.ufu.br/imagens/anais/pdf/AP05.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

SILVA, F. A. A. S; FREITAS, C. H. A; JORGE, M. S. B; MOREIRA, T. M. M. M; ALCÂNTARA, M. C. M. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. **Rev. Bras Enferm.**, Brasília, n. 62, v. 6, p. 889-93, nov./dez., 2009b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a14v62n6.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

SILVA, D. S; HAHN, G. V. Cuidados com úlceras venosas: realidade do Brasil e Portugal. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 330-8, mai/ago, 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4967/3757>>. Acesso em: 24 set. 2015.

SILVA, F. A. A; MOREIRA, T. M. M. Características sociodemográficas e clínicas de clientes com úlcera venosa de perna. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 468-72, jul./set. 2011.

SILVA, M. H; JESUS, M. C. P; MERIGHI, M. A. B; OLIVEIRA, D. M; et. al. O cotidiano do homem que convive com a úlcera venosa crônica: estudo fenomenológico. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 95-101, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 ago. 2015.

SILVA, P. A. S; FURTADO, M. S; GUILHON, A. B; SOUZA, N. V. D. O; DAVID, H. M. S. L. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery Rev. Enferm. (impr.)**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 561-8, jul./set, 2012.

SILVA, S. O. **Cuidado na perspectiva dos homens: um olhar da enfermagem**. 2010. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS, 2010. Disponível em: <<http://coral.ufsm.br/ppgenf/DissertSILVANAOSILVA.pdf>>. Acesso em 26 jun. 2015.

SILVEIRA, M. G. B, COELHO, A. R, RODRIGUES, S. M, SOARES, M. M, CAMILLO, G. N. Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p.517-527, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n2/a27v26n2.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SILVEIRA, C. A; PAIVA, S. M. A. A evolução do ensino de enfermagem no Brasil: uma revisão histórica. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 176-83, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6967/pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

SIQUEIRA, K. A. M; FERREIRA JUNIOR, J. A Assistência geriátrica no posto de saúde da família: o idealizado e o realizado a partir do olhar dos idosos (ocorrências Em uma Unidade De Saúde Da Família No município de Serra Talhada-PE). **Saúde Coletiva em Debate**, Serra Talhada, v. 2, n. 1, p. 96-106, dez. 2012. Disponível em: <<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo03.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

SOUSA, F. A. M. R. **O “Corpo” que não cura - Vivências das pessoas com úlcera venosa crônica de perna**. 2009. 288 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Universidade do Porto. Portugal. 2009. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19159/2/Dissertao%20%20O%20corpo%20que%20no%20cura.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

SOUZA, M. P. D; SANTOS, V. R; VILELA, B. S; PAULA, M. A. B. Estoma e Vida Laborativa. **Rev Estima**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 13-20, jan./mar. 2007.

SPEDO, S. M; PINTO, N. R. S; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 953-972, jul./set. 2010, Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838228014>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

SUTTER, C; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 74-82, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/%20revistapsico/article/viewFile/1488/2799>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

TAMAYO, M. R; TRÓCOLLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 7, n. 1, p. 37-46, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n1/10952.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2015.

TITTONI, J; ANDREAZZA, J. P; SPOHR, F. S. O trabalho no contexto da acumulação flexível e a produção de subjetividade. **Psicol. Rev.**, Belo Horizonte, v.15, n.2, ago. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167711682009000200011&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 jun. 2014.

TOLFO, S.R; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. esp, p. 38-46, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822007000400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 jun. 2014.

TORRALBA, F. R. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes; 2009. 200 p.

TORRES, G. V; COSTA, I. K. F; MEDEIROS, R. K. S; OLIVEIRA, A. K. A; et. al., Caracterização das pessoas com úlcera venosa no Brasil e Portugal: estudo comparativo. **Enferm. Glob.**, Murcia, n. 32, p. 75-87, out. 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_clinica5.pdf. Acesso em 16 jul. 2015.

TORRES, G. V; MENDES, F. R. P; MENDES, A. F. R. F; SILVA, A. O; TORRES, S. M. S.G. S.O; VIANA, D. M. O; et al. Nurses' evaluation about primary health care of users with venous ulcers: study in Évora, Portugal. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 5, n. especial, p. 388-98, mar./abr. 2011. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1731/pdf_442>. Acesso em: 14 dez. 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

UMANN, J; GUIDO, L. A; GRAZZIANO, E. S. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares **Rev. latinoam. enferm. (Online)**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 159-166, jan./fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_21.pdf>. Acesso em 14 dez. 2015.

VIEIRA, J. Listas de espera para cuidados de saúde: onde fica a ética? **Nursing (Edição Portuguesa)**, v. 17, n.217, p. 30-5, Jan. 2007. Disponível em: <<http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/314/1/Nursing%202007%20Ano17%20%20N%C2%BA217%20Jan.PDF>>. Acesso em: 14 dez. 2015.

VALLA, V.V; GUIMARÃES M.B; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.103-18.

VIEIRA, E. W. R; LIMA, T. M. N; GAZZINELLI, A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 65-71, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/986>>. Acesso em 04 dez. 2015.

VILLELA, W; MONTEIRO, S; VARGAS, E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 997-1006, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a02v14n4.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2015.

XIMENES NETO, F. R. G. X; ROCHA, A. E. F; LINHARES, M.S.C Trabalho do enfermeiro na atenção à saúde do homem no território da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.**, Brasília, v. 4, n. 01, p.1741-56, 2013. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/313/pdf_1>. Acesso em: 17 Jun. 2014.

