



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE

ANNE KAYLINE SOARES TEIXEIRA

CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA:
FUNDAMENTAÇÃO NA TEORIA DE IMOGENE KING

FORTALEZA - CEARÁ
2016

ANNE KAYLINE SOARES TEIXEIRA

CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA:
FUNDAMENTAÇÃO NA TEORIA DE IMOGENE KING

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Fundamentos do Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lúcia de Fátima da Silva

FORTALEZA - CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Teixeira, Anne Kayline Soares.

Cuidado clínico de enfermagem à pessoa com úlcera venosa: fundamentação na teoria de Imogene King [recurso eletrônico] / Anne Kayline Soares Teixeira. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 147 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Enfermagem.

Orientação: Prof.ª Ph.D. Lúcia de Fátima da Silva.

1. Enfermagem. 2. Úlcera varicosa. 3. Teoria de enfermagem. I. Título.



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde



Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado
de **Anne Kayline Soares Teixeira**
realizada no dia 02 de fevereiro de 2016.

Ao segundo dia do mês de fevereiro do ano dois mil e dezesseis, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelos seguintes Professores Doutores: Lúcia de Fátima da Silva, Francisca Alexandra Araújo da Silva e Maria Vilani Cavalcante Guedes sob a presidência da primeira, perante a qual, a Mestranda, **Anne Kayline Soares Teixeira** regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: "*Cuidado Clínico de Enfermagem à Pessoa com Úlcera Venosa: fundamentação na teoria de Imogene King*", A defesa da referida Dissertação ocorreu das 14:45 as 16:45, tendo sido a Mestranda submetida à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar a Mestranda APROVADA, por sua Dissertação e defesa pública.

Eu, LÚCIA DE FÁTIMA DA SILVA que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.

Prof. Dra. Lúcia de Fátima da Silva - UECE

(Orientadora e Presidente)

Prof. Dra. Francisca Alexandra Araújo da Silva - UECE

(1º membro)

Prof. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes - UECE

(2º membro)

Dedico este trabalho aos meus pacientes portadores de feridas, e agradeço a Deus pela dádiva de deles cuidar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a vocação de ser enfermeira, tendo a oportunidade de cuidar das pessoas, mesmo diante das dificuldades, dando-me coragem para superar os obstáculos desta caminhada.

O meu agradecimento especial é oferecido à professora Dr.^a Lúcia de Fátima da Silva, uma mulher carismática, amiga, que me encorajou a superar medos e limites. Agradeço-lhe pela amizade, ensinamentos, e por entender minhas limitações. Obrigada por me incentivar na carreira de enfermeira e pesquisadora.

O meu sincero agradecimento aos pacientes que participaram deste estudo, por terem, diante da sua doença, compartilhado comigo suas metas, anseios e dificuldades.

Ao meu esposo, Enfermeiro, Camilo Reuber Soares, pelo amor, carinho e compreensão, e por acreditar no meu potencial.

A minha mãe Helena, meu pai Anízio e meu irmão Arthur por me amarem e incentivarem nos estudos e na vida.

Aos membros da Banca Examinadora, pela contribuição e aprimoramento deste trabalho desde minha qualificação.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde, que contribuíram para o meu crescimento profissional.

Aos amigos da turma X Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Saúde, pela amizade, harmoniosa convivência e incentivos durante o curso.

“Todos os nossos sonhos podem se tornar realidade se tivermos a coragem e persegui-los”.

(Walt Disney)

RESUMO

Trata-se de estudo acerca da contribuição do processo de enfermagem de Imogene King, mediante seu Registro Meta Orientado de Enfermagem, implementado aos pacientes com úlcera venosa. Considerou-se a possibilidade de rigor científico propiciado pela fundamentação de teorias ao cuidado clínico de enfermagem. Levou-se em consideração também a relevância epidemiológica, clínica e social que este adoecimento causa às pessoas afetadas, posto que dele advem a necessidade de enfrentamento a esta situação. O uso de tal teoria pelo cuidado interativo proposto pela teorista que facilita o alcance de metas de bem estar, promove um cuidado seguro e sistemático, mediante interação e estabelecimento de metas, possibilita ainda o uso do processo de enfermagem. O objetivo geral desta investigação é descrever a interação estabelecida entre enfermeira e paciente, no processo de cuidar, baseado na Teoria de Imogene King, dirigido às pessoas com insuficiência venosa crônica e úlcera venosa. Trata-se de uma pesquisa-ação realizada em um hospital de atenção secundária em Fortaleza-CE. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas individuais e encontros regulares, no período de maio a setembro de 2015. À amostra foi composta por oito pacientes. Adotou-se análise de conteúdo de Bardin para analisar entrevistas dos pacientes. Após a análise, emergiram três categorias e nove subcategorias baseadas nos sistemas interatuantes de Imogene King, quais sejam: sistema pessoal, com 61,2% das unidades de registro; sistema interpessoal, com 21,6%; e sistema social, com 16,2% das unidades de registro. Desta compreensão, elaborou-se um modelo de plano de cuidado individual, contendo lista de problemas, metas, intervenções e avaliação final das metas de cada paciente. Ao final, obteve-se, mediante interação proporcionada em encontros, 59,2% de metas totalmente atingidas e 31,3% de metas julgadas como parcialmente atingidas. Neste prisma, o uso da pesquisa-ação articulado a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King é, sem dúvida, relevante para o paciente com insuficiência venosa crônica e úlcera venosa, pelo fato de poder alcançar metas, não somente relacionadas à doença e ferida em si, mas por proporcionar envolvimento, tomada de iniciativas e compromisso no cuidado efetivo, em direção à melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Enfermagem; Úlcera varicosa; Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

This is a study about Imogene King's nursing process contribution through is Goal-Oriented Registration of Nursing, implemented with patients with venous ulcers. It's considered the possibility of scientific rigor enabled by the foundation of these theories for clinical nursing care. It's also taken into account the epidemiological, clinical and social significances that this illness causes to affected people, since the need to confront this situation. The reasoning here is the interactive care proposed by the theorist that makes easier the attainment of welfare goals, promoting a safe and systematic care through interaction and goal setting, enabling use of the nursing process. The general objective of this research is to describe the interaction established between nurse and patient in the nursing process, based on Imogene King's theory, directed to people with chronic venous insufficiency and venous ulcers. This is na action research conducted in a secondary care hospital in the city of Fortaleza. Data collection was via personal interviews and regular meetings between May to September 2015. The sample consisted of eight patients. It was adopted Bardin contente analysis to analyze interviews of patients. Of these, three categories and nine subcategories emerged based on Imogene King's interacting systems, namely: personal system, with 61,2% of the reporting units; interpersonal system, with 21,6%; and social system, with 16,2% of the reporting units. From this understanding was drawn up an individual care plan template, containing a problems list, goals for interventions and final evaluation of the goals for each patient. At the end, it was obtainedby interaction providedat the meetings, 59,2% fully achieved goals and 31,3% of goals judgedto be partially met. From this point of view, using na action-research articulating Imogene King's Theory of goals is undoubtedly relevant to the patient with chronic venous insufficiency and venous ulcers, because it can achieve goals, not only related to disease and injury itself but by providing involmnet, taking initiatives and commitment to effective care towards the improvement of quality of life.

Keywords: Nursing; Vricose Ulcer; Nursing Theory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Úlcera venosa no maléolo medial.....	27
Figura 2 –	Técnica de medida de índice Tornozelo-braço por meio do ultrassom doppler portátil.....	27
Figura 3 –	Imogene King.....	33
Figura 4 –	Modelo de interações entre o enfermeiro e o cliente.....	35
Figura 5 –	Sistemas dinâmicos interatuantes.....	35
Figura 6 –	Diagrama esquemático da teoria do alcance de metas.....	37
Figura 7 –	Constituição do <i>corpus</i> das informações coletadas na entrevista.....	46
Figura 8 –	Comunicação entre enfermeira e paciente.....	81
Figura 9 –	Avaliação e limpeza da úlcera venosa.....	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação e recomendações para a doença venosa crônica (CEAP).....	23
Quadro 2 – Alterações da insuficiência venosa crônica.....	24
Quadro 3 – Apresentação das coberturas mais utilizadas na prática clínica de enfermagem de feridas.....	29
Quadro 4 – Lista de problemas e metas identificadas.....	80
Quadro 5 – Avaliação das metas identificadas em comum nos pacientes....	88
Quadro 6 – Distribuição do número de encontros, problemas e metas. Avaliação final das metas dos pacientes com úlcera venosa.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização dos sujeitos.....	49
Tabela 2 –	Dados relacionados ao tempo de diagnóstico e tempo de acompanhamento ambulatorial.....	51
Tabela 3 –	Dados relacionados ao número de internações hospitalares, realização de enxertos ou desbridamentos cirúrgicos e realização de cirurgia para reparo da insuficiência venosa crônica.....	52
Tabela 4 –	Dados relacionados ao tratamento medicamentoso.....	53
Tabela 5 –	Dados relacionados aos fatores de risco da insuficiência venosa crônica.....	53
Tabela 6 –	Dados relacionados à atividade laboral de risco.....	54
Tabela 7 –	Dados relacionados ao índice de Massa corpórea.....	55
Tabela 8 –	Dados relacionado ao índice tornozelo-braço e às características das úlceras venosas.....	56
Tabela 9 –	Dados relacionados à localização, característica do leito da ferida, quantidade de exsudato, dimensão, terapia tópica e compressiva.....	57
Tabela 10	Distribuição das características temáticas, subcategorias e respectivas frequências.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS

AGE	Ácido Graxo Essencial
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BMR	Berçário Médio Risco
CEP	Comitê de ética em Pesquisa
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corpórea
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
ITB	Índice de pressão Tornozelo-Braço
IVC	Insuficiência venosa crônica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
RMOE	Registro Meta Orientado de Enfermagem
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	Unidade de Cuidados Especiais
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UR	Unidade de Registro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO E APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO	15
2	INTRODUÇÃO	17
3	OBJETIVOS	21
3.1	GERAL.....	21
3.2	ESPECÍFICOS	21
4	REVISÃO DA LITERATURA	22
4.1	INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA.....	22
4.2	ÚLCERA DE INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA	26
4.3	CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA	31
5	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	34
5.1	O REFERENCIAL TEÓRICO	34
5.1.1	A teorista	34
5.1.2	Teoria de Imogene King: Alcance de Metas	35
5.1.3	Instrumento do Processo de enfermagem baseado na Teoria de King	40
5.2	MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	41
5.2.1	Tipo de estudo	41
5.2.2	Local do estudo	43
5.2.3	Período do estudo, técnicas e instrumentos de coleta de dados	44
5.2.4	População e amostra	46
5.2.5	Organização e análise dos dados	46
5.2.6	Aspectos éticos – legais	48
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
6.1	APRESENTAÇÃO DOS DADOS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	49
6.2	ANÁLISE DE CONTEÚDO	60
6.2.1.1	Categoria I: Sistema pessoal.....	61
6.2.1.2	Categoria II: Sistema interpessoal.....	73
6.2.1.3	Categoria III: Sistema social.....	76
6.3	ANÁLISE E REFLEXÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM SEGUNDO A TEORIA DO ALCANCE DE METAS DE IMOGENE KING	80

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	105
	APÊNDICE B - Entrevista	108
	APÊNDICE C - Modelo do processo de implementação dos cuidados de enfermagem – Plano de cuidados de enfermagem individual.....	109
	APÊNDICE D- Diário de Campo.....	108
	APÊNDICE E- Sumário final	111
	APÊNDICE F - Análise de Conteúdo Segundo Bardin.....	112
	APÊNDICE G - Educação em saúde com mídia eletrônica (tablet)	139
	APÊNDICE H - Impresso educativo ao paciente para exercício domiciliar	143
	APÊNDICE I- Ficha de acompanhamento diário da glicemia e pressão arterial	144
	APÊNDICE J - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	145
	ANEXO A – Aprovação do comitê de ética	146

1 APRESENTAÇÃO E APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO

O interesse pelo cuidado de enfermagem dirigido ao paciente que desenvolve uma ferida se deu desde quando aluna de Graduação em Enfermagem. Durante a atividade de monitoria voluntária, na disciplina de Semiologia, Semiotécnica e Procedimentos Básicos de Enfermagem, tinha a satisfação de partilhar conhecimentos, com os discentes da disciplina, acerca do exame físico de enfermagem, assim como, sobre processo de cicatrização tecidual, avaliação de feridas e técnica de realização de curativos.

Ao concluir a Universidade, o interesse por esta área do cuidado de enfermagem continuou por meio do aprimoramento com a realização de cursos, participação em congressos, nutrindo o sonho de tornar-se Enfermeira Estomaterapeuta.

A Estomaterapia é especialidade exclusiva da área de Enfermagem, na modalidade pós-graduação *Latu sensu*, instituída no Brasil em 1990, cujo enfoque clínico-assistencial destina-se a pessoas com **estomias, fístulas, tubos, cateteres e drenos, feridas agudas/crônicas e incontinências anal/urinária**, nos seus aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação, buscando melhoria da qualidade de vida destas pessoas (ESTATUTO SOBEST).

No decorrer da vida profissional, surgiu então a oportunidade de trabalhar em uma Unidade Coronariana de um hospital especializado no tratamento de pacientes com doenças cardiovasculares e, neste período, o privilégio de conhecer o Serviço de Estomaterapia da instituição. O ingresso no Curso de Especialização em Estomaterapia, na Universidade Estadual do Ceará (UECE), levou à atuação no referido Serviço de Estomaterapia.

A experiência de cuidar dos pacientes com feridas, tanto em nível hospitalar quanto ambulatorial, culminou no primeiro contato com os doentes com úlceras venosas. Tratou-se de uma prática desafiadora, pois são feridas de difícil cicatrização. Os pacientes convivem com as lesões durante anos, afetando sua vida pessoal, social, familiar, levando-os à baixa autoestima, devido alteração na imagem corporal, assim prejudicando sua qualidade de vida.

A partir daquele cuidado, crescia a inquietação, não somente com a dificuldade para curar a ferida, como também compreender o processo de

enfrentamento destes pacientes àquela condição, além do estigma que a ferida lhe traz.

A prática de cuidar das pessoas com estes adoecimentos crônicos conduziu à participação no Grupo de Pesquisa da UECE, cuja linha de investigação é a temática dos cuidados clínicos e educativos de enfermagem no adoecimento cardiovascular. A partir do convívio com o grupo, deu-se a aproximação da autora com as Teorias de Enfermagem como fundamento para o cuidado.

Em 2014, a experiência como enfermeira de um Serviço de Estomaterapia de um hospital secundário, onde se faz atendimento ambulatorial a pacientes com insuficiência venosa crônica (IVC), realizando e observando os atendimentos a estas pessoas, notou-se o modo assistemático por meio do qual o cuidado era praticado. O foco era somente a ferida, a técnica em realizar o curativo e produto utilizado, esquecendo-se da pessoa, de seus problemas. Não havia relacionamento terapêutico, diálogo; o atendimento se restringia à realização de curativos e agendamento de retorno ao ambulatório para reavaliação.

A oportunidade de participar como discente do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) levou a inquietações que ganharam novas proporções na prática cuidativa. O desafio era cuidar de pessoas com úlcera venosa crônica sistematizando a prática do atendimento ambulatorial, demonstrando atitude acolhedora no cuidado clínico para além da técnica de trocar um curativo. O interesse passou a ser desempenhar um cuidado que promovesse a atuação do paciente, junto com enfermeiro, na tomada de decisão e no alcance de metas.

Foi então a oportunidade de desenvolver, como dissertação de mestrado, uma investigação utilizando uma Teoria de Enfermagem como fundamento para o cuidado daquela clientela, que contribuísse para a mudança da prática ambulatorial em epígrafe.

2 INTRODUÇÃO

A fundamentação do cuidado clínico de enfermagem por meio de teorias próprias conduz ao rigor científico do fazer profissional. Assim considerando, dentre outros contextos, no cuidado de pacientes portadores de úlcera venosa não é diferente. A teoria fundamenta a prática clínica do enfermeiro a fim de promover um cuidado clínico seguro e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das pessoas cuidadas.

Compreende-se que o cuidado clínico de enfermagem envolve práticas de cuidados que utilizam como embasamento as concepções teórico-filosóficas, metodológicas, políticas e gerenciais do cuidado clínico de enfermagem e saúde dirigidas ao ser humano, nas perspectivas individuais e coletivas, e do seu ciclo vital, compreendendo a Enfermagem como uma profissão de prática social, científica, que produz tecnologia e inovação (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, 2014).

Assim, o enfermeiro prepara-se para reconhecer e intervir nos diversos processos de adoecimentos que podem acometer o ser humano em sua vida. Trata-se de situações de adoecimento agudo e crônico, dentre as quais, destacam-se, neste estudo, a Insuficiência venosa crônica (IVC), acompanhada de suas morbidades e conseqüências.

Dentre as úlceras encontradas nos membros inferiores, a úlcera de etiologia venosa é a que possui maior prevalência. Corresponde aproximadamente de 80% a 90% das úlceras encontradas nessa localização, sendo que a insuficiência venosa crônica é a principal responsável pelo seu surgimento (BARBOSA; CAMPOS, 2010). A doença afeta até 50% da população adulta, e estima-se que 1% dos indivíduos sofrerá ulceração de perna venosa durante a sua vida. Existe prevalência de 0,10 a 0,30%, e incidência de 3 a 5 novos casos/1000 pessoas ao ano, sendo que, a úlcera de perna ocorre duas vezes mais em pessoas acima de 65 anos (CONUEI, 2009; VENOUS FORUM, 2011; VOWDEN, 2012).

Alguns fatores de risco têm sido associados ao desenvolvimento da insuficiência venosa crônica, quais sejam, obesidade, idade avançada, sexo, estilo de vida, trabalho, dieta, uso de hormônios, gravidez, história familiar, lesões anteriores nas pernas, trombose venosa profunda e flebite (LAUREN COLLINS; SAMINA SERAJ, 2010). Profissionais como enfermeiros, vendedores e professores

são consideradas de risco para desenvolver hipertensão venosa e veia varicosa associada, devido permanecerem por longos períodos de pé.

Considerando o impacto financeiro, psicológico e social da pessoa no enfrentamento desta doença, nesta investigação, abordar-se o cuidado clínico de enfermagem, embasado em uma teoria própria, ao paciente com IVC que desenvolveu úlcera em membro inferior, identificando suas necessidades com vistas à implementação de metas para melhoria de sua condição de saúde.

Portanto, para que aconteça este cuidado, a Enfermagem, como uma profissão de ajuda, deve apoderar-se do relacionamento terapêutico, interpessoal a fim de promover intervenções eficazes e resolutivas para estes pacientes. As ações de cuidado serão assim peculiares, quando o cuidado clínico de enfermagem for prestado de maneira singular e o foco não se restringir somente à lesão da pele.

Autores acrescentam que é preciso que as atitudes de cuidado sejam sistematizadas e fundamentadas em pensamento crítico, contribuindo para ajudar o paciente a enfrentar suas limitações. Isto porque a úlcera venosa altera o cotidiano do indivíduo, ao lhe levar a conviver com a ferida por longos períodos e recidivas, o que lhe causa sentimentos de vergonha, limitações físicas e emocionais (TEIXEIRA; SILVA, 2015).

Então, para fundamentar o cuidado clínico, o enfermeiro deve se apoiar em Teorias de Enfermagem que conduzam seu processo de cuidar. Dentre os modelos teóricos, tem-se a Teoria do Alcance de Metas, de Imogene King, elaborada em 1981, que favorece o cuidado clínico de enfermagem neste contexto, visto que, se baseia no processo transacional em busca de alcançar metas, valorizando o bem-estar dos pacientes em todas as suas dimensões. A Teoria favorece a reabilitação com a utilização de uma estrutura conceitual que se compõe de três sistemas interativos, quais sejam: sistema pessoal, sistema interpessoal e o sistema social.

Os pacientes, para King, são pessoas sociais, racionais e sensíveis, que reagem conforme as interações, percepções, expectativas e necessidades. Estabelecem metas em sua vida e selecionam meios para atingi-las. A saúde desta pessoa é uma experiência dinâmica e necessita de ajustes contínuos aos elementos estressores dos ambientes interno e externo. Para a teorista, o ambiente que este indivíduo se encontra refere a um sistema aberto que permite as interações humanas, sendo que a Enfermagem atua em um processo de ação, reação e

interação, pelo qual o enfermeiro e paciente compartilham informações, definem papéis, fixam metas e buscam estratégias para alcançá-las (KING, 1981).

Todo este processo de interação requer do enfermeiro um método sistematizado para que possa colocar em prática o cuidado. King (1981) sugere um processo de enfermagem denominado Registro Meta-Orientado de Enfermagem (RMOE), que se compõe de cinco fases: levantamento de dados, lista de problemas, lista de objetivos/metapas, implementação, avaliação ou notas de evolução.

A Teoria de Imogene King vem sendo usada por enfermeiros nos seus estudos. Nascimento (1991), em sua dissertação, utilizou o referencial no cuidado a pacientes com infarto agudo do miocárdio em uma unidade coronariana. Resende (1998) abordou fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) à luz da Teoria de King. Moreira, Araújo e Pagliuca (1999) utilizaram a Teoria de King na facilitação da adesão ao tratamento da hipertensão. Em outro estudo, Moreira (2002), utilizou-se do sistema interpessoal de Imogene King para estabelecer as relações entre pacientes com hipertensão não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde.

Outros pesquisadores, como Bezerra (2010) que realizou um ensaio clínico, onde traçou metas de bem-estar para pessoas hipertensas. Vieira et al. (2013) realizaram estudo exploratório com idosos e seus cuidadores, tendo como referencial teórico e metodológico a Teoria de Imogene King, que contribuiu para uma assistência humanitária, bem como intensificou o papel do cuidador familiar. Relacionada à lesão de pele, encontrou-se a Tese de Goayatá (2005), na qual os instrumentos de coletas de dados do paciente e do familiar foram elaborados com base no modelo conceitual de Imogene King. O autor traçou diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos que sofreram queimaduras, no período próximo à alta hospitalar.

Estudo internacional, quase-experimental, com 200 pacientes que iriam ser submetidos à ressecção transuretral da próstata, evidenciou que o uso da Teoria de King no cuidado a estes pacientes forneceu direção para a prática de enfermagem, além de interação nos processos multidisciplinares, comunicação, transação e pensamento crítico, resultando em uma via clínica integrada, tornando o paciente o gestor da própria saúde (KHOWAJA, 2006).

Deste modo, é importante destacar a possibilidade da contribuição da Teoria do Alcance de Metapas, em especial com pacientes portadores de úlcera venosa

crônica, pois esta ferida apresenta evolução lenta e caráter recidivante, podendo desencorajá-los com relação ao tratamento e busca da qualidade de vida. Então, se destaca o papel do enfermeiro em incentivar o paciente promovendo um cuidado individual, estabelecendo metas mútuas, a fim de melhorar suas condições de vida.

Diante disto, nesta investigação, pretendeu-se responder à seguinte questão norteadora: **como a interação entre enfermeira e paciente com IVC e úlcera venosa, embasada nos sistemas interativos de King, contribui para o alcance de metas de melhoria de sua condição de saúde?**

Isto porque, interações e atos de cuidado mútuos, entre enfermeiro e paciente com IVC e úlcera venosa crônica, desenvolvidos nestas situações, podem promover melhor adesão ao tratamento, contribuir para o alcance de metas e, conseqüentemente, melhorar a condição de saúde do paciente.

Assim, o processo de cuidar instaura-se no momento que o enfermeiro compreende que os pacientes são pessoas com variados tipos de necessidades. Este cuidado não requer somente uma série de ações instantâneas para atingir o imediatismo de um dado objetivo proposto, mas, leva-se em conta a subjetividade do indivíduo (CACCAVO et al, 2012).

Finalmente, diante dos resultados obtidos com este trabalho, considera-se a investigação relevante, visto que a Enfermagem tem papel fundamental no cuidado integral destes pacientes, pois o cuidado clínico de enfermagem volta-se para necessidade humana em sua trajetória de vida, em qualquer situação de saúde, tanto no aspecto preventivo, ou de adoecimento, no processo reabilitatório.

3 OBJETIVOS

2.1 GERAL

-Descrever a interação estabelecida entre enfermeira e paciente, no processo de cuidar, baseado na Teoria de Imogene King, dirigido às pessoas com IVC e úlcera venosa ativa, atendidas em um ambulatório especializado.

2.2 ESPECÍFICOS

-Caracterizar os pacientes participantes da pesquisa quanto à identificação, doença, características da doença e da ferida como coleta de levantamento de dados para o RMOE de King;

-Conhecer o discurso desta clientela acerca de suas percepções pessoais, interpessoais e sociais do vivido com a úlcera venosa considerando problemas enfrentados e metas desejadas para o bem-estar;

-Verificar a implementação do RMOE.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Para aprofundamento do tema pesquisado, realizou-se uma revisão de literatura tratando da IVC, úlcera venosa e cuidado clínico de enfermagem dirigido à pessoa com a ferida, bem como acerca da relação entre os temas supracitados.

4.1 INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA

A IVC é uma doença comum na prática clínica, cuja principal complicação é a úlcera venosa, que causa morbidade significativa, além de aposentadorias precoces por invalidez, restrição às atividades da vida diária e de lazer, dor, perda de mobilidade funcional e piora da qualidade de vida.

A doença é definida como uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso causada por uma incompetência valvular, associada ou não à obstrução do fluxo venoso (SALGADO; JÚNIOR; SILVA, 2013). Para entender as condições que desencadeiam a IVC, é necessária a compreensão prévia do funcionamento normal do sistema venoso.

Fisiologicamente, o sistema venoso constitui um conjunto de pequenos vasos, que se integram em outros cada vez mais calibrosos, cuja função é retornar o sangue e conduzi-lo de volta ao coração (SALGADO; JÚNIOR; SILVA, 2013). As veias são elementos fundamentais do sistema circulatório, representam um reservatório que contem mais de 70% do sangue na circulação (KEOPPEN; STANTON, 2009).

Também faz parte deste sistema, o músculo da panturrilha, que se torna importante por ser considerado o coração da perna. Sua atuação ocorre durante a deambulação, quando o músculo gastrocnêmio contrai e comprime o sangue das veias profundas, de modo semelhante ao trabalho do ventrículo durante a fase sistólica do ciclo cardíaco. Do mesmo modo que o coração possui válvulas para impedir o refluxo do ventrículo para átrio, durante a fase diastólica, as veias são providas de válvulas de única direção para evitar o fluxo de sangue retrógrado no membro inferior (DOUGHT; WALDROP; RAIMUNDO, 2000).