WAIDMAN, M. A. P; ROCHA, S. C; Correa, J. L; Marcon, S. S. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.20, n.4, p. 691-699, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 jul. 2015.

YAMADA, B. et al. Competências do enfermeiro estomaterapeuta ou do enfermeiro Pós-graduado em estomatoterapia. **Rev. Estima**, São Paulo, v. 6, n.1, p. 33-43, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=99%3Aatualizacao&catid=6%3Aeducacao-61&Itemid=77&lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2015.

APENDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

DATA DA ENTREVISTA: _____

CÓDIGO DE
IDENTIFICAÇÃO:**ENTREVISTA****CARACTERIZAÇÃO DOS HOMENS ENTREVISTADOS****Idade:** _____**Estado civil:** () solteiro () casado () viúvo () divorciado () outro _____**Cor:** () branco () preto () pardo () amarelo**Escolaridade:**

() analfabeto () Ens. Fund. Incomp. () Ens. Fund. Compl. () Ens. Médio Incomp.

() Ens. Médio Compl. () Ens. Sup. Incomp. () Ens. Sup. Compl. () Pós Grad.

Com quem reside: _____**Quantas pessoas residem na casa:** _____**Trabalha atualmente:** () sim () não**Se sim, qual o tipo de vínculo empregatício:**

() formal, com carteira assinada () autônomo () auxílio doença () aposentado por invalidez

Possui algum benefício? () sim () não

Qual atividade de trabalho que exerceu a maior parte de sua vida? _____

Qual atividade de trabalho que exerce atualmente? _____

Quanto tempo faz que teve a úlcera pela primeira vez? _____

Quantas vezes a úlcera fechou e abriu novamente? Ou teve novas úlceras? _____

Tempo que está com a (s) úlcera(s) atual(ais)? _____

Quantas úlceras que possui atualmente? _____

Localização da ferida: () perna direita () perna esquerda () pé D () pé E

Sua renda atual:

() menos de 1 salário mín. () entre 1 a 3 salários mín. () acima de 3 salários mín.


Renda aproximada da família: _____**Quantas pessoas na casa trabalham:** _____**Há quanto tempo tem a úlcera venosa:** _____**Há quanto tempo faz tratamento:** _____

Já precisou se afastar do trabalho alguma vez, por conta da úlcera: ()sim ()não


Entrevista aberta

- 1) Fale sobre como é ter uma ferida na perna por um longo período.
- 2) Discorra sobre as repercussões desta ferida no trabalho.
- 3) Comente acerca da relação entre a ferida e o seu trabalho.
- 4) Fale como os profissionais da saúde e, em especial os enfermeiros, poderiam ajudar na cicatrização desta ferida

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Você está sendo convidada (a) para participar de uma pesquisa intitulada: **Homens com úlceras venosas e a atuação no mundo do trabalho**, que tem como objetivos: descrever o perfil sócio-demográfico de homens com úlceras venosas da amostra estudada; identificar as implicações e limitações para homens com úlceras venosas se inserirem e se manterem no mundo do trabalho; analisar o sentido do trabalho para homens com úlceras venosas; descrever o sentido do trabalho para homens com úlceras venosas de longa duração e discutir as políticas públicas e ações de enfermagem capazes de minimizar essas implicações.

A sua participação é totalmente voluntária, isto é, você pode recusar-se a responder a qualquer pergunta ou desistir de participar a qualquer momento não recaindo sobre você nenhum tipo de penalidade ou discriminação. Você terá total direito de questionar a respeito da sua participação e sobre o andamento da pesquisa, assim como tirar dúvidas sobre o tema apresentado.

Sua participação nesta pesquisa consiste em responder a uma entrevista contendo alguns dados que constitui um perfil do entrevistado, e algumas questões referentes ao tema da pesquisa. A entrevista será gravada por meio de um aparelho em MP3 player na qual o entrevistado poderá expor sua opinião sobre o tema sem sofrer influência do entrevistador. Os resultados do estudo serão divulgados em periódicos acadêmicos e eventos científicos, porém sua identidade será mantida em sigilo.

Suas respostas serão transcritas de forma fidedigna, e tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Estas gravações serão destruídas após 05 (cinco) anos do término da pesquisa.

Você não terá nenhum custo ou qualquer compensação financeira para participar desta pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo onde conta o telefone e endereço institucional do pesquisador principal, e demais membros da equipe para possíveis esclarecimentos. Se você não entendeu alguma parte deste documento, pergunte à pesquisadora antes de assinar.

Rio de Janeiro, ___/___/___

Pesquisador Responsável: Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza - e-mail: norval_souza@yahoo.com.br
 Endereço: Av. 28 de Setembro, 157 7º andar. Vila Isabel. Tel: (21) 2868-8235.
 Mestranda: Patrícia Alves dos Santos Silva. Tel: (21) 99354-1476 – e-mail: papatvenf@gmail.com

Nome da Pesquisadora	Assinatura da Pesquisadora
----------------------	----------------------------

Declaro estar ciente do conteúdo deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, ciente que dele poderei desistir a qualquer momento.

Rio de Janeiro, ___/___/___

Nome do Entrevistado	Assinatura do Entrevistado
----------------------	----------------------------

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, comunique à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3º andar – Maracanã. Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br. Telefone: (21) 22342180.