Na doença venosa crônica, há uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso causado por incompetência da válvula associada ou não à obstrução do fluxo venoso. Ademais, a doença pode ser de origem congênita ou

adquirida (POTER; MONETA, 1995). A imperfeição da fisiologia do fluxo venoso causa hipertensão venosa durante deambulação, que é caracterizada por incompetência do retorno venoso e elevação da pressão capilar, tendo como consequência a formação de uma ferida, a úlcera venosa.

É comum que os pacientes com úlcera venosa crônica apresentem outras doenças crônicas associadas como, diabetes mellitos (DM), HAS, que podem interferir no reparo tecidual e tornar a IVC mais grave (YAMADA; SANTOS; 2005; OLIVEIRA, NOGUEIRA et al, 2012). Estudos mostram esta associação, como o de Bergonse e Rivitti (2006), onde se encontra que 62,5% dos pacientes com úlcera venosa eram hipertensos e 15% apresentavam angina e infarto.

Sampaio (2007), em sua pesquisa, evidenciou que a HAS em pacientes com úlcera venosa assumiu destaque, com 51%. Os antihipertensivos foram à classe de medicamentos mais citada pelos sujeitos investigados, correspondendo a 40,8%. Relacionados aos antecedentes familiares, as doenças cardíacas apresentaram maiores ocorrências, 51%; seguida de diabetes (49%) e hipertensão (44,9%).

Estudo realizado por Baptista e Castilho (2006) evidenciou que a prevalência de hipertensão arterial entre os pacientes portadores de úlcera venosa de um Hospital Universitário de São Paulo correspondeu a 33%. Estas elevadas taxas mostram que a IVC constitui grave problema de saúde pública, por apresentar alta prevalência e enorme impacto socioeconômico (CASTRO; SILVA; et al, 2005).

Apesar de a IVC acometer pessoas jovens, devido ao aumento da expectativa de vida, há um crescente número de indivíduos idosos acometidos pela doença. A incidência nesta população é de 5,9% nos países industrializados. Nos EUA, mais de 7 milhões de pessoas são afetadas por esse agravo (BORGES; CALIRI, 2011). Ainda nos EUA, as úlceras venosas crônicas em membros inferiores afetam mais de 2,5 milhões de pacientes por ano, sendo uma causa importante de morbidade e queda na qualidade de vida (MOSTOW et al, 2005).

Com relação ao custo do tratamento das úlceras crônicas em membros inferiores por paciente, estima-se que seja de aproximadamente 30.000 dólares por ano nos EUA, o que representa 1% do orçamento da saúde (O'DONNELL; LAU, 2006).

Quando é levado em conta a presença de varizes dos membros inferiores, a prevalência mundial varia de menos de 1 a 73% em mulheres e de 2 a 56% em

homens, enquanto no Brasil sua prevalência varia de 41,25 a 62,79% nas mulheres e de 13,97 a 37,9% nos homens (BEEBE-DIMMER; PFEIFER, 2005).

No intuito de uniformizar a terminologia e orientar as condutas diagnósticas e terapêuticas, foram propostas várias classificações para doenças venosas crônicas de membros inferiores. Em 1995, foi criada, por especialistas, uma classificação para IVC baseada na Clínica, Etiologia, Anatomia e Patofisiologia, denominada classificação CEAP, que tem por finalidade pontuar o comprometimento do sistema venoso e suas manifestações (MAFFEI, 2008). Para facilitar o entendimento, elaborou-se o Quadro 1, a seguir:

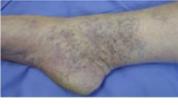
Quadro 1- Classificação e recomendações para a doença venosa crônica (CEAP)

Classificação Clínica (C)		Classificação Etiológica (E)		Classificação Anatômica (A)		Classificação Patofisiologia (P)	
Classe 0	Sem sinais visíveis ou palpáveis	EC	Etiologia Congênita	AS	Veias superficiais	PR	Refluxo
Classe 1	Telangiectasias e/ou veias reticulares	EP	Etiologia Primária (não se sabe a causa)	AD	Veias profundas	PO	Obstrução
Classe 2	Veias varicosas grandes	ES	Etiologia Secundária (pós-trombótica; pós-traumática e outras)	AP	Veias perforantes (comunicantes)	PR,O	Refluxo e Obstrução
Classe 3	Edema						
Classe 4	Alterações de pele (hiperpigmentação; eczema; lipodermatofibrose)						
Classe 5	Classe 4 + úlcera curada						
Classe 6	Classe 4 + úlcera ativa						
Classe 0 ou 1 + EC ou EP + AS + PR ou PO ou PR,O				Recomendações:			
				Não há necessidade de se referir à assistência médica, problema cosmético.			
Classe 2 + ES + AD ou AP + PR ou PO ou PR,O				Refira para consulta de rotina com angiologista para exames e doppler venoso.			
Classe 3 ou 4 ou 5 + ES + AD ou AP + PR ou PO ou PR,O				Refira rapidamente para consulta de rotina com angiologista para exames e duplex venoso.			
Classe 6 + ES + AD ou AP + PR ou PO ou PR,O				Refira urgentemente para consulta com angiologista especialista para exame de ultrassom duplex venoso e a um centro de tratamento de feridas para avaliação da úlcera.			

Observa-se que o diagnóstico da IVC é eminentemente clínico, por meio da anamnese e exame físico. São encontradas alterações visíveis da doença nos membros inferiores, quais sejam: veias varicosas, edema, crises de celulite ou erisipela, distúrbios tróficos como a hiperpigmentação, dermatite, eczema de estase, lipodermatoesclerose e coroa flebectásica.

Com base na leitura da Diretriz Diagnóstico e Tratamento da Doença Venosa Crônica (2005), foi possível elaborar o Quadro 2 que mostra as alterações decorrentes da IVC.

Quadro 2: Alterações da Insuficiência venosa crônica

ALTERAÇÃO	DEFINIÇÃO	IMAGEM
Edema	Aumento perceptível no volume de fluidos da pele e tecido subcutâneo, usualmente na região maleolar, podendo atingir a perna e o pé.	
Telangiectasia ou veia reticular	Vênulas intradérmicas, azuladas, dilatadas, usualmente tortuosas com calibre inferior a 1 a 3mm.	
Veia varicosa	Veia subcutânea, dilatada, com o diâmetro igual ou maior que 3 mm, medida em posição ortostática. Geralmente tortuosas.	
Lipodermatoesclerose	Inflamação e fibrose localizada da pele e tecido subcutâneo da perna, às vezes associadas a cicatrizes e contração do tendão de Aquiles. É sinal de DVC avançada.	
Pigmentação	Coloração escurecida da pele em tom amarronzado, ocasionada pelo extravasamento de sangue.	
Eczema de estase	Dermatite eritematosa que pode progredir para a formação de vesículas, descamação, ou pode ser secretante, acometendo a pele da perna.	
Atrofia branca	Área localizada de pele atrofica, frequentemente circular, de cor branca, circundada por capilares dilatados e, às vezes, hiperpigmentação. Não deve ser confundida com áreas cicatriciais de úlceras, que não se incluem nessa definição.	
Celulite ou erisipela	O edema rico em proteínas é frequentemente sede de infecção. Fissuras na pele, ferimentos, picadas de inseto em pacientes com IVC predispoem ao aparecimento de celulite.	
Coroa flebectásica	Numerosas pequenas veias intradérmicas, em forma de leque, situadas na face lateral ou medial da perna e pé.	

Fonte: Diagnóstico e Tratamento da Doença Venosa Crônica (2005).

Apesar de a IVC ter mortalidade praticamente nula, as alterações decorrentes da doença alteram o cotidiano e imagem corporal dos pacientes acometidos, principalmente daqueles com a úlcera de perna ativa.

4.2 ÚLCERA DE INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA

A úlcera varicosa é também conhecida como úlcera por insuficiência venosa, úlcera venosa de perna, úlcera de estase ou úlcera venosa (JOHNSON; PAUSTIAN, 2005). Elas aparecem no membro inferior como consequência de processos de adoecimentos prévios que tivessem lesionado irreversivelmente o sistema venoso, principalmente o profundo (BORGES; CALIRI, 2011). Estas feridas, ao surgirem espontaneamente, tendem a se localizar na região do maléolo interno. No entanto, podem estar presentes em outras localizações do membro inferior, quando desencadeadas por trauma ou infecções (YAMADA, 2005).

É fundamental reconhecer os fatores de risco para o desenvolvimento da úlcera venosa, a fim de gerenciá-los e, assim, prevenir sua ocorrência. São eles: tabagismo, alta ingestão de gorduras e carboidratos, hipercolestolemia, coagulopatias, obesidade, etilismo, varicosidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial e calçados inadequados (TONAZIO; SILVA, 2015).

Além do impacto econômico ocasionado por estas feridas em membros inferiores, há também prejuízo na atividade econômica já que tais ulcerações levam a uma perda de 6 milhões de dias de trabalho nos EUA (ETUFUGH; PHILLIPS, 2007).

De acordo com a patogênese da ulceração, algumas teorias explicativas têm sido propostas para explicar este fenômeno, porém o mecanismo exato ainda é desconhecido. Para com Borges e Caliri (2011), as quatro teorias mais aceitas para patogênese da úlcera venosa, são: teoria clássica; teoria de cuff de fibrina; teoria dos leucócitos; e hipótese de bloqueio de fatores de crescimento.

Segundo a teoria clássica, devido às pressões elevadas, ocorrerem alterações na microcirculação, acarretando danos nas paredes dos vasos, liberação de macromoléculas, alterações cutâneas com o edema, eczema, hiperpigmentação, lipodermatosclerose e, por fim, a ulceração do tecido (BORGES; CALIRI, 2011).

A teoria de cuffs de fibrina foi proposta em 1982, por Browse e Burnand, cirurgiões britânicos. Partiram da premissa que, devido à hipertensão venosa,

ocorreria liberação de fibrinogênio para derme e subcutâneo, isto devido à distensão da parede dos capilares. Este fibrinogênio formaria os cuffs de fibrina, causando uma barreira física à disfunção de oxigênio, de nutrientes, ocasionando anoxia, morte celular e, conseqüentemente, a úlcera venosa (PATEL; LABROPOULOS; PAPPAS, 2006).

A teoria dos leucócitos foi descrita por Coleridge-Smith, em 1988. Segundo esta teoria, na presença de hipertensão venosa, ocorre redução do fluxo sanguíneo capilar, acarretando liberação de radicais livres e mediadores inflamatórios e, conseqüente, migração de leucócitos para os tecidos, devido resposta inflamatória. Os leucócitos bloqueiam os capilares causando isquemia local e formação da úlcera (ETUFUGH; PHILLIPS, 2007).

Falanga e Eaglestein (1993) propuseram a teoria de bloqueio de fatores de crescimento. Eles afirmaram que o fibrinogênio e outras macromoléculas, como albumina e a alfa macroglobulina, bloqueavam os fatores de crescimento importantes para homeostase e cicatrização.

Constata-se, portanto, que há semelhança entre as teorias e, possivelmente, todas elas possam estar envolvidas no processo da ulceração. De acordo com Wolff e Johnson (2011), há um ciclo que se repete: evento inicial; agravação da estase venosa e dilatação das veias varicosas; lipodermatosclerose; trombose; dermatite de estase; e ulceração. Este processo possui evolução lenta, sendo que as feridas poderão apresentar-se de forma única ou numerosas. Estas lesões são consideradas as mais comuns nos seres humanos, possuindo características peculiares, facilitando assim seu diagnóstico diferencial.

As úlceras por IVC costumam ser encontradas na superfície medial inferior da panturrilha, especialmente sobre os maléolos, com predomínio do maléolo medial, na área drenada por veias comunicantes incompetentes. As lesões são bem demarcadas, apresentam bordas irregulares e são relativamente superficiais com bordas solapadas, intensamente exsudativas e geralmente dolorosas, melhoram quando há elevação do membro (WOLFF; JOHNSON 2011).

O leito das lesões é rico em tecido viável, vermelho (fig. 01), porém, há possibilidade de tecidos desvitalizados e exsudato purulento mediante infecção ou agravamento da doença.

Figura 1 – Úlcera venosa no maléolo medial.

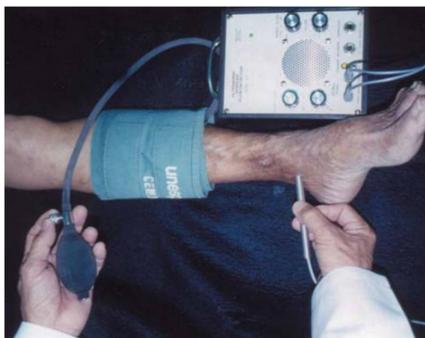


Fonte: Abbade e Lastória (2006).

Dentre as terapêuticas recomendadas, a terapia compressiva mostra-se eficaz no tratamento da úlcera venosa, uma vez que diminui a hipertensão venosa crônica responsável pelo surgimento, manutenção e recidiva da lesão. A terapia compressiva favorece a cicatrização da ferida, além de reduzir os sinais e sintomas presentes no membro inferior acometido (DANTAS, 2010).

Para instituir a terapia compressiva é preciso fazer o diagnóstico diferencial entre úlceras venosas e arteriais, avaliando o suprimento de sangue para a perna através de ultra-sonografia Doppler, como ilustra a figura 2. A melhor maneira de fazê-lo é por meio da mensuração do índice de pressão tornozelo/braço (ITB), calculado por meio da divisão entre a pressão sistólica no tornozelo e a pressão sistólica braquial. Um IPTB de 0.9 ou mais indica suprimento arterial normal para a perna. Quando abaixo de 0.9, alguma isquemia está presente. Então a terapia de compressão está contraindicada (DARLEY, 2001).

Figura 2 – Técnica de medida de ITB por meio do ultra-som Doppler portátil.



Fonte: Abbade; Lastória (2006).

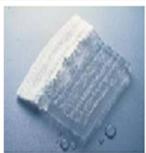
O tratamento da úlcera venosa deve estar amparado em quatro condutas: tratamento da estase venosa, utilizando o repouso e a terapia compressiva; terapia

tópica, com escolha de cobertura local que mantenha o leito da ferida úmido e limpo, e que sejam capazes de absorver o exsudato; controle da infecção com antibioticoterapia sistêmica quando assim fizer necessário; e prevenção de recidivas (BORGES, 2005).

Associada à terapia compressiva, a terapia tópica é fundamental no tratamento da úlcera venosa e o mercado disponibiliza várias coberturas. Para Borges e Caliri (2011), a cobertura para a úlcera venosa deve: ser capaz de absorver o excesso de exsudato da superfície da ferida, porém fornecer ambiente úmido saudável, ser livre de contaminantes, reduzir a dor da úlcera, ser fácil de trocar, ou seja, não aderente, não causar reação alérgica, agir como uma membrana semipermeável, ser impermeável a microrganismos, além de fornecer um ambiente térmico.

A indicação da cobertura dependerá de avaliações sequenciais no momento da troca do curativo. Avaliações acerca das características do leito da ferida como intensidade de exsudato, colonização, infecção, odor, tecidos e pele adjacente. Para melhor entendimento, apresenta-se, na sequência, o Quadro 3 das coberturas existentes com os produtos, ação e periodicidade de troca das coberturas.

Quadro 3: Apresentação das coberturas mais utilizadas na prática clínica de enfermagem para o tratamento de feridas

IMAGEM	PRODUTO	AÇÃO	PERIODICIDADE DE TROCA
	Filme transparente	Permite a troca gasosa; São impenetráveis à bactéria; Não há capacidade de absorção do exsudato.	Quando houver perda da aderência ou umidade excessiva; No máximo a cada 7 dias.
	Hidrocolóide	Produz ambiente úmido favorável a cicatrização.	Trocar sempre que estiver saturado, descolar ou o gel extravasar. No máximo a cada 7 dias.
	Alginato de cálcio Alginato de cálcio com prata	Os íons de cálcio da cobertura interagem com os íons de sódio do exsudato da ferida para produzir um gel hidrofílico que limita as secreções da lesão e minimiza a contaminação bacteriana; Promove a cicatrização e a formação do tecido de granulação; Quando associado à prata, elimina um amplo espectro de microorganismo.	Trocar a cada 24 horas em feridas infectadas; a cada 48 horas ou quando saturado em feridas limpas ou com sangramento.
	Hidrofibra Hidrofibra com prata	Forma um gel coeso e translúcido, mantendo o leito da ferida úmido; Absorve verticalmente o exsudato, Aprisiona microorganismo em suas fibras, reduzindo a biocarga e minimizando o risco de infecção e de maceração da pele adjacente a ferida.	Até 7 dias ou quando houver saturação da hidrofibra.
	Carvão ativado Carvão com prata	Alta capacidade de controlar odor desagradável; Absorve exsudato; Preserva o tecido de granulação.	A cada 3-4 dias ou conforme a intensidade do exsudato; Quando houver sinais de umidade na camada externa ou quando o odor não for mais neutralizado.
	Espuma de poliuretano Espuma com prata	Absorvem fluidos, restos celulares, estes são retidos nos pequenos poros da cobertura e o ambiente é mantido úmido e morno na superfície promovendo a granulação e cicatrização; Quando associado à prata, controla a quantidade de microorganismo.	Até 7 dias ou quando houver saturação da espuma.
	Prata nanocristalina	Age como barreira antimicrobiana, liberando íons de prata mais rápidos do que a prata comum; Destroi bactérias presentes na cobertura e no leito da lesão.	3 a 7 dias, dependendo da apresentação do produto.
	Bota de unna	Efeito compressivo, que auxilia no retorno venoso efetivo, protetor (por meio da bandagem evitando a exposição das lesões) e cicatricial.	A cada 7 dias.

Fonte: Borges e Caliri (2011).

O tratamento das úlceras venosas é um desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, que se dedicam a esta área. Há necessidade da realização de cursos de especialização em tratamento de feridas, como forma de se alcançar mais conhecimento, bem como habilidade para prestar cuidados aos pacientes de úlceras venosas (BARBOSA; CAMPOS, 2010).

Frente ao exposto, percebemos que a cicatrização da úlcera venosa não é tarefa fácil, mesmo para os especialistas na área. Requer do paciente, condições fisiológicas e psicológicas, apoio familiar, conhecimento acerca de sua doença, para que possa seguir as orientações de repouso, da realização dos curativos, e também carece de condições financeiras, pois a aquisição de materiais para terapia tópica que apresenta custo elevado (TEIXEIRA; SILVA, 2015).

4.3 CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA

O cuidado está na essência do ser humano. Ser este que, fragilizado ao longo de sua vida, merece total atenção, zelo, dedicação; um cuidado peculiar, de forma gratuita e prazerosa (PEGORARO, 2014).

Para Pessine (2010), o termo cuidar abrange diversos sentidos. Para o primeiro sentido o autor associa o cuidar a compaixão, que se dá quando se vê o paciente fragilizado diante de sua doença, e o colocamos como o centro das atenções. O segundo sentido é a ação de cuidado propriamente dita, quando se ajuda o outro a realizar o que ele não pode, temporária ou definitivamente, fazer por si mesmo. Já o terceiro sentido é quando o profissional de saúde estimula e estabelece confiança durante o relacionamento terapêutico entre profissional de saúde e paciente. Por fim, o quarto sentido de cuidar implica na utilização dos recursos humanos e técnicos disponíveis aos pacientes.

Em todos estes sentidos que a Enfermagem atua, para se ter um cuidado integral ao ser humano, seja ambulatorial ou em qualquer cenário da saúde, o enfermeiro é responsável pela avaliação criteriosa do paciente. Nas condutas, tem autonomia do cuidado prestado, porém, a autonomia deverá ser pautada no conhecimento científico, técnico e prático, para que possa cuidar com zelo e segurança.

A cicatrização de uma ferida requer mais que a realização de um curativo, necessita um olhar clínico do enfermeiro, interação enfermeira-paciente, bem como o foco deverá ser a promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida destes pacientes. Isto porque as úlceras venosas causam danos, afetam significativamente o seu estilo de vida, em decorrência da dor crônica e alteração da imagem corporal, levando a depressão e perda da autoestima, além do isolamento social, inabilidade para o trabalho e, frequentemente, hospitalizações ou atendimentos ambulatoriais prolongados (BORGES; CALIRI, 2011).

Observou-se que diversas tecnologias são oferecidas para tratamento da ferida, porém, vale ressaltar que cada paciente possui peculiaridades no tratamento. Portanto, cuidar de pacientes com ferida não seria somente apropriar-se de coberturas interativas para cicatrização, mas interagir com o ser cuidado dando importância a sua subjetividade.

Neste contexto, enfermeiro tem papel fundamental no cuidado clínico e diferenciado a pessoas com úlcera venosa. O cuidado tem que ser humanizada, compreendendo um conjunto de atitudes e ações promovidas em parcerias, fundamentadas em conhecimentos científicos, sistematizados e teóricos, se apropriando de tecnologias, com a finalidade de buscar melhorar condição de saúde, aliviar sofrimento e mantendo a dignidade da pessoa cuidada.

Para Fonseca e Franco (2012), o alicerce dos cuidados de enfermagem aos pacientes com feridas, independente da etiologia, tem como base o relacionamento terapêutico, para posterior elaboração de um plano de cuidados individualizados, estabelecendo metas para as suas reais necessidades do paciente. Ou seja, todo o processo de avaliação e tratamento implica uma abordagem à pessoa, como ser complexo, e não apenas à sua ferida.

Deve-se levar em conta a comunicação verbal e não-verbal, bem como um ambiente caloroso propício a individualização de cuidados. O enfermeiro, ao aprofundar-se sobre as percepções e expectativas de seus pacientes, relacionado ao seu estado atual de saúde, os padrões de vida, situação social, econômica e familiar, conduz ao estabelecimento de confiança e, conseqüentemente, ao cuidado de enfermagem eficaz e de excelência (FONSECA; FRANCO, et al, 2012).

Deste modo, para um cuidado clínico de enfermagem eficaz, o enfermeiro que oferece cuidado ao paciente com lesão de pele terá o dever de inteirar o paciente neste processo, fazendo com que ele se sinta responsável pela sua saúde, além de

promover a educação e, assim, autocuidado. Neste sentido, o cuidado deverá ser capaz de levar em consideração o sujeito em sua singularidade.

5 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Na sequência, apresenta-se o referencial teórico utilizado para fundamentar a presente investigação, bem como métodos e procedimentos usados para realização da pesquisa. No primeiro momento, mostra-se a Teoria de Imogene King para, em seguida, serem discutidas cada etapa das estratégias metodológicas para alcance dos objetivos da pesquisa.

5.1 O REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico de Imogene King (1981) foi baseado em sua obra *A theory for nursing: systems, concepts, process*. Lançou-se mão da sua bibliografia, passando pelos passos iniciais do desenvolvimento da teoria, apresentando os conceitos e estrutura taxonômica para alcance de metas, além dos ensinamentos dos seus pressupostos e princípios.

5.1.1 A teorista

Imogene King nasceu em 30 de janeiro de 1923, em West Point, nos Estados Unidos e faleceu em 2007.

Figura 03- Imogene King



Em 1946, graduou-se em Enfermagem na Escola de Enfermagem do Hospital Hospital St. Johns, em St. Louis, Missouri, tornando-se mestre em 1957. Em 1961,

obteve o título de doutora pela Universidade de Colúmbia, em New York. Realizou pós-doutorado em desenho de pesquisa, estatística e computação. Realizou consultoria nas áreas de educação, administração e hospitalar e sua área de atuação foi de enfermagem médico-cirúrgica de adultos. Trabalhou também como docente do College of Nursing; University of South Florida, em Tampa, Florida (GEORGE, 2000).

King fez uma carreira brilhante na Enfermagem. Durante a sua trajetória, lutou por uma proposta emancipadora de ensino e cuidado de enfermagem, contribuindo, então, para mudança do currículo focado no modelo biomédico. Desenvolveu sua teoria na década de 1960, momento de transição e conflitos, quando a Enfermagem iniciava seu esforço na busca de consolidação de embasamento científico para sua prática.

5.1.2 Teoria de Imogene King: Alcance de Metas

A Teoria de King é considerada uma grande teoria da Enfermagem devido a sua complexidade, abstração e abrangência, e se baseia no processo interativo entre o profissional enfermeiro e o paciente diante de suas três necessidades, as quais são, informações de saúde; atendimento para prevenir doença e atendimento quando ele não tem condições de cuidar de si.

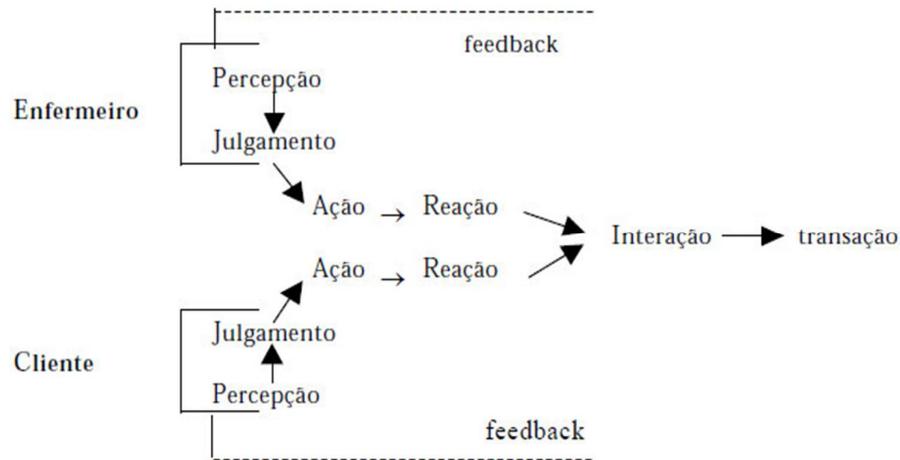
O objetivo primordial da teórica é delinear o ponto fundamental da Enfermagem, por meio do relacionamento terapêutico para o alcance de metas, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, mediante a interação enfermeiro-paciente no cotidiano cuidativo do processo saúde-doença (KING, 1981).

Para isto, é necessário entender as definições dos conceitos fundamentais da Teoria. Na Teoria de Alcance de Meta, King (1981) define percepção como o processo de interação humana, que envolve organização e transformação das informações obtidas. O processo de interação e transação requerem percepção e comunicação entre pessoas e ambiente, representados por comunicação verbal e não verbal.

Segundo a compreensão da teórica, na Enfermagem, no processo de interação com o cliente, o enfermeiro dá informações sobre suas percepções na situação de enfermagem, no momento do cuidar, desencadeando um processo

interativo resultando em transação, ou seja, em comportamentos humanos dirigidos à meta.