APÊNDICE C - Quadro das Unidades de Registro

Quadro 1 – Unidades de registro (continua)

Unidade de Registro	Nº total UR	% UR
Relata alteração no modo de se vestir por causa da ferida, seja para ninguém ver ou saber que ele tem uma lesão ou para não incomodar a visão das outras pessoas, e para não se sentir diferente dos outros;	59	5,77%
Relata que não faz mais atividades de lazer com a família e os amigos como eventos familiares, como ir à praia, piscina, jogar futebol por causa da ferida;	33	3,23%
Relata sentimentos negativos por ter uma ferida como vergonha, desânimo, tristeza, raiva, constrangimento, isolamento, uma cruz que carrega, não aceitação;	65	6,35%
Refere que a ferida é um impedimento na realização das atividades da vida diária, como tomar banho, arrumar a casa, ir à padaria, fazer pequenos consertos;	18	1,76%
Refere que a ferida impediu alcançar um sonho profissional;	02	0,20%
Relata que ficar com as pernas enfaixadas o faz se sentir uma múmia;	05	0,49%
Relata que só sai de casa para ir ao serviço de saúde e a igreja;	02	0,20%
Relata que os vizinhos não sabem que ele tem uma ferida;	02	0,20%
Relata que escondia da mãe a existência da ferida;	01	0,10%
Afirma que quando foi morar sozinho a ferida piorou;	04	0,39%
Relata que o prurido faz com que a ferida abra novamente ou ocorre o surgimento de novas lesões;	06	0,59%
Refere que a dor é o que mais incomoda em ter uma ferida, e que é preciso conviver com ela diariamente;	22	2,15%
Relata que a esposa não consegue olhar a ferida dele;	01	0,10%
Relata que ao chegar em casa após a jornada laborativa a dor é intensa;	01	0,10%

Quadro 1 – Unidades de registro (continuação)

Relata que não gosta de fazer seus curativos, e solicita sempre a um familiar;	03	0,29%
Relata que achava que a perna seria amputada;	02	0,20%
Refere que acha que se fosse diabético, teria perdido a perna;	02	0,20%
Relata que a ferida não o impedia/impede de fazer suas atividades de lazer com amigos e/ou família e não mudou a vestimenta por causa da ferida;	05	0,49%
Refere que procura não se isolar, participar de atividades físicas, aproximação com familiares como mecanismos de aceitação;	12	1,17%
Relata a importância da religiosidade na sua vida;	12	1,17%
Refere a família como apoio para a busca e continuidade no tratamento e apoio emocional;	06	0,59%
Relata que a atuação de alguns profissionais, o fizeram desistir do tratamento;	01	0,10%
Relata que é ruim, não ter atendimento secundário perto de sua casa;	03	0,29%
Afirma que por falta de investimento, as pessoas ficam com a ferida por muitos anos;	04	0,39%
Relata que se tivesse um serviço perto de sua residência, não precisaria faltar o trabalho;	01	0,10%
Afirma que quem não tem conhecimento dentro da rede de saúde, fica perambulando;	01	0,10%
Relata que profissionais da rede hospitalar fizeram a prescrição sem olhar a ferida;	02	0,20%
Relata que já foi ofendido numa rede hospitalar por uma profissional de saúde, por afirmar que ele não fazia os curativos da maneira correta;	03	0,29%
Relata que muitas vezes precisou recorrer a emergências hospitalares devido à demora ou a falta de atendimento especializado;	03	0,29%
Afirma que a longa espera por uma consulta com especialista, permite que o paciente não acredite na gravidade e cronicidade de sua patologia;	03	0,29%

Quadro 1 – Unidades de registro (continuação)

Relata que consegue fazer seus curativos em casa;	06	0,59%
Não refere dor;	01	0,10%
Relata não sentir vergonha de alguém saber que ele tem uma ferida;	12	1,17%
Relata que a esposa o ajuda na troca de curativos;	04	0,39%
Os colegas de trabalho eram companheiros, não deixava que pegasse material pesado;	21	2,05%
Relata que os colegas de trabalho se preocupavam com ele e davam apoio emocional;	04	0,39%
Afirma que ninguém no ambiente de trabalho se afastou dele por causa da ferida;	05	0,49%
Relata que não tem problemas em trabalhar com a ferida, pois o seu tipo trabalho atual não incomoda;	08	0,78%
Afirma que sair da estabilidade foi um ponto positivo;	01	0,10%
Refere que não precisa pegar e carregar materiais pesados durante a jornada de trabalho;	03	0,29%
Relata mudança de cargo na empresa para um setor com serviços mais leves, por causa da ferida;	01	0,10%
Afirma que no trabalho as pessoas sabem do seu problema;	01	0,10%
Afirma que para o patrão, não tem problema se ele não for trabalhar nos dias que precisa se ausentar para ir às consultas;	01	0,10%
Relata que o patrão ficou preocupado e o mandou procurar um médico;	02	0,20%
Relata que ninguém da chefia sabia que ele tinha uma ferida;	04	0,39%
Relata que se afastou dos companheiros de trabalho para não constranger os colegas de trabalho;	03	0,29%
Relata que não dizia para ninguém do trabalho que tinha uma ferida;	04	0,39%
Relata que não gostava de falar com os colegas de trabalho sobre a ferida, ou se esquivava quando alguém perguntava;	04	0,39%

Quadro 1 – Unidades de registro (continuação)