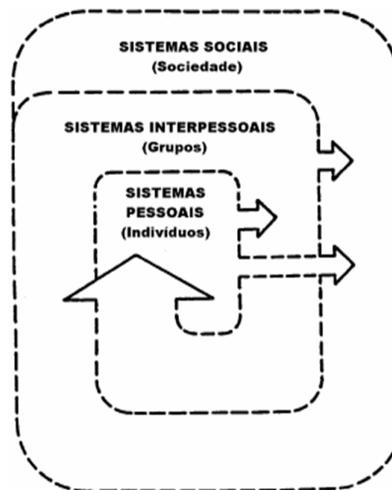
Figura 4 – Modelo de interações entre o enfermeiro e o cliente



Fonte: King, I. (1981)

Portanto, para cumprir devidamente este papel, King utilizou uma estrutura conceitual representada por três sistemas abertos, com ênfase na interação paciente-enfermeiro com o ambiente, são eles: Sistema pessoal (indivíduo); sistema interpessoal (grupos); sistema social (sociedade). Estes sistemas interagem entre si, e espera-se que a Enfermagem atue dentro de todos os sistemas de modo peculiar e subjetivo, sendo que as atuações requerem métodos participativos e dinâmicos dos envolvidos no processo de cuidado (KING, 1981).

Figura 5 – Sistemas dinâmicos interagentes



Fonte: King, I (1981)

Cada sistema interage com os demais, buscando equilíbrio entre os indivíduos e grupos em um ambiente interno e externo, que são chamados por King, de **Sistema pessoal**. Este sistema engloba os conceitos de percepção, ego, imagem corporal, crescimento, desenvolvimento, tempo e espaço.

A percepção do indivíduo do seu self, imagem corporal, tempo e espaço, influencia o modo como ele responde às pessoas, objetos e eventos na sua vida. Deste modo, o paciente percebe, pensa, deseja, imagina, decide, identifica metas e seleciona as que pretende alcançar.

Imagem corporal é um conceito extremamente pessoal e objetivo. É a maneira pela qual os indivíduos percebem seu corpo e as reações da sociedade acerca de sua aparência. A percepção da imagem corporal afeta seu crescimento e desenvolvimento. A enfermeira, no momento do processo de cuidar, entende o conceito de imagem corporal e suas alterações para poder ajudar aqueles com alterações neste conceito.

O espaço é um componente essencial na estrutura de sistemas abertos. O espaço é subjetivo e identifica o que é meu. É pessoal e influenciado pelas necessidades, experiências passadas e cultura. Quando a enfermeira entra no espaço dos pacientes, deve respeitar-lhe e explicar-lhe o propósito do que fará, pois como pressuposto específico, a Teoria cita que o indivíduo tem o direito de aceitar ou rejeitar o cuidado de saúde (KING, 1981).

O tempo é a duração entre um acontecimento e outro. É uma experiência única de cada indivíduo. Tempo está relacionado à ritmicidade nas funções de seres humanos, como por exemplo temperatura corporal, eliminações de resíduos, ciclo de sono e repouso, entre outros.

Já o **Sistema interpessoal** ocorre quando indivíduos interagem entre si. Seus conceitos fundamentais são: interação, comunicação, transação, papel e estresse. A interação se estabelece na díade entre profissional e paciente; e em tríade, quando a família também pode ser inserida no contexto.

Como proposto, a inter-relação da díade da enfermeira com o paciente durante a comunicação verbal e não-verbal somente se estabelece caso interajam pela relação estabelecida entre o cuidador (enfermeira) e o ser cuidado (paciente). Deste modo, conjuntamente, por meio do processo meta-orientado, eles buscam as melhores estratégias para os objetivos mais relevantes de promoção de saúde, bem

como de enfrentamento das situações de adoecimento, sempre buscando o equilíbrio na definição e transparência dos papéis a fim de evitar o estresse.

Cada indivíduo, em suas situações, traz conhecimentos, necessidades, objetivos, expectativas, percepções e experiências pessoais que influenciam as interações e a comunicação entre enfermeira, equipe multiprofissional, membros da família e paciente, isto se torna essencial para o cuidado seguro e efetivo.

Em síntese, a análise de interações enfermeira-paciente como sistema interpessoal, em forma de díade, tem identificado variáveis essenciais nas situações de enfermagem, quais sejam:

1. Cenário do sistema interpessoal com transações, como o hospital;
2. Percepções da enfermeira e do paciente;
3. Comunicações da enfermeira e do paciente;
4. Expectativas da enfermeira e do paciente;
5. Metas mútuas da enfermeira e do paciente;
6. Enfermeiras e paciente como um sistema de funções interdependentes na situação de enfermagem.

Figura 6 – Diagrama esquemático da Teoria do Alcance de Metas



Fonte: King (1981)

O **Sistema social** é essencial e se dá diante da união de grupos com interesses e necessidades especiais. Os conceitos fundamentais para o Sistema social são: organização, autoridade, poder, status, tomada de decisão e papel.

Para King (1981), existem diferentes tipos de sistema social, entre eles: familiar, sistema religioso, de saúde, educacional e de trabalho. Inseridos neste sistema social, os indivíduos organizam a vida e atividades contínuas para alcance de metas.

Neste cenário a organização é fundamental, pois ajuda as enfermeiras no estabelecimento de metas com os pacientes, famílias, definindo papéis e funções profissionais.

O status tem forte influência no sistema social. É o prestígio adquirido ao desempenhar certo papel. Enfermeiras devem reconhecer a sua importância em situações que influenciam no alcance de metas.

Organizações em que a enfermeira promove cuidados de saúde, a meta será ajudar os indivíduos a manterem sua saúde ou reconquistá-la, bem como prevenir e enfrentar as doenças crônicas. Neste contexto, a autoridade é o poder para tomada de decisão juntos, que influenciarão a qualidade do cuidado.

Três sistemas dinâmicos interacionais foram apresentados como uma estrutura de sistemas abertos para enfermagem. Estes sistemas têm metas mútuas, baseadas na avaliação da enfermeira no que diz respeito ao cliente, seus problemas, ambos exploram os meios para alcançar os objetivos.

Para guiar o processo interativo ao alcance de metas, King desenvolveu oito proposições na sua Teoria, conforme a seguir descritas:

1. Se a acurácia perceptual está presente nas interações enfermeira-cliente, ocorrerão transações;
2. Se a enfermeira e cliente fazem transações, metas serão alcançadas;
3. Se metas são alcançadas, ocorrerá satisfação;
4. Se metas são alcançadas, o cuidado de enfermagem será efetivo;
5. Se as transações são feitas, nas interações enfermeira e cliente, aumentará o crescimento e desenvolvimento;
6. Se as expectativas e performances de papel são percebidas pela enfermeira e paciente como congruentes, ocorrerão transações;
7. Se o conflito de papel é experimentado pela enfermeira ou cliente ou ambos, emergirá estresse nas interações enfermeira-cliente;
8. Se enfermeiras com conhecimentos e habilidades especiais transmitem informações apropriadas aos clientes, acontecerá estabelecimento e alcance de metas mútuas.

A Teoria de Imogene King torna-se útil e aliada dos profissionais enfermeiros para implementação do processo de enfermagem, pois fornece alternativas, propostas de cuidados, mediante a participação de todos os envolvidos para a tomada de decisão.

5.1.3 Instrumento do Processo de enfermagem baseado na Teoria de King

Imogene King utilizou um registro sistemático do processo de implementação do plano de cuidados de enfermagem chamado Registro Meta-Orientado de Enfermagem (RMOE). Este registro consiste em cinco elementos principais: uma levantamento de dados; uma lista de problemas; uma lista de metas; um plano de cuidados; e notas de evolução (KING, 1981).

Da análise do levantamento de dados, os problemas são identificados, numerados, intitulados e listados no registro do paciente. A lista de problema é um guia para assistência contínua de sinais e sintomas subjetivos e objetivos, deles fazem parte histórico do paciente, exame físico, resultados de exames laboratoriais, entre outros. É guia para identificação dos diagnósticos de enfermagem e planejamento dos cuidados de enfermagem.

Depois de identificado os problemas, King direciona a realização de uma lista de metas. Metas que promovem um meio para enfermeiras e pacientes interagirem, trocarem informações, estabelecerem objetivos conjuntamente, explorarem meios e concordarem para atingir as metas. Uma lista de metas promove a continuidade do cuidado.

Para dar continuidade ao processo de enfermagem, o quarto elemento no registro de Enfermagem citado por King é um plano baseado na assistência do problema. King usa um formato de Weed (1969), chamado SOAP.

S – Dados subjetivos. Como fazer o cliente perceber o problema? Como fazê-lo sentir o problema? Nesta etapa, há coleta de dados do paciente para conhecer o problema de saúde, o que é feito por meio da anamnese.

O – Dados objetivos. Exames físico, laboratoriais, radiológicos, ou seja, medidas objetivas que incluem atividades da vida diária e parâmetros fisiológicos mensurados como pressão arterial, pulso, respiração e temperatura.

A – Assistência do problema. Do levantamento de dados, o problema não é só identificado, mas há o monitoramento das mudanças, sejam elas positivas ou negativas, a fim de identificar ações que sejam necessárias.

P – Plano. Isto inclui o diagnóstico de enfermagem e os meios acertados para resolver o problema e atingir as metas. Educação em saúde pode ser uma parte integral do plano.

As informações relevantes coletadas são registradas em Notas de Progresso, que é o quinto elemento; a evolução de enfermagem propriamente dita. Em forma de síntese, a enfermeira registra o progresso do paciente. Cada problema é discutido, cada meta é colocada e a informação é escrita, registrando se a meta foi ou não alcançada. Além disso, metas futuras também podem ser escritas.

Para King, um Registro de Enfermagem Meta-Orientado facilita o uso da Teoria do Alcance de Metas, visto que é voltado para promoção da saúde e a efetividade do cuidado de enfermagem pode ser avaliada. Portanto, a Teoria de Imogene King envolve o Processo de Enfermagem, o que viabiliza um cuidado individualizado, atencioso, contínuo e seguro aos pacientes.

5.2 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Na sequência, serão apresentados o tipo de estudo, o cenário e os participantes, os métodos de coleta, organização e análise dos dados, e os aspectos ético-legais da pesquisa.

5.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa-ação fundamentada na Teoria de Alcance de Metas de Imogene King. O caminho da pesquisa-ação se caracteriza por ação coletiva em função da resolução de problemas, objetivando transformações com ações planejadas. Os pesquisadores desempenham papel ativo e participantes estão sempre envolvidos, ocorrendo interação mútua (THIOLLENT, 2011).

Segundo Thiollent (2011), para alcance dos objetivos do estudo, o pesquisador planeja as fases da pesquisa, cujo caminho pode ser flexível e passível de mudanças conforme as vivências dos momentos. Portanto, foram adotadas as

doze etapas conforme a pesquisa-ação, relacionando-as com a temática abordada e a Teoria de Imogene King.

A primeira etapa da pesquisa-ação chama-se fase exploratória, a qual consistiu em descobrir o campo de pesquisa. Foi estabelecido o primeiro levantamento da situação problema, onde foram percebidos os desafios da pesquisa.

A segunda etapa é a escolha do tema da pesquisa propriamente dito, ou seja, é a designação do problema prático e da área de conhecimento a serem abordados, que nesta pesquisa voltou-se para o cuidado clínico de enfermagem a pessoa com úlcera venosa.

Na terceira etapa, colocação dos problemas, o estudo caracterizou-se pela descoberta da problemática na qual o tema escolhido adquiriu sentido, sendo, modo de colocação do problema de acordo com o marco teórico-conceitual de Imogene King.

A quarta etapa deu lugar à Teoria, havendo articulação com um referencial teórico-metodológico, ocasião em que a informação circunstanciada foi trazida e interpretada à luz da Teoria do Alcance de Metas. Foram então gerados pressupostos, suposições formuladas pela pesquisadora de possíveis soluções para o problema colocado na pesquisa.

A quinta etapa são os seminários, viabilizados pelos encontros da enfermeira pesquisadora com os principais envolvidos na pesquisa, os pacientes. Neles, buscou-se soluções de problemas, definiu-se metas, colocou-se em prática o processo de enfermagem e avaliou-se as ações de cuidados e metas traçadas.

O quadro de atuação foi em um ambulatório para tratamento de feridas e a coleta de dados da pesquisa foi por meio de técnica de entrevista individual aplicada de modo aprofundado.

Na pesquisa-ação, a sexta etapa, de aprendizagem, é associada ao processo de investigação. Isto pode ser pensado no contexto das pesquisas em educação, comunicação, organização ou outras. Na presente investigação, foram adotadas medidas de diálogos, estabelecendo uma comunicação efetiva, além de medidas educativas.

Durante a sétima etapa, saber formal e informal, houve interação entre os envolvidos na pesquisa, quando levou-se em consideração o saber prático e teórico,

saber científico e popular, a fim de melhorar a comunicação entre os diferentes universos culturais.

Thiollent (2011) também ensina que para corresponder aos objetivos a pesquisa-ação permite traçar os planos de ação, que correspondem ao que precisa ser feito ou transformado para solucionar o problema de pesquisa. Nesta direção, para Imogene King (1981), o plano de ação faz parte do RMOE, que neste estudo é voltado a pacientes portadores IVC e úlcera venosa, aonde foram estabelecidas metas de bem-estar, intervenções e avaliações.

Por fim, a última etapa da pesquisa-ação envolve a divulgação externa dos resultados a comunidade científica, em conferências, congressos, artigos, e retorno aos pacientes e instituição do estudo.

Neste sentido, o uso da pesquisa-ação, associada à Teoria do Alcance de Metas de Imogene King, se complementaram, corroborando com as interações recíprocas entre enfermeira e pacientes, em busca da identificação e solução problemas de saúde ou no que diz respeito à saúde.

5.2.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital de atenção secundária pertencente à da rede de saúde de Fortaleza-CE. A instituição possui gestão na modalidade organização social, de caráter público, que recebe recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, mediante um contrato de gestão anual, vinculado a metas de desempenho. O Hospital iniciou seu funcionamento em dezembro de 2002.

Trata-se de uma instituição que presta serviços de saúde a todo o Estado do Ceará, recebendo pacientes referenciados pelos hospitais terciários por meio das centrais de leitos do município e do estado.

A instituição aderiu ao processo de acreditação hospitalar em 2005. Desde então, vem buscando alcançar níveis de excelência nos seus atendimentos e processos de trabalho. Foi o primeiro hospital público da região norte e nordeste a receber o título de acreditação hospitalar, nível 2, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Oferece 336 leitos, distribuídos nas clínicas médicas, unidade de cuidados especiais (UCE), clínica cirúrgica, pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, UTI Neonatal, Berçário Médio Risco (BMR) e UTI pediátrica. Também presta

assistência ambulatorial e Serviço de Assistência Domiciliar (SAD), como também programas especiais com equipes interdisciplinares para pacientes portadores de enfermidades crônicas, tais como insuficiência venosa, diabetes e acidente vascular encefálico (AVE).

O programa de serviço ambulatorial iniciou suas atividades em 2004. Tem capacidade instalada de 12 consultórios e uma sala de procedimentos para realização de curativos e eletrocardiograma. Ali, são realizadas consultas de egressos e de especialidades (interdisciplinar do AVE, geriatria, urologia, cirurgia geral, endocrinologia, pediatria - follow-up, cirurgia vascular, cardiologia, reumatologia, neurologia, hematologia, fonoaudiologia e estomaterapia).

Os atendimentos na sala de curativos são realizados por duas enfermeiras estomaterapeutas, cada profissional atende dois períodos na semana, sendo uma média de dez atendimentos por dia.

5.2.3 Período do estudo, técnicas e instrumentos de coleta de dados

A coleta dos dados da pesquisa, bem como sua organização, foi realizada no período de maio a setembro de 2015. Para obtenção dos dados da pesquisa, utilizou-se o RMOE proposto por Imogene King, em suas cinco etapas, quais sejam: levantamento de dados, lista de problemas, lista de metas, plano e as notas de evolução. A coleta de dados foi por meio de consultas e atendimentos no ambulatório de feridas, além de orientações direcionadas a doença.

O primeiro encontro com o paciente no ambulatório foi agendado por contato via telefone, quando foi explicado o estudo e sua participação. Mediante seu aceite em participar e comparecimento ao ambulatório, realizou-se uma entrevista semi-estruturada individual, baseada no RMOE, para preenchimento de formulário (APÊNDICE A).

Este instrumento consta da coleta de informações do paciente, como os dados referentes ao sistema pessoal, de identificação, dados relacionados à IVC, exames laboratoriais e formulários para avaliação clínica e avaliação da(s) ferida(s). Nesta primeira etapa, realizou-se o exame físico, utilizando como principais métodos propedêuticos a inspeção, buscando visualizar os sinais clínicos de IVC; relacionada à palpação e ausculta, buscou-se pulsos periféricos para mensuração do ITB, bem

como avaliação de edema, índice de massa corporal (IMC) e verificação de glicemia em jejum.

A entrevista com perguntas abertas, realizada na mesma ocasião, (APÊNDICE B) focalizou, adaptando de King (2001), os conceitos dos sistemas pessoal (conceitos: imagem corporal; tempo), interpessoal (conceitos: interação; comunicação; transação) e social (conceito: tomada de decisão). As entrevistas foram gravadas, o que permitiu maior fidedignidade dos dados no momento da transcrição e análise.

Após esta etapa de interação criteriosa, foi realizada indicação da cobertura e orientações para os cuidados domiciliares com a(s) ferida(s). Os pacientes retornavam aos encontros a cada sete dias, quinze dias, ou de acordo com sua necessidade e disponibilidade.

Transcorrida a análise da interação e percepção do primeiro encontro, a pesquisadora fez a lista inicial de problemas e um plano de cuidados individual baseados no exame físico e relatos da entrevista (APÊNDICE C).

No encontro seguinte, o plano de cuidado era apresentado ao paciente. As metas e intervenções, referentes aos problemas detectados no exame físico e entrevista, foram listados e, então, pensadas metas, em comum acordo. Era explicado que, o plano poderia ser modificado conforme sua necessidade. Em cada novo encontro, era analisado, com cada paciente, o alcance das metas estabelecidas, assim como revista a necessidade de novas pactuações de objetivos.

Ainda como meio de coletar informações e a fim de facilitar a avaliação do cuidado, lançou-se mão da estratégia de anotações em um diário de campo (APÊNDICE D). Esta estratégia permitiu registrar cada momento, percepção, permitindo a emergência da interação, comunicação entre pesquisadora e paciente, bem como as transações ocorridas para o alcance das metas. Também se utilizou estratégia de mídia eletrônica para educação em saúde relacionada à doença (APÊNDICE G).

Os pacientes ficaram em acompanhamento individual por aproximadamente três a quatro meses. Não foi estabelecida uma quantidade máxima de encontros, porém foi estabelecida uma quantidade mínima de dez encontros individuais. Portanto totalizou-se uma média de 11,1 encontros com cada paciente.

No último encontro, as metas foram analisadas e julgadas em um pacto conjunto pela pesquisadora e por cada paciente. Na ocasião, foram oferecidos três

lápiz em cores, referentes às cores universais do semáforo de trânsito. Foi sugerido que assinalassem conforme se segue:

- A cor verde, indicando as metas atingidas totalmente;
- A cor amarela, representando as metas atingidas parcialmente; e
- A cor vermelha, significando as metas não atingidas.

As notas de progresso/evolução de cada paciente foram descritas em forma de sumário final (APÊNDICE E).

5.2.4 População e amostra

Inicialmente, realizou-se um levantamento de pacientes com IVC e úlcera venosa ativa, no período de outubro de 2014 a março de 2015, e constatou-se uma população de 41 pacientes.

Foram excluídos 33 pacientes, devido os seguintes critérios de exclusão: alta no período do levantamento de dados, internação hospitalar no período da coleta, abandono de tratamento e paciente idoso, que nesta investigação foi considerado conforme sugere a Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS define como idoso um limite de 65 anos ou mais de idade para os indivíduos de países desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países subdesenvolvidos (MENDES et al, 2005).

Então, com base nos critérios de inclusão a seguir: residir em capital ou região metropolitana, idade até 65 anos, independente do tempo de acompanhamento no ambulatório, a amostra foi composta por oito pacientes.

5.2.5 Organização e análise dos dados

Os dados coletados no primeiro encontro, referentes ao levantamento de dados dos pacientes (APÊNDICE A) foram transcritos e tabulados em uma planilha do programa Excel do Windows XP Profissional e, posteriormente, organizados em tabelas e quadros com as variáveis e frequência absoluta e relativa, os quais foram interpretados e fundamentados com base na literatura pertinente à temática.

A análise dos discursos dos pacientes na entrevista inicial, obtida por meio do Apêndice B, por sua própria natureza e subjetividade, foi fundamentada na

abordagem qualitativa, sendo sistematizada conforme a técnica de análise de conteúdo, mais especificamente a análise temática, proposta por Bardin (2011). Para a operacionalização deste método, Bardin propõe três etapas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação.

- 1º: Pré-análise:

Foi realizada a leitura flutuante e, após, exaustiva, para identificação das unidades de registro (UR) (frase), e codificados os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise.

- 2º: Exploração do material:

Os conteúdos foram organizados mediante categorização, que consiste em redução do texto em palavras e expressões significativas. Seguiram-se três passos: 1) o recorte (escolha das unidades de análise) (APÊNDICE F); 2) a enumeração (escolha das regras de contagem); e 3) a classificação e escolha das categorias.

- 3º: Tratamento dos resultados obtidos e interpretados

Foram estabelecidas as articulações dos dados, apresentando-se o corpus do estudo.

A Figura 7 apresenta a constituição do corpus deste estudo:

Figura 7 – Constituição do corpus das informações coletadas na entrevista



Unidades de registro, geradas dos discursos dos entrevistados, foram apresentadas em suas respectivas categorias temáticas e subcategorias, analisando-as de acordo com a estrutura conceptual de Imogene King, representada por três sistemas abertos, e seus conceitos fundamentais (APÊNDICE F).

Por fim, para organização e análise do processo de implementação dos cuidados de enfermagem, gerado da interação no momento das entrevistas, foi criado pela pesquisadora um modelo de plano de cuidado individual (APÊNDICE C), onde consta a lista de problemas, metas, intervenções e avaliação final das metas

de cada paciente. A análise foi facilitada através da elaboração manual de uma tabela contendo a lista dos problemas e metas por meio referidas pelos pacientes.

5.2.6 Aspectos éticos – legais

A documentação legal necessária foi encaminhada a instituição para aprovação da pesquisa e, depois de recebido o termo de anuência, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e encaminhado a Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da UECE. Acrescente-se que a pesquisa seguiu a todas as determinações da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, referente aos preceitos da ética na pesquisa envolvendo seres humanos. No ANEXO A, encontra-se a aprovação do Comitê de Ética.

Os riscos a que os participantes ficaram expostos foram: constrangimento em expor parte de seu corpo para avaliação, exame físico e troca de curativo. Para minimizar, a pesquisadora recebeu os participantes, individualmente, em consultório e sala de procedimentos de modo a garantir sua privacidade, não havendo nenhum constrangimento durante a pesquisa. Para garantir o anonimato dos entrevistados, eles foram identificados com a letra “P” de paciente, seguido de um número arábico de 1 a 8, consoante à ordem de entrevista.

Os participantes foram beneficiados com cuidado clínico de enfermagem sistematizado, baseado e fundamentado em uma Teoria na qual o cuidar é o principal objetivo, o foco. O intuito do cuidado clínico de enfermagem foi auxiliar o paciente a alcançar seus objetivos mediante interação enfermeiro-paciente. Além de promoção da saúde, informações sobre sua doença, orientações para prevenção de complicações, estabelecimento de metas, orientações de melhorias para sua qualidade de vida.

Mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE J), os participantes tiveram assegurado anonimato na apresentação dos resultados, bem como a privacidade e o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalidade ou prejuízo para eles.

A divulgação dos resultados do estudo será por meio de espaços científicos, como congressos, encontros, simpósios e para a comunidade científica, e por possíveis publicações em periódicos nacionais e internacionais.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, estão apresentados os resultados obtidos com a aplicação da Teoria do Alcance de Metas, a pacientes com IVC e úlcera venosa ativa.

Buscou-se uma proposta de cuidado sistematizado, interativo, voltado para as reais necessidades dos pacientes, naquele momento, considerando os seus problemas e metas a serem atingidos.

Inicialmente, será revelado o perfil dos pacientes estudados, apresentando suas características sociodemográficas, bem como os dados relacionados à doença, tratamento e fatores de risco. Em seguida, foi apresentada a análise de conteúdo elaborada e organizada de acordo com as entrevistas dos participantes, discutida conforme a literatura e os sistemas interatuantes da Teoria do Alcance de Metas de King. Por fim, a análise e reflexão do processo de implementação dos cuidados de enfermagem focalizado nos problemas, metas e transações para o alcance destas metas, assim como a avaliação final das metas traçadas.

6.1 Apresentação dos dados dos participantes da pesquisa

Dados referentes à caracterização dos sujeitos quanto à identificação (sexo, idade), procedência, escolaridade, estado civil, número de filhos, religião, naturalidade, renda, pessoas que contribuem com a renda familiar e número de pessoas que residem com o paciente, podem ser visualizados, a seguir, na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos

Variáveis	Frequência
SEXO	
Feminino	6
Masculino	2
FAIXA ETÁRIA	
18 a 40 anos	1
41 a 65 anos	7
ESCOLARIDADE	
Analfabeto funcional	3
1º grau completo	3
1º grau incompleto	1
2º grau completo	1
PROCEDÊNCIA	
Fortaleza	5
Maracanaú	2
Caucaia	1
NATURALIDADE	
Fortaleza	4
Interior	3
Outro estado	1
ESTADO CIVIL	
Casado	3
Solteiro	4
Víuvo	1
Nº DE FILHOS	
2 filhos	2
3 filhos	1
4 filhos	3
6 filhos	1
Nenhum	1
RELIGIÃO	
Católico	8
RENDA	
Sem renda	1
Menor que um salário	1
Um salário	5
Maior que um salário	1
CONTRIBUIÇÃO NA RENDA	
Cônjuge	3
Filho	2
Nenhum	3
Nº DE RESIDENTES NA CASA	
Uma pessoa	1
Duas pessoas	2
Quatro pessoas	1
Cinco pessoas	1
Seis pessoas	3

Fonte: Elaborada pela autora

Foram oitos participantes, dois do sexo masculino, idade média de 42 anos. A maioria se enquadrou na faixa etária maior que 40 anos. A literatura aponta diversificação das faixas etárias mais acometidas com a IVC. Yamada (2001), em sua pesquisa envolvendo pacientes com IVC de 25 a 84 anos, identificou que, (66,29%) tinham idade de até 60 anos, e (33,71%) eram de faixa etária acima dos 60 anos. Sendo que (32,58%) estavam entre 49 a 60 anos. Estudo realizado na região nordeste, foi encontrado maior ocorrência em pessoas (62,5%) com até 59 anos de idade (DEODATO, 2007).

Com relação ao sexo, estudos apontam maior ocorrência no sexo feminino em desenvolver úlceras venosas. Alguns autores afirmam uma relação de 3:1, o que se deve o fato de as mulheres apresentarem três vezes mais chance do que os homens (NUNES, 2006). Outro estudo demonstrou uma proporção mais elevada, de 4:3 (BERGONESE; RIVITTI, 2006). Pesquisa realizada em Natal/RN por Macêdo et al (2010), evidenciou uma prevalência de (88,9%) para o sexo feminino.

Com relação à escolaridade, observam-se baixas escolaridade e média de renda (R\$ 900,00). Em contrapartida, o número médio de pessoas residentes no mesmo domicílio foi elevado, o que agrega dificuldades a uma situação de renda já previamente baixa aqui apresentada.

Para Gilson et al (2013), este fator pode interferir diretamente na compreensão e assimilação dos cuidados relevantes a sua saúde e em especial às lesões, bem como na mudança de condutas e atitudes no domicílio e no desenvolvimento da consciência sanitária.

Macêdo et al. (2010), em seu artigo acerca da caracterização socio-demográfica dos pacientes com úlcera venosa demonstraram que, em relação à escolaridade dos pesquisados, (83,3%) tinham até o ensino fundamental e (16,7%) apresentavam ensino médio/superior. No tocante a renda familiar, predominou renda de até 2 salários mínimos (77,8%).

Houve predomínio de pacientes procedentes da capital, possivelmente pelas dificuldades de diagnóstico, acesso e deslocamento por parte dos pacientes do interior do estado, embora, na sua maioria, não fossem naturais de Fortaleza. Percebeu-se que cônjuges e filhos são os principais participantes no processo de contribuição do cuidado. Com relação à religião, todos relataram que pertenciam à religião católica.

Na sequência, na Tabela 2, abordam-se os resultados quando os dados relacionados ao tempo de diagnóstico e acompanhamento ambulatorial.

Tabela 2: Dados relacionados ao tempo de diagnóstico e tempo de acompanhamento ambulatorial

Variáveis	Frequência
CAUSA INICIAL DA LESÃO	
Traumática	8
TEMPO DE DIAGNÓSTICO	
Até 5 anos	2
De 6 a 10 anos	3
Maior que 10 anos	3
TEMPO DE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL	
Até 2 anos	1
Maior que 2 anos	7

Fonte: Elaborada pela autora

O desenvolvimento da úlcera venosa pode ser desencadeado espontaneamente ou de forma acidental, como em um pequeno trauma na perna. Neste quesito, foi relatado por todos os pacientes que as úlceras venosas foram oriundas inicialmente de traumas, e que há um tempo longo de diagnóstico, com média de 10 anos de convivência. Condizendo com a difícil cicatrização já conhecida, foi visto um tempo médio de três anos de acompanhamento ambulatorial.

Estudo realizado por Dealey et al. (2008) evidenciou que 53,8% (36) das úlceras possuíam o tempo de evolução correspondente até cinco anos, 26,9% (18) foram superior a cinco e até 10 anos e 19,4% (13) com mais de 10 anos de evolução.

Na tabela a seguir, podem-se identificar os dados acerca de internações hospitalares, realização de enxertos e desbridamentos e história de cirurgia prévia.

Tabela 3: Dados relacionados ao número de internações hospitalares, realização de enxertos ou desbridamentos cirúrgicos e realização de cirurgia para reparo da IVC

Variáveis	Frequências
Nº DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Até 2	3
De 3 a 5	3
Mais que 5	1
Nenhuma	1
REALIZAÇÃO DE ENXERTOS OU DESBRIDAMENTOS	
Sim	6
Não	2
CIRURGIA PRÉVIA	
Sim	2
Não	6

Fonte: Elaborada pela autora

Quanto a procedimentos cirúrgicos, seis pacientes relataram à necessidade de desbridamentos de tecidos desvitalizados ou realização de enxertos na ferida. Relacionado à cirurgia prévia de veias, dois pacientes relataram já terem sido submetidos a esta intervenção por duas vezes. Uma paciente já havia realizado safenectomia e ligadura de tributárias, bem como exérese de varizes. Estudo de Afonso et al (2013) mostrou que 53% dos doentes com úlcera de etiologia venosa foram abordados por cirurgia e 47% por tratamento compressivo.

Na seguinte tabela 4, encontramos dados referentes ao tratamento medicamentoso dos pacientes.

Tabela 4: Dados relacionados ao de tratamento medicamentoso

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	N
Anti-hipertensivo	5
Diurético	4
Flebotônico	4
Analgésico	3
Antibiótico	3
Hipoglicemiante	3
Protetor gástrico	2
Anticoagulante	1
Antidepressivo	1
Acido fólico e sulfato ferroso	1
Vasodilatador	1
Corticoide	1
TOTAL	8

Fonte: Elaborada pela autora

A literatura mostra forte associação de pacientes com IVC e outras doenças associadas como hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes *mellitus*. Um estudo realizado em ambulatório de reparo de feridas mostrou predominância à presença de IVC + Hipertensão Arterial Sistêmica, que foi detectada em 31% (15) dos pacientes e IVC + DM + HAS em 22% (11) (OLIVEIRA et al, 2012).

Sabe-se que a HAS e DM interferem no processo de cicatrização de feridas, visto que há alteração na circulação e perfusão da ferida, bem como predisposição a infecções (DEALEY, 2008).

A seguir, na Tabela 5, apresenta-se os resultados referentes aos fatores de risco para a doença.

Tabela 5: Dados relacionados aos fatores de risco para o desenvolvimento da IVC

FATORES DE RISCO	N
Histórico familiar de IVC	8
Veias varicosas visíveis	6
Múltiplas gravidezes	6
Hipertensão arterial	6
Diabetes mellitus	3
Fratura de perna	1
Acidente vascular encefálico	1
TOTAL	8

Fonte: Elaborada pela autora

Estudos afirmam que os fatores de risco para doença venosa incluem idade avançada, sexo feminino, gravidez, história familiar de doença venosa, obesidade e profissões associadas com ortostase (BEEBE-DIMMER et al, 2005; ROBERTSON, EVANS, FOWKES, 2008). No tocante aos fatores de risco para o desenvolvimento da doença, foi observado que o fator mais predisponente foi à história familiar, presente na totalidade dos pacientes portadores da úlcera venosa neste estudo. Também foram significativas as presenças de multiparidade (média de 3 filhos por paciente), presença de veias varicosas visíveis e hipertensão arterial sistêmica.

Tabela 6: Dados relacionados à atividade laboral de risco

ATIVIDADE LABORAL	N
Cozinheiro	5
Empregada doméstica	2
Cuidadora de idosos	1
Operador de máquinas	1
Comerciante	1
Do lar	1
TOTAL	8

Fonte: Elaborada pela autora

Quanto à profissão dos pesquisados, constatou-se que apenas duas pacientes se mantinham em sua profissão. Os demais mencionaram profissões que exigiam longos períodos em pé, ou seja, aquelas que predispõem à formação da úlcera venosa por prejuízo circulatório/retorno venoso.

Pesquisa de Torres et al. (2013) demonstrou resultados semelhantes. A maioria dos participantes do estudo não tinha uma profissão, e quando mencionavam, estava relacionado àquelas que exigem dos profissionais longos períodos em pé ou sentado, tais como empregada doméstica, lavadeira, agricultora, cozinheira e motorista, o que contribui significativamente para o desenvolvimento e manutenção da IVC e úlcera venosa.

Estudo de Leal et al. (2015) encontrou elevado número de indivíduos com doença venosa e predomínio da postura ortostática prolongada em suas atividades laborais, o que pode provocar fadiga muscular, deterioração dos capilares, prejudicando a circulação sanguínea e linfática, e propiciando o aparecimento de transtornos circulatórios.

Na Tabela 7, trazem-se alguns dados relacionados à avaliação clínica e exame físico.

Tabela 7: Dados relacionados ao Índice de Massa Corporal (IMC)

Variável	Frequência
Peso normal	1
IMC	
Sobrepeso	1
Obesidade grau I	2
Obesidade grau II	2
Obesidade grau III	2

Fonte: Elaborada pela autora

Quanto aos dados encontrados ao IMC, percebeu-se que apenas um paciente estava com o IMC ideal, enquanto os outros apresentavam algum grau de obesidade. Estudo evidenciou correlação significativa entre o índice de massa corporal e classes clínicas da doença venosa crônica em mulheres. Ele também corroborou o impacto negativo da obesidade sobre a severidade clínica da doença venosa crônica (SEIDEL et al., 2015).

Os dados a seguir na Tabela 08, são relacionados às características das úlceras venosas na primeira avaliação.

Tabela 8: Dados relacionados ao Índice Tornozelo Braço (ITB) e às características das úlceras venosas

Variáveis	Frequência
ITB	
Normal	7
Obstrução leve	1
Nº DE ÚLCERAS VENOSAS	
Única	3
Múltiplas	5
LATERALIDADE	
Unilateral	5
Bilateral	3
RECIDIVA	
Sim	6
Não	2

Fonte: Elaborada pela autora

Quase a totalidade dos pacientes apresentavam ITB normal, sendo que, em uma paciente, na perna esquerda, observou-se leve obstrução. Enfatiza-se a importância da realização do exame para fazer o diagnóstico diferencial das úlceras venosas e conduzir o tratamento com maior segurança. Devem-se buscar fatores e sintomas de úlceras devido comprometimento arterial ou misto. No estudo de Afonso et al. (2013), em uma população de 50 pacientes acometido pela doença, 26% das úlceras tinham etiologia mista e 18% apresentavam etiologia arterial.

Seis pacientes relataram recidiva. A recorrência da úlcera venosa é frequente, descrevendo-se na literatura 30% de recidiva no primeiro ano e de 78% aos dois anos (CULLUM et al., 2001).

Tabela 9: Dados relacionados à localização, característica do leito da ferida, quantidade de exsudato, dimensão, terapia tópica e compressiva

LOCALIZAÇÃO	N
Maléolo medial	4
Maléolo lateral	6
Posterior da perna	3
Dorso do pé	1
LEITO DA ÚLCERA	
Granulação saudável	4
Granulação com biofilme	4
EXSUDATO	
Leve	3
Moderado	1
Abundante	4
DIMENSÃO DA LESÃO	
Ate 10 cm ²	6
10,1cm ² a 50cm ²	5
50,1cm a 100 cm ²	1
Maior 100cm ²	2
TERAPIA TÓPICA	
Ácidos graxos essenciais (AGE)	1
Espuma de poliuretano	1
Alginato de cálcio	2
TERAPIA COMPRESSIVA	
Bota de Unna	5
Faixa elástica	3

Fonte: Elaborada pela autora

Houve predominância das úlceras em regiões de maléolos e lateral das pernas, com áreas que variavam de 1,5cm² até 226 cm². Quando a localização das úlceras venosas, o estudo de Oliveira et al. (2012), evidenciou que a maioria das lesões estudadas (68,6%) apresentava-se na porção inferior da perna; sendo 20 (31,4%) no maléolo.

O estudo de Afonso et al. (2013), mostrou uma dimensão média da úlcera venosa de 17,8 cm². Ao comparar as dimensões das úlceras com o tempo de cicatrização, verificou-se que, quanto maior o tamanho da úlcera, mais prolongado é o tempo de cicatrização.

Durante avaliação foram encontradas úlceras venosas em processo de granulação saudável, outras com granulação apresentando biofilmes, o que dificulta e retarda o processo de cicatrização, visto que o biofilme microbiano é definido como

uma associação de microrganismos fixados às superfícies, envolvidos numa complexa matriz extracelular e substâncias poliméricas, juntamente com os nutrientes capturados para a formação da matriz (MENOITA et al., 2012). Eles aderem o leito da ferida crônica impedindo até mesmo a penetração de antibióticos.

Acerca das outras características, a maioria das úlceras estava com exsudação abundante, porém sem odor fétido, e os pacientes faziam uso de terapia compressiva como bota de Unna ou faixas elásticas. Para O'Meara, Cullum, Nelson (2010), a terapia compressiva aumenta a taxa de cicatrização de úlceras venosas quando comparada a terapia sem nenhuma compressão. Sobre os curativos utilizados, três pacientes utilizavam curativos como alginato de cálcio e espuma, para melhor absorção de exsudato, associando ao uso a faixa elástica.

A avaliação criteriosa da enfermeira pesquisadora, e o conhecimento do perfil dos pacientes que apresenta úlcera venosa, auxiliaram no julgamento clínico e na determinação do plano de cuidado específico para a continuidade das etapas da pesquisa.

Na etapa que se segue, foi realizada a análise de conteúdo baseada nas entrevistas dos pacientes, onde esta interação, e conhecimento da percepção dos pacientes sobre o viver com a doença e úlcera venosa, foi imprescindível para o desenvolvimento desta dissertação.

6.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo foi organizada pelas categorias teóricas advindas da classificação dos sistemas e conceitos, segundo a Teoria de Imogene King (1981). Apresentam-se, na Tabela 10, as categorias teóricas, que correspondem à estrutura conceitual composta por três sistemas em interação (KING, 1981), a saber: sistema pessoal, sistema interpessoal e sistema social. Destas, a primeira categoria, com quatro subcategorias, a segunda, com duas subcategorias, e a terceira, com três subcategorias, em um total de 333 unidades de registro (UR).

TABELA 10 - Distribuição das categorias temáticas, subcategorias e respectivas frequências

Categorias (codificação)	n (%)	Subcategorias (codificação)	n (%)
1. Sistema pessoal (SP)	204 (61,2%)	a) Crescimento pessoal no enfrentamento do cotidiano com a ferida (SPCPECF)	88 (43,13%)
		b) Percepções sobre o adoecimento e rotina com a ferida (SPPARF)	72 (35,29%)
		c) Compreensão de imagem corporal (SPCIC)	35 (17,15%)
		d) Convivência temporal (SPCT)	9 (4,43%)
2. Sistema interpessoal (SI)	72 (21,6%)	a) Interação familiar (SIIF)	50 (69,44%)
		b) Comunicação terapêutica (SICT)	22 (30,56%)
3. Sistema social (SS)	57 (16,2%)	a) Papel do governo e Sistema de saúde (SSPGSS)	31 (54,38%)
		b) Comportamento laboral (SSCL)	19 (33,33%)
		c) Comportamento religioso (SSCR)	7 (11,29%)
TOTAL	333 (100%)	TOTAL	333 (100%)

Fonte: Elaborada pela autora

6.2.1 Categorias temáticas emergentes

Com base na leitura do conteúdo expresso pelos participantes da pesquisa, foi possível definir as unidades de análise ou UR (frases), os quais foram categorizados por semelhança, e de acordo com os critérios semânticos, divididos em categorias temáticas e subcategorias, conforme será exposto a seguir.

6.2.1.1 Categoria I: Sistema pessoal

Por sistema pessoal, ententende-se o próprio sujeito, em seu mundo de experiências, dotado de características racionais e emocionais, considerado assim, um ser complexo (KING, 1981). Logo, nesta categoria abrange-se quatro subcategorias relacionadas ao sistema pessoal, com total de 204 UR, onde nelas são encontrados relatos de experiências dos pacientes relacionados ao crescimento pessoal no enfrentamento da doença venosa, percepções sobre o adoecimento e rotina com a ferida, compreensão sobre a imagem corporal e tempo de convivência com a úlcera venosa. Observa-se que houve destaque a esta categoria, em que se reuniram 61,2% das unidades de registro.

a) Subcategoria: Crescimento pessoal no enfrentamento do cotidiano com a ferida

Existiu notoriedade nesta subcategoria, pois foram transcritas 88 UR. Comportamentos acerca dos cuidados rotineiros com a úlcera venosa, relatos de recidiva da ferida e informações sobre a importância de seguir uma dieta saudável, são evidenciados nas falas dos entrevistados.

Discursos acerca do manejo da ferida e autocuidado podem ser observados nestas falas:

-Eu que cuido [da ferida]. (P2)

-Lavo direitinho com soro aí coloco a pomadinha que estou usando 2xdia, deu resultado. (P4)

-Lavar com soro [as feridas] bem lavadinho e colocar alguma pomada que a médica tiver passando, põe e gaze e envolve [a perna] direitinho. (P5)

- Faço [o curativo] todos os dias. Antes era duas vezes [ao dia] (...) Quando amanhece o dia eu já faço o curativo. (P6)

- Eu troco [o curativo] todo dia (...) Depois do banho. Jogo soro. Eu coloco a pomada na gaze. (P8)

Estimular o autocuidado ao pacientes com úlcera venosa se torna uma ação importante por parte do enfermeiro, visto ser uma forma de ajudá-los a enfrentar limitações e encarar a doença, além de envolver mudanças comportamentais e contínuas em seu **crescimento e desenvolvimento**. Para King (1981), as mudanças comportamentais podem ser influenciadas positivamente ou negativamente por outra pessoa e objetos no ambiente.

Os ensinamentos poderão ser diversos, e como exemplos temos a higiene e limpeza adequada da ferida, cuidados com o descarte de material contaminado, cobertura a ser colocada no leito da ferida, quantidade do produto utilizado, entre outros. O ato de ensinar a realização do curativo e conduta terapêutica influencia positivamente no crescimento e desenvolvimento do paciente, pois este conhecimento é necessário para planejar a educação em saúde, o cuidado domiciliar e na comunidade.

Portanto, a relação ensino-aprendizagem promoverá experiências significativas e satisfatórias e um ambiente que conduz a ajuda, com vistas a adquirirem maturidade para o auto-cuidado. Algumas falas, a seguir, evidenciam a maturidade de cuidado que os pacientes tem em relação ao ambiente, e limpeza do mesmo para as trocas dos curativos.

-Limpo o ambiente. Em tudo passo o álcool e as mãos lavadas todo tempo. (P2)

-Eu acordo de manhã, troco meu curativo em casa. Troco no meu quarto mesmo (...) Tem que estar com a mão limpa e tomar muito cuidado. (P5)

-Eu faço o curativo dentro do meu quarto, depois de limpo. Fico em cima da cama (...) Meu marido toma banho, lava as mãos antes de fazer [o curativo]. (P6)

-Fazer sempre o curativo, estar no cantinho limpo. (P7)

Discussos estes se tornam interessantes, pois pacientes com lesões de pele apresentam maior predisposição para infecções, portanto, o conhecimento acerca do manuseio correto da ferida evitará esta possível complicação, que é um dos fatores responsáveis pelo retardo no processo da cicatrização (GREER et al., 2012; MALAQUIAS et al., 2012).

Nesta perspectiva, é pertinente relatar que presença de bactérias em uma ferida pode dar lugar a contaminação, onde os microorganismos não aumentam de número e não causam problemas clínicos. Porém, as bactérias podem ocasionar colonização, ou seja, se multiplicam, não causando danos ao tecido das feridas, mas necessitando de vigilância. Estes microorganismos podem evoluir para invasão tecidual, proliferando-se e provocando sinais clínicos e sistêmicos de infecção, interrompendo a cicatrização, o quadro requer intervenção precoce por ocasionar

sérios problemas como infecção disseminada ou generalizada (WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES, 2008).

Por consequência, é conveniente mostrar algumas condutas corretas dos pacientes relacionadas a manter a ferida sempre coberta, e o curativo limpo. Eis seus depoimentos:

-Tem que manter ela [a ferida] coberta. (P1)

Quando estou com a bota [de Unna] procuro não molhar, por que tem que tirar imediatamente.

Troco só o [curativo] de fora, a atadura e a coisa [gaze] que fica em cima da ferida. (P2)

-Não deixar descoberto para não pousar nenhum mosquito, nenhum inseto. (P5)

-Lá onde eu moro, tem muito inseto, aí tenho medo de picada. (P6)

No depoimento da P2, foi relatado o cuidado peculiar com a terapia compressiva inelástica. A bota de Unna não deve ser molhada, e a perna deve ser protegida no momento do banho. A bota, é considerada curativo primário, pois está em contato direto com a ferida, e permanecerá por sete dias, podendo ser retirada antes, caso apresente mau cheiro, ou o paciente refira febre, dor. O paciente é orientado a renovar diariamente apenas o curativo secundário, ou seja, a gaze e atadura que está em contato com a bota de Unna (ABREU; OLIVEIRA, 2015).

É primordial a orientação para o uso da bota, visto ser uma terapia de custo elevado e eficaz no tratamento da úlcera venosa. Estudo de Baptista e Castilho (2006) evidenciou custo total direto estimado em R\$ 107,99 para cada dia de atendimento com aplicação da bota de Unna.

Entender o manejo de curativo e o cuidado com a úlcera venosa não é tarefa fácil. Algumas limitações foram referidas para a realização do curativo e controle de exsudato, tais como:

-Não está sujando muito [o curativo], mas tem horas que suja muito. (P4)

-A minha perna é pesada eu não consigo fazer [o curativo] só (...) Agora está molhando [o curativo de exsudato] porque está irritado. Inflamou. (P6)

-Eu tenho problema de visão, tenho que operar, é ruim para fazer o curativo, enxergo pouco. (P8)

Os pacientes apresentam outras morbidades associadas a doença venosa crônica, os quais afetam diretamente no seu autocuidado como por exemplo: obesidade, relatada pela P6, e doença ocular relatada pelo P8. Ainda assim, diante das dificuldades enfrentadas em seu cotidiano com a ferida, os pacientes procuram adaptações e fatores que possam contribuir para minimizar problemas ocasionados pela doença. Um destes problemas é o edema, sendo o repouso relatado como fator importante para melhorar o retorno venoso e minimizar o edema. Tais falas são evidenciadas a seguir:

-A perna sempre pra cima. (P1)

-Eu sei que tem que repousar né? (P2)

- Passo mais hora com as pernas levantadas. (P6)

- Ficar com a perna para cima. (P7)

Orientações quanto à importância do repouso deve ser enfatizada aos pacientes. O repouso consiste na elevação dos membros inferiores posicionados acima da linha do coração, em decúbito dorsal algumas vezes ao dia, possibilitando assim a regressão do edema da perna, além de possibilitar a cicatrização da úlcera venosa (SILVA, 2006).

Caso ocorra a cicatrização da úlcera venosa, o maior desafio a ser enfrentado pelo paciente é o de evitar a recidiva. Referente à causa das recidivas da úlcera houve relatos principalmente de trauma nas pernas, como:

-No dia que fui ao ônibus uma pessoa bateu e ela [a ferida] abriu de novo. (P1)

-A ferida voltou a abrir por que foi à calça jeans que arrancou o pedaço. (P2)

Uma formiga pegou no pé e feriu de novo (...) Eu estava dentro do trem, o homem veio com uma bota tacou o pé, sangrou, começou tudo de novo. (P6)

Bati [a perna] em um tijolo e formou novamente a ferida. (P7)

Fechou total uma vez, mas trabalhando eu levei uma queda, bati a perna em um fogão industrial, ficou roxo e abriu de novo. (P8)

A pele da perna do paciente com úlcera venosa é bastante frágil devido às próprias características da doença venosa, como: tecidos fibróticos, devido às

cicatrizes anteriores, lipodermatosclerose, eczema de estase, hiperpigmentação. Em virtude destes fatores, os pacientes devem redobrar os cuidados relacionados a traumas, e após a cicatrização, tomar medidas de proteção. Algumas delas seriam: a utilização contínua da terapia de compressão conforme orientação médica e hidratação da pele diariamente com hidratantes emolientes (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010).

Contudo, algumas medidas tornam-se dificultadas, isto devido baixo poder aquisitivo dos pacientes. Nos relatos, dois pacientes demonstraram dificuldades financeiras, impactando negativamente no cuidado e aumento da chance de recidiva da lesão.

-Eu fui para o centro sem a meia. Ela [a meia] estava muito apertada aí eu não calcei mais, a minha menina foi e comprou outra, aí feri de novo e agora eu estou esperando sarar. Abriu de repente. (P2)

-Eu colocava era absorvente nela [na ferida], sem dinheiro, aí foi que aumentou mesmo. (P3)

-Eu ainda ia comprar a meia. Se eu tivesse usando a meia, não tinha acontecido isso [recidiva da ferida]. (P6)

Também houve relatos acerca da exposição de fatores de risco, como:

-Abriu na perna porque meu trabalho era em pé, passava 15/16 horas em pé. (P4)

-Depois da limpeza cirúrgica a ferida sarou, mas aí eu engravidei e começou tudo de novo. (P6)

Para Proença e Bertoldi (2008), atividades que exigem do indivíduo permanência, por longos períodos em pé ou sentado, favorecem significativamente o desenvolvimento e piora da doença venosa, além de risco aumentado para o surgimento das úlceras venosas.

Outro fator determinante no enfrentamento da doença são os hábitos alimentares. Relacionada à alimentação, os pacientes relataram a importância de uma alimentação saudável. Tal afirmativa é exemplificada na sequência:

-Alimentação também é importante. Tem que comer peito de frango. (P2)

-O que eu tenho feito para melhorar a minha saúde é comer menos. Fechar a boca. (P3)

-Eu me alimento bem, comia muito doce, mas quando descobri a diabetes não comi mais. (P5)

-Para melhorar a minha saúde estou cuidando da alimentação. Só isso. Tirei sal, gordura, refrigerantes. (P6)

-Eu sei que tem que se alimentar bem. (P8)

Qualquer tratamento de uma ferida depende do adequado estado nutricional do paciente. Porém, muitos pacientes convivem com dificuldades financeiras, outros, com doenças associadas, como o DM e HAS, precisam de dieta e orientação criteriosa (PAGGIARO; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

A vontade de ter acompanhamento por um profissional especializado em nutrição foi relatado por esta paciente a seguir:

-Queria até uma nutricionista para passar uma dieta. Eu nunca fui para nutricionista. (P2)

Na pesquisa de Santos et al. (2015), verificou-se que o consumo alimentar habitual dos indivíduos com úlceras crônicas de membros inferiores estava inadequado para todos os micronutrientes, o que pode estar relacionado aos seus hábitos de baixa ingestão de frutas e hortaliças, alimentos fontes desses nutrientes.

Portanto, é considerável que abordagem ao paciente com úlcera venosa seja multiprofissional, e fica evidente a importância de incluir o nutricionista na equipe para o tratamento de pacientes com úlceras crônicas de membros inferiores (SANTOS et al., 2015).