Relata que trabalhou em muitas empresas para ninguém descobrir que ele tinha uma ferida;	01	0,10%
Relata que quando sentia dores se trancava no banheiro para ninguém perceber que estava sentindo dor;	02	0,20%
Relata que mesmo tendo realizado tratamentos como enxertos e cirurgias a ferida reabriu;	05	0,49%
Relata altos custos com tratamentos sem ter ocorrido a cicatrização;	08	0,78%
Relata que precisou ficar internado devido ao agravamento da ferida;	03	0,29%
Relata que não consegue usar as coberturas orientadas e prescritas como as terapias inelásticas e elásticas;	04	0,39%
Relata muitos anos com a ferida sem ocorrer à cicatrização;	03	0,29%
Relata que só buscava os serviços de emergências hospitalares para o tratamento da ferida;	06	0,59%
Relata que não seguia as orientações que recebia em relação aos cuidados com o curativo e alimentação e por isso acredita que a ferida não cicatrizou;	06	0,59%
Relata fazia tratamentos por conta própria como chás de ervas, uso de pomadas sem indicação e orientação de profissionais de saúde;	07	0,68%
Reconhece que a ferida não cicatrizou porque não procurava tratamentos e achava que cuidar da ferida não era importante;	44	4,30%
Relata que quando foi ao hospital foi porque não aguentava mais;	07	0,68%
Relata que já começa a jornada laboral cansado e sem ânimo;	01	0,10%
Por causa da dor já precisou interromper a jornada de trabalho e / ou sair no meio do expediente;	02	0,20%
Precisou deixar seu negócio com outra pessoa no seu lugar por não aguentar a dor durante a jornada de trabalho;	09	0,88%
Trabalha na posição ortostática, e isso aumenta a dor e edema;	10	0,98%

Quadro 1 – Unidades de registro (continuação)

Quando começa a trabalhar ou durante a jornada laboral, a perna sangrava, saía secreção e tinha prurido;	04	0,39%
O ritmo de trabalho nos fins de semana é mais intenso e a jornada de trabalho nos fins de semana é mais longa e assim aumenta a dor e edema;	03	0,29%
Refere que mesmo com dor precisa ter paciência no ambiente de trabalho porque os outros não têm culpa de ele ter uma ferida;	07	0,68%
Relata troca de curativos frequentes durante a jornada de trabalho por causa da secreção e/ou para ninguém descobrir que ele tinha uma ferida;	02	0,20%
Relata que a dor durante o trabalho faz perder o prazer em trabalhar;	02	0,20%
Refere que a longa jornada laborativa na posição ortostática, deixa o membro mais edemaciado obrigando-o a fazer períodos de repouso durante o trabalho;	09	0,88%
Relata que não consegue fazer repouso por causa do tipo de trabalho;	04	0,39%
Relata que o trabalho exigia esforço físico, carregar materiais pesados;	05	0,49%
Relata que tinha que ter muito cuidado durante a jornada de trabalho para nada bater na perna;	02	0,20%
Relata que durante a jornada de trabalho olhava constantemente para a perna para ver se tinha saída de secreção;	02	0,20%
Relata que muitas vezes trabalhou doente e no limite;	04	0,39%
Relata quando está trabalhando a sensação é que o sangue quer circular e não conseguir por estar travado;	01	0,10%
Relata que quando trabalhava a ferida aumentava de tamanho;	03	0,29%
Relata que saiu da empresa por não suportar a dor durante o labor;	01	0,10%
Relata jogar o coletivo em cima de carros por causa da dor;	01	0,10%
Relata já ter faltado o trabalho por causa da ferida;	04	0,39%
Afirma que teve que fechar a firma por conta do agravamento da ferida;	01	0,10%

Quadro 1 – Unidades de registro (continuação)

Quando não aguentava trabalhar por causa, dizia para os passageiros que o coletivo estava sem freio;	01	0,10%
Relata que tentou voltar ao trabalho, mas não conseguiu por não conseguir ficar muito tempo na posição ortostática;	02	0,20%
Afirma que a mudança do tipo de trabalho, não melhorou a ferida;	01	0,10%
Relata que faltava o trabalho por sentir dor;	04	0,39%
Relata HAS por ansiedade em não trabalhar;	01	0,10%
Relata que só não ia trabalhar quando não tinha condições de ficar de pé;	04	0,39%
Relata que quando vai trabalhar não reclama de dor na ferida;	07	0,68%
O trabalho é visto como uma necessidade de sustentar a família;	18	1,76%
Relata que mesmo sentindo dor, procura executar seu trabalho com amor e carinho;	01	0,10%
Relata que não faltava o trabalho para ir ao medico;	06	0,59%
O trabalho traz sentimento de utilidade, liberdade, sentido para viver;	09	0,88%
Relata que o seu trabalho é mais importante do que cuidar da ferida;	04	0,39%
Relata que sua vida sempre foi trabalhar;	01	0,10%
Acha que usar a meia elástica, vai dar para trabalhar;	01	0,10%
Acha que a agitação do trabalho, andando de um lado para o outro, faz o sangue ficar quente e não tem dor;	01	0,10%
Relata que não tinha escolha, precisava trabalhar;	03	0,29%
Afirma que não trabalhar o deixa muito mal;	04	0,39%
Nunca deixou de ir trabalhar por causa da ferida;	03	0,29%
Não faltava as consultas por causa do trabalho;	01	0,10%
Relata que mesmo a ferida atrapalhando exercer a jornada laboral, precisa continuar trabalhando;	02	0,20%
Relata que aproveita de momentos e uso da criatividade para fazer repouso durante a jornada laboral;	07	0,68%