Foi expressivo os relatos dos pacientes nesta subcategoria, o que nos remete, como enfermeiros, a pensarmos criticamente em mudanças contínuas comportamentais a fim de ajudá-los no enfrentamento do cotidiano com a ferida, bem como, incentivá-lo no crescimento e desenvolvimento pessoal. Para que isto ocorra, necessita-se a revelação da percepção dos pacientes sobre o seu adoecimento.

b) Subcategoria: Percepções sobre o adoecimento e rotina com a ferida

A **percepção** do indivíduo para Imogene King (1981) influencia o modo de ele responder as pessoas e eventos na sua vida, sendo a representação da realidade do ser humano. Um grupo de pessoas pode observar um mesmo evento, mas cada

peessoa pode percebê-lo de maneira diferente, pois a percepção é subjetiva, pessoal e seletiva para cada pessoa.

Referente a esta subcategoria, na qual também houve destaque com 72 UR, os pacientes expressaram suas percepções sobre sentimentos de negação devido o convívio com a doença, sentimentos de inconformação, devido a ferida na perna, que são evidenciados nas seguintes falas:

-Eu não me conformo [com a ferida] (...) [Eu] tinha minha vida normal. (P1)

-Eu me sinto muito mal de conviver com essa ferida (...) Eu era normal. (P6)

-As minhas pernas eram boas. (P7)

Os pacientes julgam que perderam sua vida “normal” para realizarem suas atividades, e relatam depender de outras pessoas para colocarem em prática tarefas cotidianas. Esta percepção causa um impacto negativo em sua qualidade de vida, e afetará sua identidade. Segundo King (1981) é essencial para enfermeiros, ter conhecimento de percepção, pois eles assistem, interpretam e planejam o cuidado para a identificação do cliente e o alcance de metas que mantenham a saúde.

Estudo com desenho transversal e amostra de 204 pacientes com doença venosa crônica demonstrou que todos os aspectos da qualidade de vida estavam mais comprometidos nas pessoas com úlcera venosa, com destaque para os domínios aspecto físico e capacidade funcional, que foram muito baixos (DIAS et al., 2014).

Durante a entrevista também foram revelados sentimentos de ansiedade, relacionado à cicatrização da ferida, e convívio com a dor como:

-Ela [a ferida] piora quando eu fico nervosa, com muita raiva aí começa doer, arder, queimar. (P1)

-Fico desesperada porque não sara de jeito nenhum (...) Choro e dá impaciência. (P2)

-Eu vou te dizer uma coisa, agora está melhor, mas teve dias que eu não aguentava nem ficar em pé, dói muito mesmo. (P5)

O convívio com a ferida desperta ansiedade nos pacientes com relação à cura da doença e cicatrização da ferida. Estes sentimentos também estão relacionados

ao convívio dos pacientes com a dor, que poderá influenciar e alterar o processo de cicatrização, pois o estímulo doloroso está associado à liberação de mediadores inflamatórios, que potencialmente reduzem a reparação e regeneração tecidual (WOO; SIBBALD, 2009). Portanto, o atraso na cicatrização gera desesperança e medo. É fundamental que os pacientes sejam esclarecidos sobre fatores que retardam a cicatrização, e também, acerca da probabilidade de recidivas da úlcera venosa.

Nestes relatos a seguir da (P1), podemos observar recidiva das feridas, os quais geram nos pacientes sentimentos de desesperança na cicatrização da lesão.

-Ela [a ferida] estava saradinha. É uma coisa que a gente não pode nem se animar (...) Eu não me animo mais porque pra mim quando penso que está sarada, abre de novo. (P1)

Longos períodos de convivências com a úlcera venosa, difícil cicatrização e quadros de recidivas provocam sentimentos de depressão e até ideia suicida, os quais podem ser verificados nas falas a seguir:

-Só Deus mesmo que me segurar se não já tinha feito era besteira já. (P2)

-Eu imaginava de me matar, me enforcar, ficava olhando para as telhas lá em casa, amarrava uma corda, subia em cima da mesa e depois pulava no chão, mas no mesmo instante eu pensava em Deus aí aquele pensamento saía da minha cabeça (...) Se eu parar o remédio [antidepressivo], qualquer coisa choro. (P3)

-Já tive depressão, mas já me sinto melhor. (P6)

-Às vezes a gente fica tão pra baixo. (P7)

Estudo intitulado de “Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com úlcera venosa”, onde participaram da pesquisa 60 pacientes, quase a totalidade deles (91,66%) apresentava algum nível de depressão. Houve maior frequência de sintomas no nível leve a moderado (n = 39; 65%) (SALOME; BLANES; FERREIRA, 2012).

A percepção do paciente representa a imagem da sua realidade, e influencia seu comportamento (KING, 1981). A depressão, induzida pela IVC e ferida leva a mudanças no padrão de comportamento, e conseqüentemente, ao isolamento social, como evidenciado nos seguintes relatos:

-Eu acho que se eu sair, vou andar demais e aumentar o meu problema, por isso não saio de casa. (P6)

-Não sou de sair muito não. (P7)

-Meu primo tem um restaurante lá [praia], aí ele tem uma casa que tem tudo, piscina, mas não posso entrar (...) Fico aqui no meu cantinho, quieto mesmo. (P8)

É primordial para os enfermeiros identificar a percepção e assistir o estresse do paciente, seu o potencial de ansiedade, necessidades, e está de prontidão para intervir e aprender sobre o que aconteceu com eles. Isto permitirá à enfermeira planejar o cuidado de acordo com as interpretações e informações colhidas (KING, 1981).

Os pacientes relataram que apesar da rotina e dificuldades que a ferida traz eles buscam sentimentos de superação, como mostram os discursos a seguir:

-Hoje eu agradeço a Deus porque ela [a ferida] vive coberta, vive limpa, de primeiro era cabelo, areia [na lesão]. (P1)

-“Eu superei a ferida pelo fato de achar que estou no canto [ambulatório] que posso fazer o curativo sossegada”. (P3)

-“Esses dias estão bem, na vista do que estava, está bem melhor”. (P5)

-“Só em ela [a ferida] está diminuindo, eu fico mais satisfeita, antes ela aumentava”. (P6)

-“Apesar de tudo sou alegre”. (P8)

Sentimento de gratidão pelo acompanhamento em um ambulatório especializado promoveu segurança, acolhimento e ajuda na superação da doença nos P1 e P3.

Pacientes também buscam outros meios para enfrentar sua doença. Nestes seguintes relatos, os entrevistados revelam a importância da prática de lazer.

-A ferida faz é melhorar [com lazer] porque se eu ficar dentro de casa só pensando na ferida aí é pior. (P2)

-Tenho meus amigos, às vezes vou comer uma pizza. (P5)

O lazer promove a saúde e o bem estar geral, além de ajudar no enfrentamento da doença. É elemento constituinte da vida dos sujeitos, tão importante quanto qualquer outro direito básico (FARIAS; SERVO, 2014).

Certamente, muitos pacientes com a doença venosa crônica encaram períodos de dor na lesão, e quando conseguem reduzir estes momentos dolorosos sentem-se satisfeitos, como relatam nestas falas a seguir:

-Não sinto mais a dor que sentia. Muita dor, queimação, na perna, eu não dormia, tomava de 2 a 3 remédios para dor, para controlar aquela dor que era uma dor insuportável que me tirava do sério. (P1)

-As dores que eu estava sentindo, não conseguia dormir a noite. Graças a Deus sinto pouca dor na perna direita. Estou me sentido melhor. (P6)

O bem estar físico, mental e social propicia melhores condições dignas de vida e é fator determinante para buscar e conquistar metas pessoais e de saúde. Quando questionados sobre as suas metas de vida, alguns responderam de forma tímida com os seguintes relatos:

-A minha meta é só viver bem, ter saúde e paz. (P2)

-A minha meta é ficar boa para trabalhar. (P3)

-Eu queria ficar boa. (P7)

-A minha expectativa é de ficar bom né. (P8)

Estabelecer metas é uma estratégia motivacional e gera sentimentos de automotivação. Tirar o foco da doença e da ferida é um compromisso relevante que o enfermeiro deverá se empenhar no cuidado aos pacientes com feridas crônicas, visto que, há demora no processo de cicatrização e alta recidiva de úlcera venosa.

C) Subcategoria: Compreensão de imagem corporal

A **imagem corporal** é a figura que eu tenho do meu próprio corpo limitado no espaço, que constitui um aspecto da ideia do eu. É um componente integral do crescimento e desenvolvimento. É definida como a percepção da pessoa de seu próprio corpo, das reações dos outros a sua aparência (KING, 1981).

Nesta subcategoria, nos discursos dos pacientes foram identificadas 35 UR a respeito da percepção de sua imagem corporal. Inicialmente nota-se, nos depoimentos, o preconceito vivido pelos pacientes devido à ferida, que altera sua imagem corporal.

-Eu não gosto de me lembrar disso [preconceito], porque doe dentro da pessoa (...) As pessoas tem preconceito, olha pra você e ficam se torcendo porque a ferida derrama líquido [exsudato], o pessoal tem nojo (...) A gente se sente que nem um bicho encurralado naquele canto, sem querer sair pra canto nenhum. (P1)

-Pra eu trocar os curativos nas casas dos outros é um sufoco danado, porque o pessoal tem preconceito. (P3)

-Têm aquelas piadinhas, rapaz tu ainda está com essa perna, e eu digo graças a Deus. (P4)

Os pacientes com ferida crônica se sentem excluídos, pois a lesão exala odor e exsudato, provocando constrangimento. Assim, os pacientes carregam consigo, além da doença visível, tristeza e isolamento social (WAIDMAN, 2011). E, também sentimentos de vergonha e raiva, de uma sociedade preconceituosa, como se pode verificar nos relatos seguintes:

-Quando eu estou andando por aí, ou numa fila e uma pessoa fica olhando pro meu pé eu fico logo injuriada de raiva. (P3)

-Eu sinto vergonha porque é o tempo todo com as pernas enfaixadas. (P6)

-Meus filhos me mandam arranjar namorado, eu não, tenho é vergonha (...) Eu tenho vergonha da minha perna. (P7)

A falta de informação e conhecimento acerca da doença para população poderá contribuir e ocasionar situações de preconceito e desconforto aos pacientes com a doença. Isto foi relatado por alguns pacientes, como:

“Tem muita gente que pensa que é coisa que pega”. (P2)

“Acham [as pessoas] que ela [ferida] é doença contagiosa, fica com nojo, aquilo tudo me deixa contrariada”. (P3)

Nestas seguintes falas, os pacientes informam como fazem para superar a alteração da imagem corporal relacionada às suas vestimentas.

-“Uso mais calça e vestido”. (P6)

-“Uso calça comprida às vezes bermudas”. (P7)

- “Eu só ando de calça comprida, justamente para ninguém perguntar”. (P8)

A úlcera venosa geralmente não se apresenta como ferida profunda, porém poderá evoluir para complicações, como infecções, ocasionando lesão com tecidos desvitalizados (necróticos), que após o desbridamento, certamente atingirá tecidos mais profundos. Pacientes narraram momentos de complicações com as feridas, tais como:

-“Por causa disso [vergonha] eu fazia o curativo dentro do banheiro, aquilo infeccionava cada vez mais”. (P3)

-“Os ferimentos eram muito profundos”. (P6)

-“Quando dava para ver osso, eu não aguentava ver o curativo, virava a cabeça, não queria ver”. (P7)

Para King (1981), durante a vida de uma pessoa, ela enfrenta distúrbios relacionados à sua imagem corporal, seja ameaça real ou imaginária, por trauma, por perda de partes corporais. Quando estes eventos ocorrem, a pessoa pode não estar preparada para enfrentá-los e precisar de ajuda de um profissional da saúde.

Portanto, o enfermeiro, por ser o profissional da saúde que lida diretamente com o paciente portador de ferida venosa em seu cotidiano, seja durante a avaliação e trocas de curativos, deve tomar conhecimento acerca da percepção do paciente sobre sua imagem corporal, e assim, poder ajudá-los a desafiar este conceito influenciando no seu estilo de vida.

d) Subcategoria: Convivência temporal

O **Tempo** não é somente a ordem dos eventos, mas a duração experienciada por cada pessoa. É uma dimensão importante que deve ser valorizada na assistência de enfermagem (KING, 1981). Relacionado a esta categoria, foram 9 UR. Pacientes expressaram anos de convivência e “luta” com a úlcera venosa, como mostram os discursos:

-16 anos com a ferida. (P3)

- Depois de 1997 nunca fechou. (P4)

-Tenho esse problema vai completar três anos. (P6)

-Nas minhas contas já está bem com 10 anos ou mais com essa ferida. (P7)

No estudo de Silva et al. (2015), a média de tempo da existência da úlcera venosa nos entrevistados foi de 11,3 anos. Os autores ainda afirmam que muitas vezes, a demora na cicatrização de uma ferida pode estar associada a condições pré-existentes, como a hipertensão, o diabetes, estado nutricional inadequado, imunodeficiência ou infecção.

6.2.1.2 Categoria II: Sistema interpessoal

Sobre o sistema interpessoal, compreende-se por seres humanos em interação e este processo é focalizado nas necessidades e bem estar de paciente (KING, 1981). Referente a este sistema, nesta categoria foi evidenciada duas subcategorias, totalizando 72 UR, onde lhes é explanado sentimentos a respeito de interações familiares e interações terapêuticas com os pacientes em estudo.

a) Subcategoria: Interação familiar

Esta subcategoria abrange um total de 50 UR, e para melhor entendimento ela foi dividida em duas partes, sendo elas: interação familiar positiva e interação familiar negativa.

No tocante a interação familiar positiva os entrevistados relataram questões acerca do apoio familiar, como mostram os discursos a seguir:

-Um dia desse a minha menina me levou até para praia para me divertir. Eu gostei. (P2)

-Meu filho comprou um aparelho de pressão, comprou aparelho de eu medir a glicemia. (P3)

-A minha esposa me ajuda muito, muito tempo juntos, me dar força, por ela eu não fazia nada, só vivia deitado. (P4)

-A minha família me ajuda muito (...) Graças a Deus eu convivo com muita gente, não falta alegria na minha casa. (P6)

-Meu filho sempre me traz [ao ambulatório], se viesse de ônibus eram três ônibus. (P8)

Estudo de Silva et al. (2014) também foi identificada influência positiva da família. Essa realizava e auxiliava nos cuidados domiciliares, como no curativo ou ao proporcionar momentos de repouso. Além disso, exercia a função de controle sobre os cuidados e auxílio na busca por assistência do profissional de saúde.

Assim, dentro do processo de interação cada indivíduo tem seu **papel**, ou seja, uma série de comportamentos esperados numa relação com um ou mais indivíduos interagindo em situações específicas por um propósito. Mal entendido de papel e distorção na percepção, por qualquer razão, pode influenciar negativamente o resultado do cuidado (KING, 1981).

Acerca desta questão, pacientes relataram sobre a sua interação familiar negativa, vivenciando o próprio preconceito dentro de casa, por seus familiares. A falta de acolhimento também pode ser vista nos discursos a seguir:

-Meu esposo mesmo já disse que a minha perna estava com mau cheiro quando entrava em casa. (P1)

-A minha família me ajuda só materialmente, assim de apoio não nem aí. (P2)

-Meus filhos nunca me acolheram (...) Meu irmão tem uma casa tão boa, é professor aposentado, mais não me quer na casa dele não, ele disse que já cuidou de muito doente, do pai, da mãe, agora está cuidando do meu filho, que também está doente. (P3)

O **estresse** vivido pelos pacientes diante da situação de doença, para King (1981) é, pessoal, individual e subjetivo, sendo que, cada crise que ocorre na vida de uma pessoa terá um tempo específico e uma situação particular. É fato que sem o apoio familiar fica mais difícil o enfrentamento da doença, aumentando o estresse e dificuldades vividas pelos pacientes.

b) Subcategoria: Comunicação terapêutica

Esta subcategoria revela discursos acerca do relacionamento terapêutico na saúde. Os discursos foram reunidos em 22 UR. No contexto do relacionamento terapêutico ineficaz, os entrevistados revelaram falha na comunicação, com mostram os discursos a seguir:

-Eu ia até pedi para vocês o laudo médico, mas nunca dá tempo eu pedir, porque o atendimento [no ambulatório] é uma loucura, não dá para a gente [enfermeira e paciente] conversar. (P1)

-A médica não falou que a ferida vai e volta, porque já chegou a fechar uma e abri outra do mesmo lado. (P5)

-Eu estou quase uma semana que não tomo meus remédios porque a receita venceu, não consigo falar com a médica para renovar. (P8)

As dificuldades relatadas pelos pacientes, impacta negativamente no enfrentamento da doença, e piora da ferida. É considerável que profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, no qual estão em cuidado direto a estes pacientes, mantenham diálogo, buscando minimizar outras dificuldades, além da conduta voltada para a ferida.

Para King (1981), a **comunicação** interpessoal é complexa e não deve ser negligenciada por qualquer profissional da saúde. Relacionado a úlcera venosa, é valoroso que o profissional médico converse e deixe claro para o paciente sobre a possibilidade de tratamento cirúrgico a fim de prevenir recorrência da úlcera venosa, não deixando de esclarecer que, a intervenção cirúrgica não é adequada para todos (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010).

Entende-se que a IVC não é uma doença curável, e os pacientes passam por tempos de melhora e piora. Diante disto, profissionais de saúde não deveriam ludibriar os pacientes sobre a cura da doença ou cicatrização total da úlcera venosa apenas com o uso de curativos. Os relatos dos seguintes pacientes mostram a decepção acerca de tratamentos que não foram bem esclarecidos e conduzidos.

-Eu morava sozinha, tinha minha casinha, mas um doutor [médico], disse que se eu fizesse o tratamento dentro de seis meses eu ficava boa, aí eu peguei e vendi a casa, aluguei uma casa por seis meses e fui comprar os materiais que ele queria, que era a bota de Unna, porque no [Hospital X] não davam, era curativos, alginato. Trocou e trocou, o dinheiro se acabou e não fiquei boa. (P3)

-[Os médicos] passaram só pomada para encher [a ferida], mas nunca sarou total. (P7)

-Uma médica me ensinou a colocar açúcar [na ferida], mas eu sentia dor e tomava remédio. Ela [a ferida] sangrava. (P8)

Quando questionados dos ensinamentos sobre o manejo da ferida e troca dos curativos, os entrevistados citaram a enfermagem e profissionais do posto de saúde como orientadores.

-A primeira estomaterapeuta que eu me consultei foi no Maracanaú. Elas que me ensinaram a fazer o curativo, limpava, aí pronto fui aprendendo (...) Recebi informações de cuidados da ferida com a enfermagem. (P3)

-Eu recebi informações [de curativo] da doutora [estomaterapeuta]. (P4)

-A menina [funcionária do posto] me explica, para tirar o curativo, não deixar a unha encostar. (P5)

-Quem me deu essas informações [sobre os curativos] foi no posto, tem as palestras lá. (P7)

Para Yamada et al. (2008) o enfermeiro estomaterapeuta atua no cuidado a pacientes com úlceras de origem venosa no âmbito da prevenção e tratamento. São algumas competências clínicas nesta área:

- Realizar consulta de enfermagem, utilizando instrumento de avaliação que possibilite a obtenção de subsídios para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em estomaterapia;
- Fazer exame de índice de tornozelo braço com utilização do Doppler vascular periférico;
- Prescrever cuidados com a pele em geral e demais medidas de preservação da integridade cutânea;
- Fazer orientação alimentar e hídrica e, quando pertinente, solicitar avaliação do nutricionista;
- Orientar exercícios de fortalecimento da musculatura da perna, repouso alternado, elevação de membros inferiores, drenagem linfática e medidas compressivas;
- Solicitar exames bioquímicos, hematológicos, cultura da ferida e outros quando necessário;
- Realizar desbridamento com instrumental conservador;
- Prescrever terapia tópica, bota de Unna ou terapia compressiva;
- Orientar a equipe, paciente e familiar quanto aos cuidados propostos.

Uma coisa importante é que enfermeiras usem habilidades de comunicação e conhecimento para obter informação acurada sobre os comportamentos, para que assim, possam planejar e intervir no cuidado ao paciente com úlcera venosa.

6.2.1.3 Categoria III: Sistema social

Este é um sistema organizado de papéis sociais, comportamentos e práticas desenvolvidas que tem sua origem na reunião de grupos de interesses e necessidades especiais (KING, 1981). Nesta categoria, encontram-se três subcategorias, reunidas em 57 UR e divididas em: papel do governo e sistema de saúde, comportamento laboral e comportamento religioso.

a) Subcategoria: Papel do governo e Sistema de saúde

Os papéis destas **organizações** frente ao processo saúde-doença tem a meta de ajudar os indivíduos a manter sua saúde ou reconquistá-la. Para King (1981), enfermeiras tem papel crucial nas organizações de saúde com participação ativa na **tomada de decisão** e influência na qualidade do cuidado.

Nesta subcategoria, com 17 UR, foram bem eloquentes os relatos dos pacientes no que se refere ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), como veremos nos discursos:

- O INSS não dá essas coisas [materiais de curativos] para gente (...) Eu queria mesmo era conseguir o INSS. Se desse certo era outra história. (P1)
- Eu entrei no INSS quando completei o tempo e para conseguir essa aposentadoria eu entrei na justiça, eu não podia mesmo trabalhar. (P4)
- Não faz muito tempo que consegui o auxílio doença (...) Eu agradeço a Deus porque se não fosse isso [INSS] como era que eu estava, preciso comprar meu material. (P7)
- Eu vivo com o auxílio doença. Um salário. (P8)

Os custos para o tratamento do paciente com IVC e úlcera venosa são elevados, e nem todos os pacientes tem acesso ou podem contar com benefício como o auxílio doença. Eles necessitam de insumos diários como gaze, atadura, fita, soro fisiológico, terapias tópicas, terapias compressivas, medicamentos. Se tratamento for mal conduzido, seja por dificuldades financeiras, os pacientes complicarão, permanecerão mais tempo em atendimentos ambulatorial, e até mesmo pode gerar gastos maiores para instituição hospitalar, como em internações prolongadas, e uso de antibióticos, dentre outras complicações.

Uma pesquisa com este grupo populacional, encontrou 35,0% das pessoas aposentadas, sendo que a úlcera venosa era o motivo em 45,2% dos casos. Este estudo ainda encontrou 2,5% recebendo ajuda do governo em função da doença

venosa e aproximadamente 16,0% estavam sem trabalhar devido à doença (ABBADE et al., 2006).

Para Castilho (2011), os hospitais públicos têm enfrentado sérias dificuldades para gerirem seus recursos escassos em consequência da diminuição dos gastos federais com saúde, frente às demandas da população por serviços de saúde.

Em contrapartida, alguns pacientes relataram satisfação sobre apoio do sistema de saúde como mostram os relatos:

-Eu agradeço muito a Deus primeiramente, agradeço a vocês [enfermeiros e médicos] porque antigamente ela [a ferida] não tinha esses cuidados aqui [no ambulatório]. (P1)

-Nesses três anos eu só consegui melhorar depois que fui acompanhada por vocês [médicos e enfermeiros] aqui [no ambulatório]. (P6)

-Lá no posto tem uma enfermeira que é amiga da Dra. aí me enviou para cá [ambulatório] para ser acompanhada. (P7)

No sistema de saúde, existem fluxos onde há demora no acolhimento na relação entre profissional e usuário, na resolutividade de encaminhamentos, e até de procedimentos (NABÃO; MARUYAMA, 2009). Isto causa abandono de tratamento ou desestímulo nos pacientes e seus familiares. Em se tratando de pacientes com feridas crônicas, gera o autotratamento, que leva a graves consequências, como múltiplas internações hospitalares, necessitando de tratamento agressivo, como por exemplo, os desbridamentos cirúrgicos, tratamento de infecções, como relatado por estes pacientes a seguir:

-Eu fiz minha cirurgia no hospital X, foi uma raspagem [desbridamento]. (P7)

-Eu já me internei para limpeza da perna, também por infecção e anemia. (P8)

Dificuldades de acesso para realização de curativo também foram citadas por alguns pacientes, como:

-Eu sei que quando está assim [inflamada] eu vou ao posto, mas agora está muito difícil que não está tendo atendimento. (P5)

-Eu fazia curativo no posto, mas agora não tem nada. (P7)

Para King (1981), a tecnologia, recursos materiais e humanos são essenciais e facilita o alcance de metas. Muitas vezes, o **poder** e a **autoridade** na tomada de decisão de organizações de saúde, afeta positivamente ou negativamente o cuidado

e o alcance de metas dos pacientes, pois o poder é a força social que organiza e mantém a sociedade, sendo capaz de mobilizar recursos para alcançar objetivos.

b) Subcategoria: Comportamento laboral

Nesta subcategoria, foram 19 UR. Os participantes relataram acerca de suas atividades laborais, algumas consideradas de risco para o desenvolvimento da IVC, tais como:

-Eu trabalhava de cozinheira. (P3)

-Continuava trabalhando na firma, mesmo com a ferida. (P4)

-Trabalhei de cozinheiro 40 anos em pé. (P8)

Eles também relataram as dificuldades de manter atividades laborais com a IVC e úlcera venosa crônica, tais dificuldades são demonstradas nos relatos a seguir:

-Quando a perna era só inchada dava pra trabalhar. (P3)

-Trabalhava três, cinco meses e piorava (...) Tinha dia que eu podia ir [trabalhar], tinha dia que não, porque doía muito [a perna]. (P4)

-Quando está muito inflamado, muito aberto, eu não aguento e digo que não vou [trabalhar]. (P5)

O edema pode ser gerado e se propaga durante atividades laborais mesmo em pessoas sem doença venosa manifesta, e ele sofre influência do turno laboral ao qual o trabalhador se encontra exposto (BELCZAK et al., 2008).

Diante do impedimento das atividades laborais devido à doença, apenas duas pacientes mantinham suas atividades, uma como doméstica, outra como comerciante e do lar. Uma paciente relatou poder contar com ajuda de seus patrões no enfrentamento a doença.

-Ela [patroa] vê que quando eu não estou aguentando mesmo, não aguento ficar em pé, não aguento fazer nada ela me entende, diz para deitar, se aquietar e deixar as coisas por fazer. (P5)

c) Subcategoria: Comportamento religioso

Esta subcategoria foi a que houve menor ênfase. Foram 7 UR. Destacou-se o relato desta paciente (P2) acerca das suas dificuldades para buscar apoio no sistema religioso, apesar de manter sua fé. Tais relatos podem ser vistos a seguir:

-Eu ia deixar de ser ministra da eucaristia, mas o padre pediu para continuar, não queria servir assim com as pernas doente (...) Fica difícil para mim, tenho que servir [na igreja], que dar eucaristia aos idosos, vou a pé, mas eu não posso ir para pegar poeira, pegar sol quente não posso, é longe de casa (...) Espero Deus me curar (...) Também limpo [a ferida] com água benta. (P2)

As práticas religiosas devem ser respeitadas, e são buscadas para sustentar o conforto emocional e espiritual, trazendo-lhes pensamento positivo e de superação as adversidades da vida, independente do nível socioeconômico e da doença (CARDOZO; BERMUDÊS; ARAUJO, 2012; ALCOFORADO; SANTO, 2012).

Como observado nos relatos, foi expressiva a interação dos pacientes com a pesquisadora. Deste modo, a entrevista individual, voltada para estes aspectos, contribuiu para o desafio da próxima etapa do estudo, que foi a análise do processo de implementação de enfermagem a estes pacientes, onde, de acordo com os diálogos, buscou-se um cuidado mútuo, peculiar, voltado para as necessidades dos pacientes e o alcance de suas metas.

6.3 Análise e reflexão do processo de implementação de enfermagem segundo a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King

O processo de enfermagem é um método sistemático de cuidado na prática profissional. Utiliza-se o raciocínio lógico para a melhora da qualidade do cuidado, por meio de diálogo, avaliação clínica, identificação de problemas, resultados e intervenções de Enfermagem. Seja considerado um modelo metodológico ou um instrumento tecnológico é extremamente complexo, assim como é complexa a noção de cuidado profissional de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009, BARRA; SASSO, 2010).

O processo é aplicável em uma ampla variedade de ambientes hospitalares, ou não, e em diversas situações clínicas. O método lança mão para favorecer o cuidado, além de documentar a prática profissional sobre as necessidades

humanas. Para que isto ocorra, necessita do profissional enfermeiro, conhecimento, ética, empatia, experiência, habilidade, autenticidade no relacionamento interpessoal, ademais sensibilidade e a expressão de emoções tais como compaixão e solidariedade humanas (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Neste estudo, buscaram-se os aspectos citados e, com isto, houve elaboração do RMOE, em suas cinco etapas, baseado na Teoria de Imogene King, que emergiu da análise dos dados de base do pacientes e da entrevista. Após o primeiro encontro, cada plano individual foi elaborado e estudado pela pesquisadora a fim de uma atuação criteriosa no processo.

O plano foi devidamente explicado ao paciente. O mesmo tomou conhecimento dos problemas identificados pela pesquisadora e, neste, foram traçadas as metas de forma interativa e mútua. As intervenções foram estabelecidas também de forma mútua. Foram incluídos os meios que a enfermeira pesquisadora e o paciente utilizaram para resolver os problemas e alcançarem as metas.

A avaliação das metas ocorreu no último encontro, e foram julgadas pelos resultados comportamentais no momento da comunicação, a percepção, a interação e a transação dos pacientes e enfermeira.

Elaborando e analisando os planos de cuidados individualmente, pode-se notar que alguns problemas e metas foram identificados em comum nos pacientes. Isto se justifica por serem pacientes que vivenciam a mesma doença e morbidades. Outros pacientes possuíam metas diferenciadas ou relacionadas a outras doenças associadas a IVC. Então, para facilitar o entendimento dos problemas, metas e intervenções para o cuidado, elaborou-se o quadro a seguir contendo estes dados.

QUADRO 4- Lista de problemas e metas identificadas

PROBLEMA	METAS
Falha na comunicação (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8)	1. Melhorar o relacionamento terapêutico
Ausência de benefício do INSS (P1, P3)	1. Providenciar documento para entrada no INSS 2. Agendar perícia no INSS 3. Conseguir benefício
Dificuldades financeiras para compra dos materiais de curativo (P3, P4)	1. Conseguir os materiais de curativo na Regional do bairro
Úlcera(s) venosa(s) na perna direita (P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8)	1. Cicatrização da lesão
Úlcera(s) venosa(s) na perna esquerda (P1, P2, P5, P6)	1. Cicatrização da lesão
Celulite em panturrilha (P3)	1. Cicatrização
Risco para infecção (P1, P2, P4, P6, P8)	1. Ausência de infecção
Infecção de ferida (P3, P5, P7)	1. Ausência de infecção
Risco para novas lesões (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8)	1. Ausência de novas lesões
Não repousar (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7)	1. Repouso diário
Edema em membros inferiores (P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8)	1. Ausência de edema
Risco para edema em membros inferiores (P5)	1. Ausência de edema
Circulação prejudicada (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8)	1. Caminhada leve diária 2. Realiza exercícios para perna
Ausência de acompanhamento médico (P1)	1. Avaliação e acompanhamento médico
Dor em membros inferiores (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8)	1. Ausência de dor
Interação social prejudicada (P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8)	1. Boa interação social
Risco para interação social prejudicada (P5)	1. Boa interação social
Não vai mais a igreja (P2)	1. Retornar para igreja
Imagem corporal prejudicada (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8)	1. Aceitação da imagem corporal
Ansiedade relacionada ao tratamento (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8)	1. Enfrentamento da ansiedade
Tristeza, desesperança (P2)	1. Enfrentamento da doença
Sentimento de luto, tristeza pela perda com filho (P3)	1. Superação
Conflitos familiares (P1, P2)	1. Ausência de conflitos familiares
Déficit de conhecimento acerca da(s) doença(s) (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8)	1. Conhecimento da situação de saúde
Déficit de conhecimento acerca dos medicamentos prescritos (P8)	1. Conhecimento dos medicamentos e horários corretos
Déficit de conhecimento acerca dos cuidados com as feridas (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8)	1. Conhecimento sobre os cuidados com as feridas
Déficit de conhecimento acerca da alimentação (P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8)	1. Conhecimento acerca da alimentação 2. Acompanhamento com nutricionista
Falta da suplementação nutricional prescrita pela nutricionista (P3)	1. Conseguir a suplementação nutricional
Dentição prejudicada (P1, P7)	1. Acompanhamento com dentista
Obesidade (P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8)	1. Perda de peso
Infecção urinária (P3)	1. Ausência de infecção urinária
Hipoglicemia ou Hiperglicemia (P3, P4, P5)	1. Controle da glicemia 2. Preenchimento da ficha de acompanhamento glicêmico
Hipertensão (P3, P4, P5, P6, P7, P8)	1. Controle da pressão arterial 2. Preenchimento da ficha de acompanhamento da pressão arterial
Perda da data da coleta de exames laboratoriais (P3)	1. Reagendar e coletar os exames laboratoriais
Recusa uso da terapia compressiva (P5)	1. Utilização da terapia compressiva
Nega realização de mamografia e prevenção (P7)	1. Realização dos exames
Anemia (P8)	1. Controle da anemia com a realização da coleta de exame de seis em seis meses
Vencimento da receita do uso de medicamentos contínuos (P8)	1. Receita renovada
Problemas na visão (P8)	1. Cirurgia de catarata
Dor em perna e uso de muletas (P8)	1. Consulta com ortopedista

Fonte: Elaborada pela autora

Um dos problemas identificados inicialmente foi à *falha na comunicação terapêutica* durante os atendimentos ambulatoriais. Este problema foi visualizado pela pesquisadora e relatado por todos os pacientes. Diante deste, a meta traçada foi, melhorar o relacionamento/comunicação entre enfermeira e paciente.

Não se cuida de pacientes se não houver comunicação e interação efetiva. Tal tarefa não é considerada fácil. Para Imogene King (1981), dois seres humanos interagindo apresentam um sistema complexo de variáveis. A comunicação é uma troca de pensamento e opiniões entre indivíduos, sendo considerada uma comunicação efetiva quando, se atinge a satisfação, participação e auto-realização mediante o contato direto entre pessoas.

Portanto, diante do problema e da meta identificada, relacionado à interação e comunicação, a enfermeira foi vista como presença constante no acompanhamento. Houve diálogos frequentes, atendimentos individuais durante os encontros, respeito à privacidade do pacientes, e pode-se observar a satisfação relatada por eles quando questionados acerca deste conceito.

Na Figura 8, mostra-se a enfermeira pesquisadora e o paciente em processo de diálogo e estabelecimento de metas:

Figura 8 – Comunicação entre enfermeira e paciente



Fonte: Acervo pessoal

De acordo com King (1981), enfermeiras são percebidas pelos pacientes como cuidadoras; ocupadas demais para parar e discutir o que está acontecendo, como frias e eficientes; como desordenada e avoada; como cordial, afável e útil. Diante de algumas destas percepções negativas, que permanecem até os dias de hoje, a prática de enfermagem no atendimento ao pacientes deve ser modificada, e a comunicação vista como algo especial e essencial no cuidado de enfermagem.

Outro problema em comum enfrentado pelos pacientes em estudo foi o fato de estarem com a(s) *ferida(s) venosa(s) na perna(s)*. Apesar da dificuldade, retardo na cicatrização da úlcera venosa por fatores já citados, foi acordado que a meta final relacionada a este problema seria a cicatrização total da ferida.

Intervenções como: avaliar as características das lesões em todos os encontros; prescrever, orientar e reforçar o tratamento adequado; orientar quanto os cuidados com a terapia compressiva e estimular o autocuidado, foram intervenções adotadas individualmente.

Na Figura 9 mostra-se a enfermeira pesquisadora avaliando e promovendo a limpeza da úlcera venosa.

Figura 9 – Avaliação e limpeza da úlcera venosa



Fonte: Acervo pessoal

Em oito pacientes, havia um total de quatorze feridas, com diversos tamanhos, em uma, ou ambas as pernas, ferida única ou múltipla. Em quatro lesões, obteve-se a cicatrização total. Em sete, obteve-se cicatrização parcial, ou seja, foi observada redução do tamanho em suas medidas. Três lesões mantiveram-se na mesma dimensão. Relacionado a este problema, tem-se a *imagem corporal prejudicada*.

A imagem corporal pode ser vista como um componente integral de crescimento e desenvolvimento, que tem influencia no conceito de self, ou seja, é a

figura que tenho do meu próprio corpo limitado no espaço, que constitui um aspecto de ideia do eu (KING, 1981).

Para a teórica, a pessoa pode ou não estar preparada para enfrentar as alterações da imagem corporal, e precisa de ajuda de um profissional da saúde, pois estes distúrbios estão frequentemente associados com crises na vida da pessoa.

A meta diante deste problema foi à aceitação da imagem corporal. Foram realizados diálogos e aconselhamentos nos encontros, buscando estimular a autoestima e autoconfiança nos pacientes.

Referente a esta meta, quando questionados durante a avaliação final, dois pacientes relataram ter atingido totalmente o fato de aceitarem melhor a sua imagem corporal. Cinco deles relataram ter atingido parcialmente, e um relatou não ter atingido a meta.

Em consequência da alteração da imagem corporal, vem o *risco para o isolamento social*. Outro problema identificado em comum nos pacientes. A meta foi estimular bom convívio social. Foram realizados diálogos e aconselhamentos nos encontros, estimulando momentos de lazer com amigos ou familiares.

Esta meta foi desafiadora para pesquisadora e também aos pacientes. Em se tratando de pacientes com úlceras venosas crônicas, em que convive com o estigma, desequilíbrio psíquico, devido à agressão a integridade da pele. Portanto, apenas dois pacientes referiram ter atingido a meta. Cinco relataram estarem melhorando neste aspecto. Um paciente relatou não ter atingido, ainda recusava-se a sair de casa e construir novas amizades.

Ainda relacionado a este problema, o depoimento da P2 foi relevante. Chorando durante a entrevista, ela relatou que sua ferida havia piorado, por isso abandonou sua missão na igreja. Diante deste problema individual, surgiu a meta de retornar para sua igreja. Durante os encontros, diálogos motivacionais foram realizados, aconselhamentos e o cuidado a ferida, tais medidas fizeram com que a paciente se sentisse segura e retornasse para sua função como Ministra da Eucaristia. A meta foi alcançada, ocorrendo satisfação da paciente e da enfermeira.

É papel do enfermeiro estimular a inserção e o bom convívio dos pacientes em sistemas sociais sendo estes, família, sistema religioso, educacional de trabalho e grupos. Inseridos neste sistema, os indivíduos organizam a vida e atividades contínuas para alcance de metas (KING, 1981).

Em conversas informais durante atendimentos no ambulatório, foi relatado interesse de conviver em grupo de apoio. Os pacientes referiram vontade de compartilhar experiências com pessoas que convivem com suas mesmas limitações.

Segundo Lima e Braga (2012), para enfrentamento de doenças, a criação de tecnologia leve, como o grupo terapêutico, tem sido descrita na literatura como uma importante estratégia na promoção do bem-estar e cuidado diferenciado, sendo considerada uma forma de conhecer, compreender a saúde e lidar com a doença, facilitando a troca de experiência, ajuda mútua, com o objetivo de suporte e encorajamento, proporcionando ao paciente um viver mais saudável.

A Diretriz Clínica Nacional de Gestão de Úlceras Venosas Crônicas (2010) enfatiza a importância de unidades de apoio, criação de espaços como os clubes de pernas, com encontros e reuniões de clientes e profissionais de saúde voltados para esta política, a fim de promover apoio a estes pacientes para o enfrentamento de sua doença (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010).

Em um estudo Australiano (n=67), pacientes foram randomizados em Modelo Lindsay Leg Club de cuidado (n=34) ou o modelo de enfermagem comunitária tradicional (n=33). Evidenciou-se que os participantes, que receberam cuidados terapêuticos da perna de acordo com o modelo Leg Club de cuidado, tiveram melhor resultado com a cura da úlcera, bem como relacionados aos benefícios em termos de dor, qualidade de vida e auto-estima (EDWARDS; COURTNEY et al., 2009; LINDSAY, 2013).

Pacientes com IVC e úlcera na perna, enfrentam inúmeros desafios ao longo de sua vida. A *predisposição à infecção* foi um problema evidenciado em todos os pacientes. Na primeira avaliação, três pacientes foram identificados com *infecção* em suas feridas. Febre, exsudato purulento, dor, edema e eritema em pele adjacente foram características encontradas. A meta nestes pacientes foi combater a infecção. Então se fizeram necessárias algumas intervenções em conjunto com outro profissional de saúde, o médico.

Imogene King (1981) enfatiza a comunicação entre enfermeira e médico, enfermeira e outros profissionais, como medida essencial para o cuidado seguro e efetivo.

Intervenções a estes pacientes com infecção na ferida como: orientar cuidados de higiene, técnica limpa para o manejo da ferida; reforçar a técnica de lavagem das mãos; orientar acerca dos sinais clínicos de infecção; encaminhar ao

médico para prescrição de antibiótico e orientar uso, foram medidas adotadas em conjunto para o alcance desta meta.

Durante interação, a enfermeira também deve estar atenta para outros tipos de infecção. A P3 queixava-se de disúria, logo foi encaminhada para coleta de exames, e conduzida ao médico para prescrição de antibiótico. Medidas de higiene foram reforçadas. A meta do combate à infecção do trato urinário foi alcançada.

Outro problema partilhado pelos pacientes foi o *risco para desenvolvimento de novas lesões de pele*. Como relatado, o trauma é o fator mais comum para o início da ferida. Os pacientes foram orientados acerca dos cuidados, hidratação da pele peri-ferida e orientados a evitar traumas. A meta de permanecer sem novas lesões foi alcançada em sete pacientes. Uma paciente, diabética, apresentou nova úlcera.

Durante o processo de enfermagem, King (1981) orienta que papéis para o alcance de metas sejam definidos. O papel é visto como uma relação com outra pessoa, uma posição e uma situação. Os indivíduos interagem em situações específicas por um propósito.

Enfermeiras desenvolvem suas funções baseadas em conhecimento e habilidades, para identificar metas em cada situação e para ajudar indivíduos a alcançar as metas (KING, 1981).

Para o enfrentamento da doença venosa, o paciente terá de ser orientado das suas funções. A *falta de repouso diário* foi um problema evidenciado em todos os pacientes, e estabelecido como meta o repouso diário, com elevação das pernas, três vezes ao dia, por uma hora. Os pacientes foram estimulados a estabelecerem os melhores horários. Portanto, apenas três pacientes relataram ter atingido a meta. Cinco referiam não conseguir o repouso diário ou conseguir somente em alguns momentos.

Isto leva ao *edema*, pela dificuldade do retorno venoso, causando piora da ferida e qualidade de vida. Então, a importância do repouso era sempre reforçada pela enfermeira aos pacientes nos encontros.

Na avaliação final, após nova medida da circunferência do tornozelo, foi possível observar sinal de edema (cacifo+) e aumento da circunferência em quatro pacientes. Em dois pacientes não houve redução da medida, porém não havia sinal de edema (cacifo+). Em dois pacientes foi observada a redução na medida da circunferência do tornozelo.

Na Figura 10 mostra-se a pesquisadora avaliando o edema no membro inferior do paciente, com ajuda da fita métrica:

Figura 10 – Avaliação de edema



Fonte: Acervo pessoal

É evidente a *circulação prejudicada* nos pacientes, mediante este problema, foram traçados objetivos como realizar caminhada leve uma vez ao dia, assim como realização de exercícios diários, com vista à melhoria do retorno venoso. Um impresso educativo (APENDICE I) foi entregue aos pacientes com intuito de orientá-los a realizar os exercícios.

A realização de caminhada diária traz benefícios e deve ser estimulada. Também deve-se evitar ficar parado por longos períodos. Mas, se isto acontecer, alguns exercícios podem ser realizados, como mover os dedos dos pés dentro dos sapatos, além de quando sentado, girar os tornozelos e fletir e estender os dedos dos pés (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010).

Referente a estas metas os pacientes mencionaram dificuldades para realizá-las diariamente. Sobre a caminhada, dois pacientes relataram conseguir fazê-la diariamente, e cinco pacientes realizavam a caminhada raramente. A respeito dos exercícios, quatro pacientes falaram realizá-los diariamente, e os outros quatro pacientes relataram realizá-los esporadicamente.

Analisando os fatos colhidos, pode-se entender que algumas destas metas citadas são dificultadas devido às *dores nos membros inferiores*, que causa estresse e desmotivação nos pacientes em designar seu papel.

Enfermeiras estão em uma posição para observar padrões e respostas comportamentais a estressores. Uma vez identificados, elas podem tomar decisões para reduzir ou eliminar alguns fatores que promovem estresse nos pacientes (KING, 1981).

A fim de aliviar a dor, o repouso foi medida fortalecida, bem como a solicitação médica para prescrição de medicamento. Sete pacientes relataram melhora total da dor. Um paciente ainda relatou momentos com dor e momentos sem dor, sendo a meta parcialmente atingida neste.

Juntamente com a dor, vem *ansiedade* relacionada ao tratamento e o tempo de convivência com a ferida. O tempo é a percepção subjetiva de uma sucessão de eventos do passado para o presente, e para o futuro. É irreversível, especialmente em pacientes com ferida crônica (KING, 1981). Assim, durante o ato de cuidado, os pacientes devem ser estimulados a verbalizarem seus sentimentos de medo, inquietação.

Três pacientes verbalizaram melhora em sua ansiedade, relacionada ao tratamento. Três, atingiram esta meta parcialmente, pois ainda apresentavam momentos de ansiedade. Dois pacientes relataram não ter atingiram a meta, sendo necessária, portanto, a intervenção de outros profissionais da saúde como psicologia, psiquiatria.

A falta de conhecimento dos pacientes acerca do seu tratamento causa piora em sua ansiedade, abandono de tratamento ou agravamento da sua ferida.

Diante deste problema, no plano de ação, foi tomada a decisão de realizar educação em saúde (APÊNDICE G) aos pacientes utilizando como recurso uma mídia eletrônica (TABLET) para facilitar a visualização e o entendimento. Ensino e orientações sobre o processo de doença e cuidado com as feridas foram realizados de forma verbal e dinâmica. Quando questionados sobre a educação em saúde, os pacientes relataram meta alcançada.

Na quadro 5, a seguir, podem ser visualizadas as metas traçadas em comum e os julgamentos durante a avaliação final das metas.

QUADRO 5- Avaliação das metas identificadas em comum nos pacientes

METAS TRAÇADAS EM COMUM A TODOS OS PACIENTES	AVALIAÇÃO FINAL DAS METAS		
	TOTALMENTE	PARCIALMENTE	NÃO ALCANÇADA
1. Melhorar o relacionamento terapêutico	8	--	--
2. Úlceras venosas cicatrizadas*	4	7	3
3. Aceitação da imagem corporal	2	5	1
4. Boa interação social	2	5	1
5. Ausência de infecção na ferida	8	--	--
6. Ausência de novas lesões	7	--	1
7. Repouso diário 3xdia por uma hora	3	5	--
8. Ausência de edema	2	2	4
9. Caminhada diária	2	5	1
10. Exercício diário	4	4	--
11. Ausência de dor	7	1	--
12. Enfrentamento da ansiedade	3	3	2
13. Conhecimento sobre a doença	8	--	--
14. Conhecimento sobre os cuidados com a ferida	8	--	--

* Total de quatorze feridas, em oito pacientes.

Alguns valores humanos, padrões de comportamentos, necessidades, metas e expectativas são parâmetros em qualquer organização, e indivíduos dependem muito da sua vida em organizações. Os ambientes organizacionais promovem algumas das forças sociais que moldam e desenvolvem qualidade e hábitos pessoais (KING, 1981).

Para as organizações que promovem cuidados de saúde, a meta é ajudar indivíduos a manterem sua saúde, reconquistá-la, se tem algum distúrbio de saúde, prevenir o retorno da doença, se possível, assim como aprender a enfrentar doenças crônicas. Porém, para que isto aconteça os recursos materiais e humanos são essenciais para atingir metas (KING, 1981).

Três pacientes referiram sérias dificuldades financeiras para seguir as orientações de curativos, dieta, entre outros.

A P1 declarou como principais metas: providenciar documento para dar entrada no INSS, agendar a perícia e conseguir o benefício. As transações para o alcance de metas foram feitas. Houve elaboração do parecer pela enfermeira estomaterapeuta e médica vascular (atestado ambulatorial). O documento foi entregue a uma advogada que, segundo a paciente, providenciou agendamento de perícia.

Os P3 e P4, diabéticos, relataram dificuldades financeiras para manter seu tratamento. Mencionaram custo elevado na compra de materiais de curativo, como:

gaze, atadura, soro-fisiológico, fita. Estes pacientes foram orientados a procurarem suas regionais para solicitar o suporte. Foi entregue um relatório com as características das feridas e necessidade dos insumos, especificando a quantidade mensal. A meta foi totalmente atingida em ambos os pacientes, ocorrendo estabelecimento e alcance de metas mútuas.

Outros problemas identificados em sete pacientes foi o déficit de conhecimento acerca da alimentação, e a obesidade. Estudo de Leal et al. (2015), nesta mesma população, demonstrou que oito pacientes estavam com sobrepeso (IMC= 25-30), enquanto duas encontravam-se classificadas como saudáveis (IMC= 18,5-25).

As metas traçadas foram: estar em acompanhamento com a nutricionista e a perda de peso. Intervenções como educação em saúde acerca da alimentação, e encaminhamento ao serviço de nutrição da instituição foram realizadas.

A meta do acompanhamento com a nutricionista foi alcançada para todos os pacientes. Sobre a perda de peso, sabemos ser uma meta a longo prazo, porém, três pacientes reduziram seu peso entre dois e quatro quilos durante o acompanhamento.

Conflitos familiares foram referidos por dois pacientes (P1 e P2). Diálogos e aconselhamentos nos encontros foram realizados em busca de alcançar a meta de bem-estar com familiares. Foi solicitado a estes pacientes o comparecimento de algum membro da família em um dos encontros, apenas uma paciente compareceu com o seu filho e foi estabelecida interação em forma de tríade, em busca de harmonia.

A dentição prejudicada foi outra dificuldade encontrada durante o exame físico, em dois pacientes. Eles referiam dor e necessitavam de extrações. O objetivo foi conseguir tratamento com o dentista. Os pacientes foram encaminhados aos seus postos de saúde para o tratamento dentário, e mediante o parecer da odontologia da instituição conseguiram atendimento e extrações.

A piora significativa e não esperada da úlcera venosa na P1 foi dificuldade enfrentada durante o processo. Foi observado aumento da ferida, mesmo com a terapia adequada, bem como a paciente referia dor intensa. A pesquisadora passou o caso para médica vascular, a qual, prescreveu medicamento e a encaminhou para realização de Doppler venoso e arterial.

Alguns pacientes com IVC enfrentam doenças associadas como HAS e DM. Estudos apontam elevada prevalência de HAS como co-morbidade associado a IVC. Pesquisa realizada em Juiz de Fora, por Frade et al. (2005), revelou que a associação frequente entre insuficiência venosa e hipertensão arterial (43,7%), e significativa ($p < 0.01$) para predisposição às úlceras, sendo que a incidência de hipertensão arterial sistêmica foi em 54% dos pacientes com úlcera venosa.

Em investigação, Silva (2009) demonstrou que a hipertensão arterial foi à doença crônica mais prevalente em 70,9% dos pacientes com úlcera venosa, e que os antecedentes familiares dos participantes possuíam história de doenças crônicas, sendo as mais prevalentes a hipertensão arterial (54,54%) e as doenças cardíacas (41,81%).

Três pacientes possuíam tanto a HAS como DM, e uma paciente, HAS. A árdua meta foi ajudar o paciente a controlar estas doenças. Foi solicitado o preenchimento diário de uma ficha de acompanhamento de glicemia e pressão arterial, a mesma foi entregue aos pacientes pela pesquisadora (APÊNDICE I).

Referente ao controle da glicemia e preenchimento total da ficha, apenas um paciente conseguiu a meta. Os outros dois atingiram a meta apenas parcialmente, pois relataram dificuldades para adquirir as fitas de glicemias.

No tocante à hipertensão, os quatro conseguiram manter parcialmente a pressão fisiológica, sendo que, três deles fizeram o preenchimento da ficha parcialmente, e um preencheu-a totalmente.

No Quadro 6, a seguir, encontram-se a avaliação final das metas dos pacientes de forma individual e global.

**QUADRO 6 - Distribuição do número de encontros, problemas e metas.
Avaliação final das metas dos pacientes com úlcera venosa**

PACIENTES	N° DE ENCONTROS	N° PROBLEMAS	N° DE METAS	AVALIAÇÃO FINAL DAS METAS		
				TOTALMENTE	PARCIALMENTE	NÃO ALCANÇADA
P 01	14	19	23	16	5	2
P 02	10	19	21	11	10	--
P 03	10	24	28	10	14	4
P 04	13	19	24	14	7	3
P 05	10	17	20	17	3	--
P 06	11	17	20	7	9	4
P 07	11	18	21	18	3	--
P 08	10	20	22	13	5	4
MÉDIA	11,1	19,1	22,3	13,2	7	2
TOTAL	89	153	179	106 (59,2%)	56 (31,3%)	17 (9,5%)

Obteve-se em destaque, 59,2% de metas totalmente atingidas e 31,3% de metas julgadas como parcialmente atingidas. Neste prisma, o uso da pesquisa ação articulado a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King é, sem dúvida, relevante para o paciente com IVC e úlcera venosa, pelo fato de poder alcançar metas, não somente relacionada à doença e ferida em si, mas por proporcionar envolvimento, tomada de iniciativas e assumir o compromisso no cuidado efetivo em direção à melhoria da qualidade de vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos, o estudo destaca o cuidado clínico de enfermagem aliado a uma valiosa Teoria de Enfermagem, na busca do alcance de metas mútuas e com uma possibilidade de realizar interação, educação e promoção da saúde a paciente com IVC e úlcera venosa ativa.