Quadro 1 – Unidades de registro (continuação)

Afirma que faz uso de medicação e vai trabalhar;	03	0,29%
Não ser importava se a ferida iria atrapalha-lo no trabalho;	01	0,10%
Relata que procurou não sofrer no ambiente de trabalho, quando não estava satisfeito saía da empresa;	01	0,10%
É bom trabalhar por conta própria porque não precisa dar conta da produção;	02	0,20%
Nunca deixou a esposa trabalhar fora;	01	0,10%
Tinha medo de faltar o trabalho e ser demitido;	10	0,98%
Afirma que sente vontade de jogar tudo para o alto e não trabalhar mais;	02	0,20%
Trabalha com comercio e alimentação e não pode colocar a mão na perna;	02	0,20%
Relata que se estressava muito no trabalho;	03	0,29%
Exige se si uma higiene e tenta não olha a ferida;	02	0,20%
Relata medo de perder emprego porque tinha que pagar pensão;	02	0,20%
Precisou deixar seu estabelecimento fechado por causa da ferida;	03	0,29%
É ruim trabalhar com a ferida, mas não tem o que fazer porque precisa. Tem que trabalhar mesmo com uma ferida;	03	0,29%
Relata que precisou entregar o imóvel da sua firma por não conseguir ir trabalhar;	01	0,10%
Relata que ficou 1 ano sem trabalhar por causa da ferida;	01	0,10%
Saiu da empresa por não aguentar a jornada de trabalho com a ferida;	02	0,20%
Precisou fechar seu próprio negocio para se tratar;	03	0,29%
Sem trabalhar não tem como comprar as suas coisas e fica dependendo dos outros é ruim;	02	0,20%
Precisa trabalhar para comprar as medicações e materiais para curativos;	04	0,39%
Se pudesse não estar estaria trabalhando;	03	0,29%

Quadro 1 – Unidades de registro (continuação)

Quando precisa comprar os remédios, fica mais difícil porque são caros;	02	0,20%
Para ter uma melhora, precisou se sacrificar e deixar o trabalho;	01	0,10%
Estava acostumado a trabalhar, e com a ferida teve que ficar parado;	03	0,29%
Relata que ficou sem dinheiro por não conseguir trabalhar por causa da ferida;	01	0,10%
Mesmo trabalhando tinha períodos que não tinha dinheiro para comprar material para fazer curativo;	01	0,10%
Relata que quando retornava as atividades laborativas após um período de licença médica, não aguentava trabalhar por muito tempo;	03	0,29%
Afirma que precisa trabalhar, não tem como ficar de repouso;	02	0,20%
Relata que o seu trabalho vai além do atendimento ao cliente, existem atividades a serem executadas como compra de insumos materiais, limpeza e organização do local de trabalho;	01	0,10%
Relata que mudou de ramo/atividade e montou o seu próprio negócio por causa ferida;	06	0,59%
Relata que por ser autônomo a responsabilidade é maior não permitindo se ausentar pois precisa manter a clientela;	09	0,88%
Afirma que faltava o trabalho para ir ao médico;	04	0,39%
Relata que antes de ir trabalhar faz o curativo em casa;	02	0,20%
Enquanto tinha dinheiro guardado parou de trabalhar para se cuidar;	01	0,10%
Relata que os peritos do INSS deram alta sem a ferida estar cicatrizada;	10	0,98%
Refere que o médico que o acompanhava era só o da empresa;	01	0,10%
Relata que o médico da firma sempre o mandava para o INSS;	02	0,20%
Relata que o patrão o mandava constantemente para o médico da firma;	02	0,20%
Relata demissão por excesso de atestados e faltas no trabalho e constantes períodos no INSS;	02	0,20%

Quadro 1 – Unidades de registro (continuação)

Relata que tentava ficar os 15 dias pela empresa para não ficar pelo auxílio doença;	02	0,20%
Relata que fazia acordos com a empresa para não ficar pelo auxílio doença;	01	0,10%
Não ia ao médico para não ser afastado do trabalho e ficar pelo auxílio doença;	06	0,59%
Relata que o médico da empresa o liberava para trabalhar mesmo sem condições;	03	0,29%
Relata que quando vai ao médico, tem que levar atestado médico senão é descontado;	04	0,39%
Relata que quando tem consulta médica, trabalha meio período para não levar falta;	01	0,10%
Relata que no período em que ficou internado a empresa pagou somente os 15 dias e o restante ele perdeu por ser aposentado;	01	0,10%
Relata que empresa exigia o cumprimento da jornada de trabalho mesmo se fosse ao médico;	02	0,20%
Relata ter sido aprovado no exame admissional mesmo com uma ferida;	01	0,10%
Relata ser preciso ter entrado com recurso para conseguir a aposentadoria por invalidez;	01	0,10%
Refere que fazia acordo com a empresa para não ficar pelo auxílio doença;	01	0,10%
Relata varias vezes ter sido afastado do trabalho por causa da ferida;	06	0,59%
Relata que quando retornou do auxílio doença foi perseguido por supervisores;	01	0,10%
Relata que ia ao médico somente aos sábados para não faltar o trabalho;	01	0,10%
Relata que só depois do diagnostico de Diabetes, conseguiu a aposentadoria por invalidez;	02	0,20%
Relata que foi readmitido na empresa quando foi descoberto que a ferida não havia cicatrizado;	01	0,10%

Quadro 1 – Unidades de registro (continuação)

Relata que sair da estabilidade foi um ponto negativo, por conta das responsabilidades do próprio negócio e por não ter direitos trabalhistas;	01	0,10%
O dinheiro da aposentadoria não dá para sobreviver, por isso precisa trabalhar;	11	1,08%
Alega que a ferida foi decorrente de acidente de trabalho;	05	0,49%
Relata que não quer voltar a trabalhar no mercado formal, por achar que não irá passar pelo exame admissional;	02	0,20%
Refere que mesmo recebendo o auxílio doença, está trabalhando de maneira informal;	03	0,29%
Relata que o médico da empresa dizia que a sua patologia não era nada grave e que poderia trabalhar normalmente;	05	0,49%
Relata que o médico da empresa só prescrevia injeções e terapia tópica;	02	0,20%
Refere receio de ir ao médico, para não ficar pelo auxílio doença e perder parte do salário;	02	0,20%
Relata que o patrão não tem culpa pelo fato dele ter uma ferida;	01	0,10%
Afirma que a empresa entrou em contato com INSS dizendo que ele não tinha condições de trabalho e o que o INSS poderia fazer;	01	0,10%
Relata que o patrão dizia que ele não tinha condições de continuar trabalhando;	02	0,20%
Relata que a empresa não teve compreensão do seu problema;	02	0,20%
Relata que mesmo o perito do INSS, solicitando a aposentadoria por invalidez, ela foi negada;	01	0,10%
Afirma que quando começou a trabalhar formalmente, já tinha a ferida;	03	0,29%
Relata que não retornava as consultas médicas por medo de ficar pelo auxílio doença;	05	0,49%
Afirma que atualmente sua aposentadoria por invalidez o permite viver sem sacrifícios;	01	0,10%
Afirma que o auxílio doença é pouco, mas está conseguindo se cuidar mais;	01	0,10%

Quadro 1 – Unidades de registro (continuação)

Quando conseguiu a aposentadoria por invalidez chorou muito;	01	0,10%
Relata que após longo período pelo auxílio doença, 3 meses depois que retornou ao trabalho a ferida abriu mais uma vez;	01	0,10%
Relata que várias vezes precisou se afastar do trabalho por causa da ferida;	02	0,20%
Afirma que o profissional de enfermagem da UBS, fazia os curativos dentro das limitações por falta de material;	01	0,10%
Relata que na UBS, colocava a perna dentro de um tanque com sujidades e a limpeza era realizada com água e uso de fricção;	02	0,20%
Relata que não tem o que elogiar das UBS;	02	0,20%
Relata que no posto só olhavam a ferida;	04	0,39%
Relata pelo fato da UBS, não suprir sua demanda, faz todo o seu atendimento clínico na Unidade secundária;	01	0,10%
Relata que muitas das vezes a UBS não tem material pra realização dos curativos;	08	0,78%
Acha que os profissionais das UBS deveriam ser capacitados para realizarem o mesmo tipo de atendimento da unidade secundária;	01	0,10%
Afirma que por não ter material de curativos (gaze e atadura), já teve que comprar para que os profissionais fizessem o curativo;	02	0,20%
Afirma que os profissionais das UBS e da atenção terciária só prescreviam Benzetacil com forma de tratamento;	04	0,39%
Acha que se na UBS, tivesse recebido orientações em relação aos cuidados e repouso, a ferida já teria fechado;	02	0,20%
Relata que se precisar ir à UBS, não será qualquer profissional que irá trocar seu curativo;	01	0,10%
Relata que prefere fazer o curativo em casa do que ir até a UBS;	01	0,10%
Relata que não passou pelo profissional de enfermagem na UBS, somente pelo médico.	04	0,39%
Relata que o profissional da UBS afirmou que não havia outra opção de tratamento para a ferida, a não ser o que estava sendo prescrito;	01	0,10%
Alega que não teve resposta no tratamento na UBS;	01	0,10%

Quadro 1 – Unidades de registro (continuação)

Relata que quando procurou atendimento na UBS, foi prescrito para o tratamento ser realizado em casa;	02	0,20%
Afirma que realizava os curativos na UBS nos dias úteis;	06	0,59%
Afirma que a UBS davam material para realizarem o curativo em casa nos finais de semana;	01	0,10%
Afirma que a UBS próximo a sua casa, os profissionais não fazem seu curativo, só entregam material para que ele o faça em seu domicílio;	01	0,10%
Acha que os profissionais da UBS não estão capacitados para atender a pessoa com feridas;	05	0,49%
Acredita que a UBS se resume em fazer encaminhamentos dos pacientes para outros hospitais;	03	0,29%
Alega que a UBS o ajudou dentro das possibilidades porque não está preparada para atender as especificidades;	02	0,20%
A UBS não é uma unidade com equipamento para tratar de coisas específicas;	01	0,10%
Acha que a UBS deveria pelo menos tratar a dor do paciente;	01	0,10%
Relata que na UBS, não houve consulta de retorno para avaliar a conduta prescrita;	01	0,10%
O tratamento na UBS era somente curativo;	08	0,78%
Relata não recebia orientações dos cuidados com a ferida na UBS;	08	0,78%
Acha que os profissionais da atenção primária não realiza um atendimento adequado;	01	0,10%
Afirma que o tratamento realizado na unidade básica aumentou o tamanho da ferida porque usavam sempre a mesma cobertura (pomada);	10	0,98%
Afirma que na unidade especializada, os profissionais não olham somente a ferida, mas para ele como pessoa;	01	0,10%
Relata na unidade especializada, receber orientações para utilizar terapias compressivas (meias e/ou ataduras elásticas);	02	0,20%
O tratamento na unidade especializada diminuíram as dores;	01	0,10%