A experiência vivenciada na realização desta dissertação, com a pesquisa ação e o referencial teórico escolhido, foi de grande valia, visto que propiciou relevância ao revelar um cuidado de enfermagem sistemático, pautado na interação, comunicação, e voltado para melhoria da qualidade de vida do pacientes com ferida crônica em diferentes aspectos. Portanto, enalteço que a interação estabelecida entre a enfermeira e paciente com IVC e úlcera venosa, embasada nos sistemas interatuantes de Imogene King, contribuiu para o alcance de metas de melhoria de sua condição de saúde.

Totalizando 89 interações enfermeiro-paciente neste período, tivemos uma média de 19 problemas identificados em cada paciente; uma média de 22 metas relacionadas às condições psicológicas, da doença, condições da ferida, metas pessoais e familiares, obtivemos como aquelas não alcançadas, apenas 9,5% das metas julgadas como em comum acordo com os pacientes durante a avaliação final. Assim, com os achados aqui apresentados, espera-se despertar reflexões futuras no profissionais de saúde que cuida de pacientes com feridas crônicas, em especial o enfermeiro, valorizando os demais aspectos, além da doença, com vistas à melhoria do cuidado oferecido a esta clientela. E, aliado a uma Teoria de Enfermagem, a profissão promove o cuidado clínico seguro, o que conduz à obtenção de novos conhecimentos e benefícios de aspecto social, bem como a possibilidade de sugerir modificações da realidade, permitindo que o paciente seja cuidado de forma integral e participativa neste processo.

Portanto, mais estudos necessitam ser realizados nesta área, visto ser um tema de impacto e grande valia para a prática clínica. O assunto carece de maior conhecimento da realidade desta doença e das necessidades dos pacientes permitindo assim a criação de políticas públicas e estratégias de intervenção, de modo a melhorar o cuidado e assim, aliviar sintomas, impedir as complicações da doença, ajudar os pacientes e familiares no enfrentamento, utilizar eficazmente os

recursos, e conseqüentemente, melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes.

Uma limitação vivida no estudo configurou-se no tempo de acompanhamento dos pacientes não sendo possíveis transações para alcance de metas em longo prazo. Porém, notou-se que a soma das metas totalmente e parcialmente atingidas foi de 90,5%, mostrando meios eficazes de cuidado com o uso da Teoria do Alcance de Metas de Imogene King.

Além disso, ressalta-se a pretensão de dar continuidade à pesquisa e como proposta de Tese de doutorado a criação de um grupo terapêutico de pessoa com úlcera venosa crônica, como modalidade de tecnologia para o cuidado clínico de enfermagem. Durante o desenvolvimento deste estudo, a pesquisadora se deparou com algumas dificuldades, no qual se destacou, especificamente, relacionada à interação social prejudicada. A longa permanência em acompanhamento ambulatorial, os anos de convívio com a ferida, recidivas, o estigma, originaram nos pacientes sentimentos de depressão, isolamento social, dificultando o enfrentamento da doença crônica.

Desse modo, corroborando com o incentivo de novos saberes científicos, tecnológicos e de inovação na área de enfermagem, com visível melhoria da saúde e da vida desta população, despertaram na pesquisadora o interesse em continuar a pesquisa com o desenvolvimento de um grupo terapêutico com a intenção de que este promova melhores práticas em um ambiente social, onde os pacientes (membros do grupo) serão cuidados em conjunto, com ênfase no estabelecimento de metas, na interação social, participação, empatia e apoio. E, com isto, impactar positivamente sobre as taxas de cura da ferida e de recidiva, reintegração nas suas comunidades, melhor adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhorar a condição de saúde do paciente.

Neste contexto, o cuidado clínico a pessoas com úlcera venosa volta-se com ações promovidas em parcerias, fundamentadas em conhecimentos científicos, sistematizados e teóricos, se apropriando de tecnologias leves, com a finalidade buscar melhorar sua condição de saúde, aliviar sofrimento e mantendo a dignidade.

REFERÊNCIAS

- ABBADE, L.P.F.; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. **An. Bras. Dermatol.** v.81, n.6. 2006.
- ABREU, A.M.; OLIVEIRA, B.G.R.B. Estudo da Bota de Unna comparado à bandagem elástica em úlceras venosas: ensaio clínico randomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 571-577, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400571&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0373.2590>. Acesso em 23 out. 2015.
- AFONSO, A.; et al. Úlcera crônica do membro inferior — experiência com cinquenta doentes. **Angiol Cir Vasc.** V. 9, n. 4, p.148-153, 2013.)
- AIRES, M.M. Fisiologia. SALGADO; JUNIOR; SILVA. **As veias e o retorno venoso.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, P 524.
- ALCOFORADO, C.L.G.C.; SANTO, F.H.E. Saberes e práticas dos clientes com feridas: um estudo de caso no município de Cruzeiro do Sul, Acre. **Rev. Min. Enferm.**v.16, n.1, p.11-7. 2012.
- ARONOW, W.S. Treatment of systemic hypertension. **Am. J. Cardiovasc, Dis.** v. 2, n. 3, p. 160-70, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. Disponível em: URL: http://www.sobest.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=9. Acessado em: out 2015.
- BAPTISTA, C. M. C.; CASTILHO, V. Levantamento do custo do procedimento com bota de unna em pacientes com úlcera venosa. **Ver. latino-am. Enfermagem**, v.14, n.6. p 1-8, 2006.
- BARBOSA, G.J.A.; CAMPOS, N.L.M. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. **Enferm. glob.** v. 20. 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: 7ed, 2011.
- BARRA, D.C.C.; SASSO, G.T.M.D. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da CIPE 1.0. **Texto Contexto Enferm.** v.19, n.1, p.:54-63. 2010.

BEEBE-DIMME, J.L.; PFEIFER, J.R.; ENGLE, J.S.; SCHOTTENFELD, D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. **Ann. Epidemiol** v. 15.p 175-84. 2005.

BELCZAK, C.E.Q et al. Influência do turno laboral na formação de edema dos membros inferiores em indivíduos normais. **J. vasc. bras.**, Porto Alegre , v. 7, n. 3, p. 225-230, set. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492008000300007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492008000300007>. Acesso em 23 out. 2015.

BERGONSE, F.N.; RIVITTI, E.A. Avaliação da circulação arterial pela medida tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. **An Bras Dermatol**, v.81, n.2, p.131-5. 2006.

BEZERRA, S.T.F. **Ensaio clínico de enfermagem acerca do estabelecimento de metas de bem-estar para pessoas hipertensas fundamentado em Imogene King**. Fortaleza, 2010. Dissertação (Mestrado em Cuidado Clínicos de Enfermagem e Saúde) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará.

BORGES, E.L. **Tratamento Tópico de úlceras venosas**: proposta de uma diretriz baseada em evidências. 2995. 305f. Tese (doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12122005-110012/>>. Acesso em 23 out. 2015.

BORGES, E.L.; CALIRI, M.H.L. Insuficiência venosa crônica. In: BORGES, E.L. **Feridas**. Úlceras dos membros inferiores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. P 9-19.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 12, 13 de junho de 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 mai 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares**. 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares>. Acesso em 07 abr 2014.

BUCHWALD, H. Overview of bariatric surgery. **J. Am. Coll. Surg.**, v. 19, p 367-75, 2002.

CACCAVO, P.V.; TAVERES, R.; FIGUEIREDO, N.M.A.; CARVAHO, V. A arte d cuidar em enfermagem: aspectos gerais. In: FIGUEIREDO, N.M.A.MACHADO, W.C.A. **Tratado. Cuidados de enfermagem. Médico-cirurgico**. São Paulo: Roca, 2012. p. 14-23.

CARDOZO, G.M.; BERMUDÊS, J.P.S.; ARAUJO, L.O. et al. Contribuições da Enfermagem para Avaliação da Qualidade de Vida de Pessoas com Úlceras de Perna. **Rev Estima**. v.10, n.2, p. 19 – 27. 2012.

CASTILHO, V. et al . Levantamento das principais fontes de desperdício de unidades assistenciais de um hospital universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. spe, p. 1613-1620, dez. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000700012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000700012>. Acesso em 23 out. 2015.

CASTRO E SILVA;. et al. Diagnóstico e tratamento da Doença Venosa Crônica. **J. Vasc. Br.**, v.4, n.3, 2005.

CE

Conferencia Nacional de Consenso Sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI). España: EdikaMed S. L.; 2009.

COSTA, I.K.F. Qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa: associação dos aspectos sociodemográficos, de saúde, assistência e clínicos da lesão [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011.

CULLUM, N.; NELSON, E.A.; FLETCHER, A.W.; SHELDON, T.A. Compression for venous leg ulcers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2001.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia prático para as enfermeiras**. 3 ed. São Paulo: Atheneu; 2008.

DEALEY, C. Úlceras Venosas. In: **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2001. p.120-26.

DEODATO, O.O.N. Avaliação da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em natal/RN [Dissertação]. Natal: Centro de Ciências da Saúde/UFRN; 2007. 104 p.

DIAS, T.Y.A.F., et al . Avaliação da qualidade de vida de pacientes com e sem úlcera venosa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 576-581, ago. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400576&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3304.2454>.

DOUGHT, D.B.; WALDROP, J.; RAIMUNDO, J.; Lower-extremity ulcers of vascular etiology. In: BRYANT, R.A. **Acut and chonic wounds: nursing management**. 2 ed. St. Louis: mosby, 2000. P 265-300.

EDWARDS, H.; et al. A randomised controlled trial of a community nursing intervention: Improved quality of life and healing for clients with chronic legulcers. **J Clin Nurs**. V.18, n.11, p.:1541-9.2009.

ETUFUGH, C.N.; PHILLIPS, T.J. Venous ulcers. **Clin Dermatol**. v. 25, n. 1, p 121-30, 2007.

FALANGA, V.; EAGLESTEIN, W. The trap hypothesis of venous ulceration. **Lancet**. V 341. P 1006-8,1999.

FARIAS, S. R. R., & SERVO, M. L. S. Representação social, lazer e mulheres portadoras de cegueira congênita. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V.29. n. 2. P. 200. 2014.

FONSECA, C. et al. Pessoa com úlcera de perna, Intervenção estruturada dos Cuidados de Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. **RevEscEnferm USP**.v. 46, n. 1, p 472-9, 2012.

FRADE, M.A.C. et al. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora – MG (Brasil) e região. **An. Bras. Dermatol.**, v. 80, n.1, p. 41-46, 2005.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.13, n.1, p. 188-193. 2009.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

GILSON, V.T et al. Caracterização das pessoas com úlcera venosa no Brasil e Portugal: estudo comparativo. **Enfermería Global**. n.32, p.75-87. 2013.

GOAYTÁ, S.L.T. **Diagnóstico de enfermagem de pacientes adultos que sofreram queimaduras e de seus familiares no período próximo a alta hospitalar**. 2005. 321f. Tese (doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão preto.

GREER, N.; FOMAN, N.; DORRIAN, J. et al. Advanced wound care therapies for non-healing diabetic, venous, and arterial ulcers: a systematic review. Washington: department of veterans affairs [internet]. 2012 [cited 2015 dez 12]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/pmh0054957>.

JOHNSON, J.; PAUSTIAN. Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease. **Glenviwe**: wound, ostomy, and continence nurses society (WOCN), 2005. 42p.

KEOPPEN, B.M; STANTON, B.A. **Berne e Levy. Fisiologia**. 6 ed. Rio de janeiro: 2009.

KING, J. M. **A theory for nursing**: systems, concepts, process. Tampa, Florida, Delmar Publishers, 1981, 181p.

LAUREN COLLINS, M.D.; SAMINA SERAJ, M.D. Diagnosis and Treatment of Venous Ulcers. **American Family Physician**. V. 81, n. 8, p. 989-996, 2010.

LEAL, F. et al. Fisioterapia vascular no tratamento da doença venosa crônica. **J. vasc. bras.**, Porto Alegre , v. 14, n. 3, p. 224-230, set. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492015000300224&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.0029>. Acesso: em 23 out. 2015.

LEAL, F.J. et al . Fisioterapia vascular no tratamento da doença venosa crônica. **J. vasc. bras.**, Porto Alegre , v. 14, n. 3, p. 224-230, set. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492015000300224&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.0029>. acesso em 27 out. 2015.

LIMA, H.P; BRAGA, V.A.B. Grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. **Texto Contexto Enferm**. v.21, n.4, p.:887-95. 2012.

LINDSAY, E. Lindsay Leg Clubs: clinically effective, cost effective. **Journal of Community Nursing**. v.27, n.1, p.:5-8. 2013.

MAFFEI, F.H.A. Diagnostico clinico das doenças venosas periféricas. In: MAFFEI F.H.A; LASTÓRIA, S.; YOSHIDA, H.R.; GIANNINI M. Doenças vasculares periféricas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 491-502.

MALAQUIAS, S.G., et al. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. **Rev. Esc. Enf. USP** [internet]. V. 46; n. 2, p. 302-10, 2012.

MENDES, M.R.S.S; BARBOSA et al . A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 18, n. 4, p. 422-426, dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400011&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000400011>. acessos em 12 jan. 2016.

MENOITA, E.; SANTOS, V.; TESTAS, C.; GOMES, C.; SANTOS, A. Biofilms: Knowing the Entity. **Journal of Aging & Innovation**. V.1, n. 2, p. 23-32. 2013.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L.; PAGLIUCA, L. M. F. Utilização da Teoria de King na facilitação da adesão ao tratamento da hipertensão. In: **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 4, n. 1, p.21-28, jan./jun. 1999.

MOREIRA, T.M.N.; ARAUJO, T.L. O Modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. **Rev latino ame de Enfermagem**. V. 10. 2002.

MOSTOW, E.N.; HARAWAY, G.D.; DALRING, M.; HODDE, J.P.; KING, D. Venus Ulcer Study Group. Effectiveness of an extracellular matrix graft (OASIS Wound Matrix) in the treatment of chronic leg ulcers: a randomized clinical trial. **J Vasc Surg**. v. 41, n. 5, p. 837-43, 2005.

NABÃO, F.R.Z.; MARUYAMA, S.A.T. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto. **Rev. Eletr. Enf.** v.11, n.1, p.101-9; 2009.

NASCIMENTO, E.R.P. de. **Assistência de enfermagem a indivíduos com infarto agudo do miocárdio**: fundamentação na teoria de Imogene King. Florianópolis, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

NUNES, J.P. Avaliação da assistência à saúde aos portadores de úlceras venosas de membros inferiores atendidos no programa saúde da família do município de Natal (RN) [Dissertação]. Natal-RN: Departamento de Enfermagem - UFRN; 2006.

O'DONNELL, T.F.; LAU, J.J. A systematic review of randomized controlled trials of wound dressings for chronic venous ulcer. **J Vasc Surg**. V. 44, n. 5, p 1118-25, 2006.

OLIVEIRA, B.G.R.B.; et al. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. **Rev. Eletr. Enf.** v14, n1. p.156-63, 2012.

PAGGIARO, A.O.; TEIXEIRA, N.N; FERREIRA, M.C. Princípios gerais do tratamento de feridas. **Rev Med.** São Paulo. v.89,n.3/4, p.132-6. 2010.

PATEL, N.P.; LABROPOULOS, N.; PAPPAS, P.J. Current management of venous ulceration. **Plast Reconstr Surg.** V. 177, n. 7. P. 254-260, 2006.

PESSINE, L; BERTACHINI, L; BARCHIFONTAINE, C.P. Bioética, cuidado e humanização: das origens à contemporaneidade. In: PEGORARARO, O. **A existência humana é existência cuidadosa.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2014.

POTER, J.M., MONETA, L.G. Reporting standards in venous disease: an update. **J Vasc Surg.** V21, n 4, p 635-45, 1995.

PROENÇA, R.P.C.; BERTOLDI, C.M.L. Doença venosa e sua relação com as condições de trabalho no setor de produção de refeições. **Rev Nutr.** V.21, n.4, p.447-54, 2008.

RESENDE, M.M.C. **Fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial à luz da estrutura conceitual da teoria de King.** [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 1998.

ROBERTSON, L.; EVANS, C.; FOWKES, F.G.R. Epidemiology of chronic venous disease. *Phlebology.* v. 23 n. 3. P. 103-111, 2008.

SALOMÉ, G.M.; BLANES, L.; FERREIRA, L.M .Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com úlcera venosa. **Rev Bras Cir Plást.**, v. 27, n. 1, p. 124-9. 2012.

SAMPAIO, F.A.A. **Caracterização do estado de saúde referente à integridade tissular e perfusão tissular em pacientes com úlceras venosas segundo a NOC.** 2007. 70f. Dissertação (Mestrado Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

SANTOS, M.D. et al. Caracterização Nutricional de Pacientes com Úlceras Crônicas de Membros Inferiores em Tratamento no Ambulatório de Feridas do Campus Cedeteg da UNICENTRO, Guarapuava-PR. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde.** v.17, n.1, p.13-9, 2015.

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. Management of chronic venous leg ulcers. **A national clinical guideline:** complete summary [Internet]; 2010.

Disponível em: < <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign120.pdf> >. Acesso em: 15 setembro 2015.

SEIDEL, A.C.; BELCZAK, C.E.Q.; CAMPOS, M.B et al. The impact of obesity on venous insufficiency. **Phlebology**. v. 30, n. 7, p. 475-480, 2015.

SILVA, D. C. et al. Experiências construídas no processo de viver com a úlcera venosa. **Cogitare Enfermagem**, v.20; n.1; 2015.

SILVA, D.C. et al . Influência das redes sociais no itinerário terapêutico de pessoas acometidas por úlcera venosa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 35, n. 3, p. 90-96, set. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000300090&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45072>.

SILVA, F.A.A. **Hipertensão arterial sistêmica em paciente com úlcera venosa: investigação como subsídio ao cuidado clínico de Enfermagem em Estomatoterapia**. 2009. 105f. Dissertação (Mestrado em Cuidados clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

SILVA, J.L.A.; LOPES, M.J.M. Educação em saúde a portadores de úlcera varicosa através de atividades de grupo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.27, n. 2, p. 240-250, 2006.

Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. V 95, p. 1-51, 2010.

TEIXEIRA, A.K.S.; SILVA, L.F. Reflexão sobre o cuidado clínico de enfermagem à pessoa com úlcera venosa segundo a Teoria de Imogen King. **Estima**. v.13, n.3, p. 97-101, 2015.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa**. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TONAZIO, C.H.S.; SILVA, R.A. O manejo da úlcera venosa. In: MALAGUTTI W. **Feridas conceitos e atualidade**. São Paulo: Martinari, 2015.

TORRES, G.V.; COSTA, I.K.F.; MEDEIROS, R.K.S. et al. Caracterização das pessoas com úlcera venosa no Brasil e Portugal: estudo comparativo. **Enfermería global**. N. 32. P. 75-87. 2013.

TRANSFERETII, J.A.; ZACHARIAS, R. Ser e cuidar: a ética do cuidado ao cuidado da ética. In: PESSINE, L. **Ética do cuidado**: Entre a exclusão de si e a globalização do todo. São Paulo: santuário, 2010.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ/PPCCLIS. **Regimento do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos da UECE**. Fortaleza, 2014.

VENOUS FORUM OF THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE. BERRIDGE D, BRADBURY AW, DAVIES AH, ET AL. Recommendations for referral and treatment of patients with chronic venous insufficiency of the lower limbs (including varicose veins). **Phlebology**. V. 26, n 3, p. 9-3, 2011.

VIEIRA, L.L.; FREITAS, C.A.S. et al. O idoso e o cuidador familiar: o cuidado domiciliar a luz de Imogene King. **Rev enferm UFPE online**. V.7, n. 9, p. 5500-9, 2013.

VOWDEN K, VOWDEN P. How to Guide: Effective compression therapy. **Wound Essentials**. V.7, n 2, 2005.

WAIMAN, M.A.P. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 691-699, dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400007&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400007>. acesso em 23 out. 2015.

WOLFF, K.; JOHNSON, R.A.A. **Dermatologia de Fitzpatrick atlas e texto**. 6 ed. Porto alegre: AMGH, 2011.

WOO; K.Y.; SIBBALD, R.G. The improvement of wound-associated pain and healing trajectory with a comprehensive foot and leg ulcer care model. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. San Antonio, Texas. v. 36, n.2, p.184-91. 2009.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: La infección de las heridas en la práctica clínica. Consenso internacional. London: MEP Ltd, 2008. Disponible de www.mepltd.co.uk

Yamada BFA. Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2001. 175 p.
YAMADA, B.F.A et al. Competências do Enfermeiro Estomaterapeuta (ET) ou do Enfermeiro Pós-graduado em Estomaterapia (PGET). **Rev Estima**. v. 6, n. 1, p. 33-43, 2008.

YAMADA, B.F.A.; SANTOS, VLCV. Quality of life of individuals with chronic venous ulcers. **Wounds**. V.7, n7, 2005.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

Registro Meta-Orientado de Enfermagem (RMOE) - Modelo de King

LEVANTAMENTO DE DADOS DO PACIENTE

Dados referentes ao sistema pessoal
Nº de identificação: P_____
1. Idade: _____ anos 2. Sexo: () M () F 3. Procedência: _____ 4. Escolaridade: () Analfabeto () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau () Pós-graduação 5. Estado Civil: () Casado(a) () não casado(a) 6. Tem filho(s): () Não () Sim. Quantos? _____ 7. Religião: () Católico () não católico 8. Naturalidade: _____
1. Renda: _____ salários 2. Quem contribui com a renda familiar: () paciente () cônjuge () filho(s) () outros 3. Número de pessoas que residem com o paciente: _____
Dados relacionado a IVC 1. Tempo de diagnóstico de IVC: _____ 2. Encaminhamento ao ambulatório: _____ 3. Tempo de acompanhamento ambulatorial: _____ 4. Internações anteriores: _____ 5. Tratamento medicamentoso: Sim () Não () Se Sim, que medicamentos toma e horários? _____ 6. Fatores de risco () História familiar de doença venosa () História ou suspeita de TVP () Obesidade () Cirurgia venosa prévia () Veias varicosas () Cardiopatias _____ () cirurgia ou fratura da perna () AVC () Atividades de trabalho que requerem longos períodos de pé ou sentado () Outros: _____ 7. Faz uso de terapia compressiva? Sim () Não () Se Sim, que tipo? _____ Obs: _____

Obs: _____

8. Resultado de doppler. ___/___/___.

Resultado dos últimos exames laboratoriais:

Data: ___/___/___

() Hemograma () Hemoglobina: ___ g% () Glicemia: ___ g%

() Albumina Sérica: ___ g% () Outros: _____

Obs: _____

Obs: _____

Formulário para avaliação da ferida

Data: ___/___/___.

1° Encontro

Localização da Ferida:



Dimensões:

Perna Direita - Largura: ___ cm. Comprimento: ___ cm. Profundidade: ___ cm.

Perna Esquerda - Largura: ___ cm. Comprimento: ___ cm. Profundidade: ___ cm.

Obs: _____

Obs: _____

() Ferida de espessura parcial: epiderme/ derme

() Ferida de espessura total: exposição óssea / muscular/ fásia/tendão.

Aspecto:

() Necrose de coagulação/úmida ou seca ___%

() Necrose de liquefação ___%

() Tecido de granulação ___%

() Hipergranulação ___%

() Tecido de reepitelização

Borda regular / irregular / firme/ descoladas

Outros:_____.

Desbridamento:

Instrumental Mecânico Autolítico outro: _____.

Odor:

Inodoro Fétido

Exsudato /Aspecto:

Abundante Moderado Leve Ausente

Seroso Purulento Pio-sanguinolento

Sanguinolento Sero-sanguinolento Esverdeado

Marrom Outro:_____.

Pele adjacente:

Íntegra Sinais flogísticos Bolhas Macerada Ressecada

Lipodermatosclerose Edema Telangectasia Veia varicosa

Pigmentação Eczema de estase Atrofia branca Celulite ou

erisipela Coroa flebectásica Outra _____.

Terapêutica:

Hidrocolóide Hidrogel Papaína ___% Tela não aderente

Alginato cálcio Cavilon creme/spray Bota de unha

Espuma AGE Hidrofibra com prata

Sulfadiazina de prata Outro: _____

Foto:

APÊNDICE B - Entrevista

Sistema pessoal <u>Conceitos: Imagem corporal ; Tempo</u>
1. Como é viver com úlcera venosa?

Dados referentes ao sistema interpessoal <u>Conceitos: interação; comunicação; transação</u>
1. O que você sabe sobre o cuidado com a ferida? 2. De quem recebeu informações sobre os cuidados com a sua ferida?

Dados referentes ao sistema social <u>Conceito: tomada de decisão</u>
1. O que você tem feito para melhorar a sua saúde. E o que nós podemos pensar para melhorar?