Quadro 1 – Unidades de registro (continuação)

Relata que o uso da bota de unha na unidade especializada reduziu o tamanho e o aspecto da ferida;	03	0,29%
Relata que na unidade especializada recebeu orientações em relação aos cuidados no domicílio com a ferida e o repouso;	09	0,88%
Afirma que a ferida só melhorou quando iniciou o tratamento na unidade especializada;	01	0,10%
Afirma que os profissionais da unidade especializada dizem palavras de conforto, são carinhosos, educados e atenciosos, se sentiu acolhido pela equipe;	16	1,56%
Relata que as coberturas da unidade especializada é melhor do que os da UBS;	01	0,10%
Afirma que na unidade especializada, os profissionais não olham somente a ferida, mas para ele como pessoa;	01	0,10%
Afirma que os profissionais da unidade secundária gostam de tratar de feridas e isso é um diferencial no tratamento;	01	0,10%
Percebe que os profissionais da unidade secundária dialogam para decidirem a melhor conduta;	01	0,10%
Percebe que alguns profissionais da unidade secundária, pedem orientação a enfermeira do setor para a indicação da cobertura;	01	0,10%
Acha que o atendimento na unidade secundária foi o melhor que já teve;	05	0,49%
Relata que ficou surpreso com o atendimento e com a educação dos profissionais da unidade secundária;	02	0,20%
O tratamento que tem na unidade secundária faz não medir a extensão da distancia de onde mora mesmo com ônibus e transito lotado;	01	0,10%
Relata que a cobertura utilizada na unidade secundária reduziu o tamanho da ferida e melhorou a dor;	01	0,10%
Relata que nenhum profissional de outras instituições havia realizado limpeza na ferida como foi na unidade especializada;	01	0,10%
Relata que os profissionais da unidade secundária mudavam a conduta, quando era necessário;	01	0,10%
Relata que fez espuma na Unidade Secundaria;	01	0,10%

Quadro 1 – Unidades de registro (continuação)

Acha que os profissionais de enfermagem fazem o possível e as vezes tentam o impossível sem recursos materiais para trabalhar;	04	0,39%
Relata que o tratamento da equipe de enfermagem da unidade secundária está conseguindo cicatrizar a ferida;	07	0,68%
Afirma que todos os profissionais de saúde são bons, porque trabalham em benefício do paciente;	02	0,20%
Afirma que o tratamento não depende somente dos profissionais, que o paciente precisa fazer a sua parte também;	02	0,20%
Acha que nem sempre a cobertura vai fazer a diferença e sim o atendimento do profissional;	01	0,10%
Relata que não tem do que reclamar dos locais de atendimentos que buscou;	02	0,20%
Refere que ir à unidade secundária é sacrificante por causa da distancia e da dor;	02	0,20%
Vê como aspecto negativo a distancia de sua casa até a unidade para realizar troca de curativo;	01	0,10%
Refere que nos dias da consulta na unidade secundária, não consegue dormir na noite anterior por morar longe e ter medo de perder sua vaga;	03	0,29%
Afirma que às vezes não tem dinheiro para pagar a passagem para vir ao atendimento na unidade secundária, por ser muito longe de sua casa;	02	0,20%
Relata que precisa sair de madrugada de sua casa pelo fato da unidade secundária ser muito longe;	04	0,39%
Relata que quando um profissional de saúde solicita um exame, não consegue fazer porque o aparelho está quebrado ou com uma longa fila de espera e com isso precisa pagar o exame;	01	0,10%
Relata que só conseguiu atendimento na unidade secundária por ter prontuário na instituição e/ou já estar fazendo outro tipo de tratamento;	02	0,20%
Relata que muitos pacientes vêm de outros municípios para a unidade especializada por não ter esse tipo de atendimento próximo à sua residência e no seu município;	04	0,39%
Acha que deveria ter mais hospitais;	01	0,10%

Quadro 1 – Unidades de registro (continuação)

Acredita que a demora pela consulta na unidade especializada permite que a pessoa não se preocupe com sua ferida;	01	0,10%
Alega que se tivesse o atendimento perto de sua casa, não precisaria sair de madrugada e muitas das vezes com dor;	02	0,20%
Afirma que só conseguiu o atendimento na unidade secundária porque tem um conhecido que trabalha na instituição;	02	0,20%
Relata mesmo os profissionais da unidade secundária precisam de suporte e recursos materiais para trabalharem;	02	0,20%
Acredita que deveria existir um protocolo para orientar os profissionais nas tomadas de decisão;	02	0,20%
Afirma que falta estrutura e consenso para que os profissionais atuem de forma adequada;	02	0,20%
Acredita que o sistema de saúde não prepara os profissionais para o atendimento das pessoas com feridas;	01	0,10%
Acha que deveria ter mais medidas para esclarecer à população o local certo para atendimento;	04	0,39%
Acha que deveria ter mais unidades secundárias para o atendimento à população;	02	0,20%
Acha que deveria ter outros tipos de coberturas para serem testado;	01	0,10%
Afirma que se criassem outras unidades especializadas de atendimento, não teria tantas pessoas com feridas na perna;	02	0,20%
Acha que os profissionais precisam dialogar mais uns com os outros para definir a melhor conduta;	01	0,10%
Acha que o Sistema de Saúde deveria capacitar os profissionais para o atendimento das pessoas com feridas;	01	0,10%
Acha que alguns profissionais não levam em consideração o seu trabalho ao orientarem a necessidade de ficar de repouso;	03	0,29%
Afirma que muitas pessoas necessitam do atendimento especializado e não tem por falta de unidades;	02	0,20%
Afirma que tem profissionais que só olham a ferida e não para o ser humano que está ali;	01	0,10%
Relata ter implorado por atendimento em emergência;	01	0,10%

Quadro 1 – Unidades de registro (conclusão)

Relata que um profissional de saúde já o orientou deixar a ferida descoberta para arejar;	01	0,10%
Relata a dificuldade e a demora em se conseguir um atendimento numa unidade especializada por falta de vagas.	05	0,49%
TOTAL	1023	100%

APÊNDICE D – Quadro de quantificação das UR por temas

Quadro 2 – Quantificação das UR por temas

TEMA	Nº UR	% da UR
A dificuldade de conviver com uma ferida	228	22,29%
A busca ou ausência de tratamentos	93	9,09%
Aspectos positivos relacionados a ferida na vida do homem	58	5,67%
Repercussões positivas relacionadas ao ambiente de trabalho	47	4,59%
Repercussões negativas relacionadas ao ambiente de trabalho	18	1,76%
Aspectos legais	103	10,07%
Significado do trabalho para o homem	76	7,43%
Dificuldades físicas e biológicas para trabalhar	90	8,80%
O homem com uma ferida crônica enquanto trabalhador	79	7,72%
Deficiências do profissional de saúde da atenção primária perante a ulcera de perna	85	8,31%
Aspectos negativos relacionados ao atendimento a pessoa com ferida	34	3,32%
Questões negativas relacionados a organização do sistema de saúde à pessoa no atendimento especializado	26	2,54%
O atendimento do profissional da atenção secundária como fator positivo no processo de cicatrização	61	5,96%
Ações para a melhoria do atendimento às pessoas com úlceras de perna	25	2,44%
TOTAL	1023	100,00%

APENDICE E – Quadro de estruturação das categorias

Quadro 3 – Estruturação das Categorias

Categorias	Nº das UR	% das UR
Sentimentos dos homens com UV e as repercussões biopsicossociais da UV.	379	37,05%
A vivência laboral de homens com UV: frustração, medo e dor.	168	16,42%
Complexidade do mundo do trabalho: aspectos legais e o cotidiano laboral dos homens com UV	245	23,95%
Os serviços de saúde e o atendimento aos homens com UV	231	22,58%
Total	1023	100%

ANEXO - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HOMENS COM ÚLCERAS VENOSAS E A ATUAÇÃO NO MUNDO DO TRABALHO

Pesquisador: PATRICIA ALVES DOS SANTOS SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40651014.8.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 993.194

Data da Relatoria: 19/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Dissertação de Mestrado que utiliza a metodologia qualitativa e tem como objeto o sentido do trabalho para o homem com úlceras venosas. Justifica-se pelo elevado número de pacientes do sexo masculino com úlceras de perna, e que grande parte deles se encontra em plena fase produtiva e com potencialidades para o trabalho remunerado. O estudo proposto pretende articular o processo saúde doença do ser-homem associado as úlceras de origem venosa e as suas implicações para inserção ou manutenção no mundo do trabalho.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as implicações para a inserção e manutenção de homens portadores de úlceras venosas no mundo do trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto bem estruturado e esclarecedor quanto aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. Não apresenta riscos ou benefícios diretos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se justifica na medida em que busca reflexões sobre o contexto do homem trabalhador, com o objetivo de se pensar estratégias a fim de redirecionar a assistência de enfermagem aos pacientes com feridas.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 993.194

Estudo relevante, pois destaca um tema pouco investigado pela Enfermagem e que possui vários determinantes que podem alterar negativamente a saúde dos homens. Além disso, busca aprofundar uma realidade rica para as intervenções de enfermagem, nos quatro níveis: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, favorecendo uma atuação de enfermagem embasada em dados científicos ou ainda mais fortalecida, fundamentada pelos dados apreendidos e discutidos pela presente pesquisa.

Os participantes serão homens com úlceras de origem venosa, tendo como critérios de inclusão: ter a lesão há mais de um (01) ano; ser do sexo masculino; ter idade acima de 18 anos; ser ou ter sido trabalhador em algum momento de sua vida. Além disso, consideraremos o critério do voluntariado e o desejo em contribuir do estudo. Os critérios de exclusão serão: homens que apresentem déficit cognitivo e/ou com alguma limitação permanente para o trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta em Anexo a Declaração de Autorização do Diretor da Instituição Cenário para a realização da pesquisa, folha de Rosto devidamente assinada pela Instituição proponente e o TCLE que atende aos preceitos da pesquisa com seres humanos, de acordo com a Res.466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto deve ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não foram observadas implicações éticas. Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para março de 2016. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br