APÊNDICE C - Modelo do processo de implementação dos cuidados de enfermagem – Plano de cuidados de enfermagem individual

LISTA DE PROBLEMAS	LISTA DE METAS	INTERVENÇÕES	AVALIAÇÃO FINAL DAS METAS
1.	1.	•	1. <input type="radio"/> Total <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Não
2.	1.	•	1. <input type="radio"/> Total <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Não
3.	1.	•	1. <input type="radio"/> Total <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Não
	2.		2. <input type="radio"/> Total <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Não
4.	1.	•	1. <input type="radio"/> Total <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Não
5.	1.	•	1. <input type="radio"/> Total <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Não
6.	1.	•	1. <input type="radio"/> Total <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Não

● Total ● Parcial ● Não

APÊNDICE F - Análise de Conteúdo Segundo Bardin

Número de UR (total): 333

INVENTÁRIO - UNIDADES DE REGISTRO

1. Eu não me conformo [*com a ferida*]. P1
2. [*Eu*] tinha minha vida normal. P1
3. [*Eu*] trabalhava. P1
4. [*Eu*] ajudava em casa. P1
5. [*Eu*] hoje vivo esperando por boa vontade dos outros para me ajudar. P1
6. Já levei nome de perna podre. P1
7. Meu esposo mesmo já disse que a minha perna estava com mau cheiro quando entrava em casa. P1
8. Eu não gosto de me lembrar disso [*preconceito*], porque doe, dentro da pessoa. P1
9. Já estou com ele [*esposo*] mais de 30 anos. P1
10. A gente [*paciente e esposo*] se da bem, não no começo porque vivia com uma e outra e começava a dizer as coisas comigo, aí eu me sentia atingida porque nunca tinha me achado nessa situação. P1
11. Coisa que nunca esperei por ninguém e hoje eu vivo esperando pelos outros. P1
12. O INSS não dá essas coisas [*materiais de curativos*] para gente. P1
13. Já dei entrada no INSS e agora recente uma mulher [*advogada*] disse que ia me ajudar, mas aí como ela pediu o papel de saída do hospital quando tive aqui [*internada*], faz tempo e eu não sei onde eu coloquei. P1
14. Eu ia até pedi para vocês aqui e o laudo médico, mas nunca dá tempo eu pedir porque o atendimento e uma loucura, não dá para a gente [*enfermeira e paciente*] conversar. P1
15. Aí eu fui liguei para ela [*advogada*] e disse que não tinha conseguido nada [*laudo de acompanhamento ambulatorial*]. P1
16. Essa moça que vai me ajudar é advogada do INSS. P1
17. Só esse documento [*laudo de acompanhamento ambulatorial*] que ela [*advogada*] quer. P1

18. O que ela [advogada] diz é que o que vale é o laudo da [enfermeira] estomaterapeuta. P1
19. De primeiro eu chorava muito. P1
20. Clamava muito a Deus porque ele tinha me dado isso aí [a doença]. P1
21. Aí a minha mãe quando era viva ela dizia que Deus da [a doença] para ver a paciência. P1
22. Logo no início eu tive aquela ferida feia no meio da perna, aí sarou. P1
23. Aí uma mulher disse que ela [ferida] não tinha sarado ela tinha descido pra baixo [da perna], e com o tempo ela ia abrir, e abriu mesmo. P1
24. Se fosse pelo menos em outro canto [a ferida]. P1
25. A gente fica sem poder sair no sol quente, terra quente que ela [ferida] fica queimando, arde, e abre tudo de novo. P1
26. Fica sem poder fazer as coisas da gente. Eu varro a casa, lavo roupa, num tem o que fazer, não posso comprar uma máquina. Tenho que fazer as minhas coisas. P1
27. O curativo tem que estar limpo. P1
28. A perna sempre pra cima. P1
29. Tem que manter ela [a ferida] coberta. P1
30. Eu agradeço muito a Deus primeiramente, agradeço a vocês [enfermeiros e médicos] porque antigamente ela [a ferida] não tinha esses cuidados aqui [no ambulatório]. P1
31. Eu não tinha tratamento que eu tenho agora. Graça a Deus eu tenho. P1
32. Não sinto mais o que sentia. Muita dor, queimação, na perna, eu não dormia, tomava de 2 a 3 remédios para dor, para controlar aquela dor que era uma dor insuportável que me tirava do sério. P1
33. Hoje eu agradeço a Deus por que ela [a ferida] vive coberta, vive limpa, de primeiro era cabelo, areia. P1
34. Quando eu ia lavar [a ferida], sempre criava aquela casca e não sarava. P1
35. As pessoas tem preconceito, olha pra você e ficam se torcendo porque a ferida derrama líquido, o pessoal tem nojo. P1
36. A gente se sente que nem um bicho encurralado naquele canto, sem querer sair pra canto nenhum. P1
37. Foram vocês aqui mesmo, do hospital mesmo, que começaram zelar dela [ferida], cobrir ela [ferida], começaram a dar material [de curativo], soro. P1

38. [importante] manter o repouso mesmo. P1
39. Quando ela [*a ferida*] esta assim em crise eu venho aqui e vocês passam remédio. P1
40. Ela [*a ferida*] piora quando eu fico nervosa, com muita raiva aí começa doer, arder, queimar. P1
41. Qualquer coisa que bater ela [*a ferida*] começa a crise. P1
42. No dia que fui ao ônibus uma pessoa bateu e ela [*a ferida*] abriu de novo. P1
43. Ela [*a ferida*] estava saradinha. É uma coisa que a gente não pode nem se animar. P1
44. Eu não me animo mais porque pra mim quando penso que está sarada, abre de novo. P1
45. Eu queria mesmo alcançar o INSS. Se desse certo era outra história. P1
46. A gente fica nervosa porque não sara. P2
47. Só Deus mesmo que me segurar se não já tinha feito era besteira já. P2
48. Fico impaciente. P2
49. E sinto sozinha, sem poder ajudar minha mãe que é doente. P2
50. Ela [*mãe*] mora com minha irmã que já está sem paciência. P2
51. Tem horas a minha irmã se desespera e diz: venham cuidar da mãe de vocês também que eu não aguento mais não. Tem outros filhos também. P2
52. Uma [*irmã*] mora aqui em Messejana que é doente também, e cuida de neto. P2
53. Tem outra irmã que cuida de quatro netos e eu o problema nas pernas. P2
54. Ela [*mãe*] mora no Barroso, se fosse lá [*Maracanaú*] eu poderia até ajudar. P2
55. Não posso pegar em peso e lá na casa dela [*mãe*] tem muito gato. P2
56. Fico desesperada porque não sara de jeito nenhum. P2
57. A ferida voltou a abrir por que foi à calça jeans que arrancou o pedaço. P2
58. Eu fui para o centro sem a meia. Ela [*a meia*] estava muito apertada aí eu não calcei mais, a minha menina foi e comprou outra, aí feri de novo e agora eu estou esperando sarar. Abriu de repente. P2
59. Na igreja o pessoal fica só dizendo as coisas, aí eu falo que estou esperando sarar. P2
60. Espero Deus me curar. P2

61. Eu ia deixar de ser ministra da eucaristia, mas o padre pediu para continuar, não queria servir assim com as pernas doente. P2
62. Tem muita gente que pensa que é coisa que pega. P2
63. Fica difícil para mim, tenho que servir [na igreja], que dar eucaristia aos idosos, vou a pé, mas eu não posso ir para pegar poeira, pegar sol quente não posso, é longe de casa. P2
64. Não posso pegar sol de jeito nenhum que fica logo queimando e ardendo, por isso que [a ferida] infeccionou. P2
65. A minha menina disse que não adianta gastar comigo, por que não paro em casa, aí choro. P2
66. Meus filhos trabalham o dia todo. Eu fico sozinha, eu e minha cachorra. P2
67. Eu sei que tem que repousar, né? P2
68. Alimentação também é importante. Tem que comer peito de frango. P2
69. Noto também que não me dou com carne. Parece que a carne infecciona. Lá em casa os meninos não gostam muito de galinha, tenho que preparar galinha só pra mim. P2
70. Estou achando que a carne inflama, vou deixar de comer carne vermelha. P2
71. Queria até uma nutricionista para passar uma dieta. Eu nunca fui pra nutricionista. P2
72. Eu tenho maior cuidado quando vou lavar a ferida eu lavo bem o banheiro, desinfeto. P2
73. Procuro não fazer o curativo com ninguém por perto. P2
74. Limpo o ambiente. Em tudo passa o álcool e as mãos lavadas todo tempo. P2
75. Também limpo [a ferida] com água benta. P2
76. O curativo eu lavo com água e soro. P2
77. Agora não uso é a luva, mas lavo bem muito a mão. P2
78. Quando estou com a bota procuro não molhar por que tem que tirar imediatamente. Troco só o de fora atadura e a coisa [gaze] que fica em cima da ferida. P2
79. Eu sou exigente com as minhas pernas. P2
80. Eu que cuido [da ferida]. P2
81. Procurado não comer as coisas que vai inflamar, eu tenho pavor, quero que sare né. P2
82. Evito comer muita coisa. P2

83. Muita coisa que eu gostava não como mais, gordura, coco. P2
84. Tem que me acostumar com a ferida. P2
85. Choro e dá impaciência. P2
86. A minha família me ajuda só materialmente, assim de apoio tão nem aí. P2
87. A minha vida é só de casa para igreja. P2
88. Às vezes meu menino diz como é que a senhora vai ficar boa se não sai da igreja. P2
89. Um dia desse a minha menina me levou até para praia para me divertir. Eu gostei. P2
90. A ferida faz e melhorar [com lazer] porque se eu ficar dentro de casa só pensando na ferida aí é pior. P2
91. A minha meta é só viver bem, ter saúde e paz. P2
92. As coisas estão muito difíceis. Com esse salário. P2
93. Meu filho nunca tem dinheiro quando peço ajuda para comprar material. P2
94. 16 anos com a ferida. P3
95. No começo eu entrei em depressão. P3
96. Eu imaginava de me matar, me enforcar, ficava olhando para as telhas lá em casa, amarrava uma corda, subia em cima da mesa e depois pulava no chão, mas no mesmo instante eu pensava em Deus aí aquele pensamento saía da minha cabeça. P3
97. Eu morava sozinha, tinha minha casinha, mas um doutor, disse que se eu fizesse o tratamento dentro de seis meses eu ficava boa, aí eu peguei e vendi a casa, aluguei uma casa seis meses e fui comprar os materiais que ele queria, que era bota de unna, porque na santa casa não davam, era curativos, alginato, trocou e trocou, o dinheiro se acabou e não fiquei boa. P3
98. Meus filhos nunca me acolheram. P3
99. Agora que eu estou morando com seu zé [amigo] que eles [filhos] estão se aproximando mais. P3
100. Meu filho comprou um aparelho de pressão, comprou aparelho de eu medir a glicemia. P3
101. A gente só vale o que tem. P3
102. Pra eu trocar os curativos nas casas dos outros é um sufoco danado, porque o pessoal tem preconceito. P3

103. Acham [as pessoas] que ela [ferida] é doença contagiosa, fica com nojo, aquilo tudo me deixa contrariada. P3
104. Por causa disso [vergonha] eu fazia o curativo dentro do banheiro, aquilo infeccionava cada vez mais. P3
105. Eu colocava era absorvente nela [na ferida], sem dinheiro, aí foi que aumentou mesmo. P3
106. Eu passava o dia todo sentada no banco de tronco de mangueira que tinha em frente à casa da mulher que eu morava, sentada lá no sol quente, a filha da mulher era legal comigo, mas eu tinha vergonha por que eu sentia que o povo não gostava. P3
107. Em 2009 que eu me internei aqui [no hospital], eu passei um ano não foi nem tanto pelo problema da perna, foi pela moradia, não tinha que viesse me buscar aqui no hospital. Os médicos diziam que não poderia me liberar para o meio da rua. P3
108. Meu irmão tem uma casa tão boa, é professor aposentado, mais não me quer na casa dele não, ele disse que já cuidou de muito doente, do pai, da mãe, agora está cuidando do meu filho, que também está doente. P3
109. Eu superei a ferida pelo fato de achar que estou no canto que posso fazer o curativo sossegada. P3
110. Quando eu estou andando por aí, ou numa fila e uma pessoa fica olhando pro meu pé eu fico logo injuriada de raiva. P3
111. O povo olha [para minha perna] porque são curiosos. P3
112. O pensamento de fazer besteira passou. P3
113. Eu tomo antidepressivo, pego no CAPS, já tive depressão. P3
114. Se eu parar o remédio [antidepressivo], qualquer coisa choro. P3
115. A primeira estomaterapeuta que eu me consultei foi no Maracanaú. Elas que me ensinaram a fazer o curativo, limpava, aí pronto fui aprendendo. P3
116. Recebi informações de cuidados da ferida com a enfermagem. P3
117. A erisipela foi causada porque a diabetes estava alta demais, quando eu me internei ela estava 400 e em dezembro eu extrapolei, comi tudo. P3
118. O que eu tenho feito para melhorar a minha saúde é comer menos. Fechar a boca. P3
119. Eu estava comprando o gás do seu zé [amigo], mas aí ele disse para eu comprar minhas frutas para diabetes não subir. P3

120. A minha meta é ficar boa para trabalhar. P3
121. eu trabalhava de cozinheira. P3
122. Trabalhei em tanto canto bom. Várias peixadas. P3
123. Quando a perna era só inchada dava pra trabalhar. P3
124. Eu lembro quando a ferida abriu, foi em 97, eu ainda estava trabalhando lá na firma, na gráfica. P4
125. Depois de 1997 nunca fechou. P4
126. Meu problema não era na perna, era no pé, a pancada foi primeiro no pé. P4
127. Hoje o pé está praticamente sarado aí o problema se agravou, dessa veia entupida que o médico disse, aí saiu na perna. P4
128. Abriu na perna porque meu trabalho era em pé, passava 15/16 horas em pé. P4
129. Até 2000 eu ainda trabalhei, consegui aposentadoria, foi por idade mesmo. P4
130. No INSS, falavam que não tinha direito, a minha profissão era insalubre e com 25 anos já dava para se aposentar, mas começaram a me jogar para um lado, para o outro, naquele tempo era difícil, pior do que hoje. P4
131. Falavam [no INSS] que eu era muito novo, foi passando o tempo e eu precisava trabalhar mesmo. Está com apenas 2 anos que me aposentei. P4
132. Continuava trabalhando na firma, mesmo com a ferida. P4
133. Quando eu chegava à firma, que a turma [amigos] via que eu estava com curativo, ajudava. P4
134. Trabalhava três, cinco meses e piorava. P4
135. Eu entrei no INSS quando completei o tempo e para conseguir essa aposentadoria eu entrei na justiça, eu não podia mesmo trabalhar. P4
136. Na época eu ganhava dinheiro, eu disse logo pra ele lá [INSS], se eu pudesse trabalhar, eu iria era ganhar dinheiro, não queria esta esmola de INSS, o fato é que eu não posso mesmo, não tenho condições. P4
137. Trabalhava e a ferida piorava. P4
138. Tinha dia que eu podia ir [trabalhar], tinha dia que não porque doía muito [a perna].
139. Todo tempo a perna pendurada, não podia sentar [no trabalho] de forma nenhuma.
140. Não sofri nenhum preconceito não, com isso [ferida] não.

141. Têm aquelas piadinhas, rapaz tu ainda está com essa perna, e eu digo graças a Deus. P4
142. Eu vejo pessoas com braço enrolado, toalha, não mostra, para que isso. P4
143. A minha esposa me ajuda muito, muito tempo juntos, me dar força, por ela eu não fazia nada, só vivia deitado. P4
144. Meus filhos tudo tem a casas deles. Não tem problema nenhum. Tranquilo. O mais novo teve um probleminha, mas tiramos de letra, ele tem 20 anos. P4
145. Minha esposa é muito caseira sabe. Trabalhou muito tempo em uma empresa de ônibus, 19 anos, saia 3hs da manhã e agora quando se aposentou. P4
146. Para sair de casa com ela [esposa] é um sufoco, tem medo de assalto. Ela tem problema de pressão. P4
147. A minha esposa sempre pedia para eu parar de trabalhar, dizia que ia morrer. P4
148. Sempre tive o apoio dela [esposa]. P4
149. Eu que troco meu curativo, eu e ela [esposa] quando ela pode. P4
150. Lavo direitinho com soro aí coloco a pomadinha que estou usando 2x dia, deu resultado. P4
151. Não está sujando muito [o curativo], mas tem horas que suja muito. P4
152. Ela [esposa] disse que molha [o curativo] porque eu ando muito. P4
153. Eu recebi informações [de curativo] da doutora. P4
154. Ela [médica] até disse para fazer uma caminhada devagarinho. P4
155. Eu tento seguir as normas né, não bebo, não fumo. Eu bebia só no final de semana. P4
156. Mas agora está controlada [pressão arterial] direitinho, tomo os remédios, a minha esposa ajuda, da nos horários certinhos. Ela aplica a insulina. P4
157. Recebo [insulina] no posto, mas no momento não tem nada. P4
158. Uma [ferida] que está bem fechada já está com 4 meses, a outra [ferida] está com mais ou menos 3 meses. P5
159. Essa outra [ferida] foi no lugar do ponto que abriu, não está inflamada, já está fechando. P5
160. Eu vou te dizer uma coisa, agora está melhor, mas teve dias que eu não aguentava nem ficar em pé, dói muito mesmo. P5
161. Esses dias estão bem, na vista do que estava, está bem melhor. P5

162. Eu parei de trabalhar no dia que vim internar, botei atestado. P5
163. Trabalhei muito tempo sentindo dor, agora da para voltar. P5
164. Meu patrão e muito bom, ele me entende mais do que ela [patroa].
165. Ela [patroa] vê que quando eu não estou aguentando mesmo, não aguento ficar em pé, não aguento fazer nada ela me entende, diz para deitar, se aquietar e deixar as coisas por fazer. P5
166. Não teve nenhum preconceito não com a minha ferida. P5
167. Eu acordo de manhã, troco meu curativo em casa. Troco no meu quarto mesmo. P5
168. Não sou muito de sair não. Fico mais em casa. P5
169. Tenho meus amigos, às vezes vou comer uma pizza. P5
170. Até agora eu consegui levar tudo numa boa. P5
171. Isso aqui [feridas] e só ter cuidado para ela não tomar sua perna toda, não aumentar. P5
172. Tem que estar com a mão limpa e tomar muito cuidado. P5
173. Quando está muito inflamado, muito aberto eu não aguento e digo que não vou [trabalhar].
174. Eu sei muito pouco [da ferida]. P5
175. Eu sei que quando está assim [inflamada] eu vou ao posto, mas agora está muito difícil que não está tendo atendimento. P5
176. A menina [funcionária do posto] me explica, para tirar o curativo, não deixar a unha encostar. P5
177. Lavar com soro [as feridas] bem lavadinho e colocar alguma pomada que a médica tiver passando, põe e gaze e envolve [a perna] direitinho. P5
178. Não deixar descoberto para não sentar nenhum mosquito, nenhum inseto. P5
179. Eu me alimento bem, comia muito doce, mas quando descobri a diabetes não comi mais. P5
180. Gordura não como, nunca gostei de fritura. P5
181. A médica não falou que a ferida vai e volta, porque já chegou a fechar uma e abri outra do mesmo lado. P5
182. Eu tive só um vermelho na perna, aí foi cicatrizando. P6
183. Uma formiga pegou no pé e feriu de novo. P6
184. Já fui internada duas vezes. P6

- 185.O problema era só em uma perna. P6
- 186.Eu achava que nunca ia ficar boa. P6
- 187.Os ferimentos eram muito profundos. P6
- 188.Tenho esse problema vai completar três anos. P6
- 189.Nesses três anos eu só consegui melhorar depois que fui acompanhada por vocês [*médicos e enfermeiros*] aqui [*no ambulatório*]. P6
190. Depois da limpeza cirúrgica a ferida sarou, mas aí eu engravidei e começou tudo de novo. P6
- 191.Eu acordava cinco da manhã [*para trabalhar*] e só ia dormir quando deus quisesse. P6
192. A ferida passou um ano sarada. P6
- 193.Eu estava dentro do trem, o homem veio com uma bota tacou o pé, sangrou, começou tudo de novo, aí abriu na outra perna. P6
- 194.Eu ainda ia comprar a meia. Se eu tivesse usando a meia, não tinha acontecido isso [*recidiva da ferida*]. P6
- 195.Passei água oxigenada, não cuidei. P6
- 196.Eu estava com uma criança pequena e não podia ir ao médico. P6
- 197.Eu só vim para o hospital quando infeccionou. P6
198. A minha família me ajuda muito. P6
- 199.[*a família*] Diz que o culpado e o meu peso. P6
- 200.Se eu emagrecesse era bem melhor. P6
- 201.Meu marido fica triste, mas graças a Deus a gente vive bem. P6
- 202.Ele [*marido*] não deixa eu fazer nada. P6
- 203.Eu me sinto muito mal de conviver com essa ferida. P6
- 204.Já tive depressão, mas já me sinto melhor. P6
- 205.Estou vendo um pouquinho de resultado [*na cicatrização*]. P6
- 206.Só em ela [*a ferida*] está diminuindo, eu fico mais satisfeita, antes ela aumentava. P6
- 207.Eu já estou voltando a ficar alegre de novo. P6
- 208.As dores que eu estava sentindo. Não conseguia dormir a noite. Graças a Deus sinto pouca dor na perna direita. Estou me sentido melhor. P6
- 209.Meu esposo nunca falou nada, só quer me ajudar. P6
- 210.Ele [*esposo*] diz assim: se vc está com esse problema precisa de esforço seu. P6

211. Emagrecer, se alimentar bem, ter uma vida mais saudável. P6
212. Da primeira que me internei ele [esposo] me acompanhou ao hospital e escutava os enfermeiros dizendo que esse problema era da obesidade. P6
213. Eu só vou à missa no domingo com minha família. P6
214. Eu tenho uma prima que me acompanha e me ajuda demais. P6
215. Eu acho que se eu sair vou andar demais e aumentar o meu problema por isso não saio de casa. P6
216. Eu só vou conseguir respirar um pouco no dia que eu ficar boa. P6
217. Graças a deus eu convido com muita gente, não falta alegria na minha casa. P6
218. Eu sinto vergonha porque é o tempo todo com as pernas enfaixadas. P6
219. Eu era normal. P6
220. Uso mais calça e vestido. P6
221. Lá onde eu moro tem muito inseto, aí tenho medo de picada. P6
222. Tem que limpar bastante a ferida. P6
223. Eu faço o curativo dentro do meu quarto, depois de limpo. Fico em cima da cama. P6
224. Às vezes minha prima faz [o curativo], às vezes meu marido. P6
225. A minha perna é pesada eu não consigo fazer [o curativo] só. P6
226. Meu marido toma banho, lava as mãos antes de fazer [o curativo]. P6
227. Faço [o curativo] todos os dias. Antes era duas vezes [ao dia]. P6
228. Agora está molhando [o curativo de exsudato] porque está irritado. Inflamou. P6
229. Eu só recebi informações do cuidados [com as feridas] aqui mesmo, com vocês. P6
230. A minha irmã também fala muito. Ele é enfermeira, só que trabalha muito, não tem mais tempo. P6
231. Se ela [irmã] tivesse perto de mim eu não estava mais doente. P6
232. Tudo é o cuidado maior. Porque aquilo que limpa, bota o soro, passa a pomada e enrola, não confio. Acho que tem que ser um curativo melhor. P6
233. Para melhorar a minha saúde estou cuidando da alimentação. Só isso. Tirei sal, gordura, refrigerantes. P6
234. Tenho mais repouso nas pernas. P6
235. Passo mais hora com as pernas levantadas. P6

236. Dou uma volta no campo de futebol uma vez ao dia. P6
237. Quando amanhece o dia eu já faço o curativo. P6
238. Quando tem alguém [para ajudar] eu faço [o curativo] bem feito. P6
239. Eu comprei sabão [clorexidina degermante] para limpar, o mesmo [sabão] que tem aqui. P6
240. Limpo só ao redor [da ferida]. P6
241. Usamos luva na hora do curativo. P6
242. Não faz muito tempo que consegui o auxílio doença. P7
243. Eu não posso trabalhar, tenho que ficar deitada com as pernas pra cima. P7
244. Fui no INSS pelejei, não consegui. P7
245. A Dra. médica me deu o relatório para ir no INSS, aí eu tenho uma amiga que tem um advogado e conseguiu me encaixar. P7
246. Eu agradeço a Deus porque se não fosse isso [INSS] como era que eu estava, preciso comprar meu material. P7
247. Recebo um salário. P7
248. Na minhas contas já esta bem com 10 anos ou mais com essa ferida. P7
249. Eu fiz minha cirurgia na santa casa, foi uma raspagem [desbridamento]. P7
250. Bati [a perna] em um tijolo e formou a ferida. P7
251. Lá no posto tem uma enfermeira que e amiga da Dra. aí me enviou para cá [ambulatório] para ser acompanhada. P7
252. As minhas pernas eram boas. P7
253. Os médicos queria cortar minha perna, mas não deixei, aí fizeram só a limpeza [da ferida]. P7
254. Era feia [a ferida] dava para ver o osso. P7
255. Os médicos disseram que não dava para fazer o enxerto. P7
256. Passaram [os médicos] só pomada para encher [a ferida], mas nunca sarou total. P7
257. Quando dava para ver osso, eu não aguentava ver o curativo, virava a cabeça, não queria ver. P7
258. Pelo meu gosto eu já tinha ficado era boa. P7
259. Tem dias que da vergonha de sair de casa. P7
260. O pessoal fica olhando [para o curativo]. P7
261. Meus filhos me mandam arranjar namorado, eu não, tenho e vergonha. P7
262. Eu quero me arrumar para ficar bonita. P7

263. Eu tenho vergonha da minha perna. P7
264. Eu adoro som, televisão, cuidado da minha neta em casa. P7
265. Eu fico triste assim, porque perdi minha mãe e agora meu pai está doente. E vou ficar só no mundo, sem eles dois. Ele [pai] fez 90 anos. Fizemos o aniversário dele. Ele [pai] é muito engraçado. P7
266. Não sou de sair muito não. P7
267. Eu gosto de sair só para igreja. P7
268. Uso calça comprida às vezes bermudas. P7
269. Eu queria ficar boa. P7
270. Eu não sou ruim, já fiz muita bondade. P7
271. Eu não tenho que comer coisa reimosa. P7
272. Fazer sempre o curativo, estar no cantinho limpo. P7
273. Ficar com a perna para cima. P7
274. Quem me deu essas informações [sobre os curativos] foi no posto, tem as palestras lá. P7
275. Não pode fazer o curativo com as mãos sujas. A agente de saúde que diz. P7
276. Eu fazia curativo no posto, mas agora não tem nada. P7
277. A Dra. disse que eu tivesse cuidado, lavar, deixar sempre limpo [o curativo]. P7
278. Deixar de comer besteira. Comer verdura, caldo de feijão. P7
279. Pelejo para acompanhar o que elas [enfermeira, médica] dizem. P7
280. Às vezes a gente fica tão pra baixo. P7
281. Está bem melhor [a ferida], as vistas que estava. P7
282. Eu quero que você [enfermeira] faça a minha perna ficar boa. P7
283. Eu tenho tanta vontade de calçar um sapatinho. P7
284. Só posso usar chinela havaiana. P7
285. De primeiro eu estava mais triste. Mas agora não, conversando eu estou melhor. P7
286. Desde 2012 que sou acompanhado aqui neste hospital. P8
287. Eu tenho problema de visão, tenho que operar, é ruim para fazer o curativo, enxergo pouco. P8
288. Eu piorei depois que tomei um remédio, deu problema no meu coração, agitado, pressão alta e atacou a vista, aí eu parei de tomar. P8

289. Minha filha me ajuda muito, ela ler as coisas pra mim, e meu braço direito.
P8
290. Eu faço alguns exercícios em cima da cama. P8
291. Eu vivo com o auxílio doença. Um salário. P8
292. Moro com seis pessoas na minha casa, tudo irmãos. P8
293. Eu descobri a doença em 2003 e o médico deu como lúpus. Mas eu fiz um exame completo e não tenho lúpus, tenho artrite e artrose. P8
294. Começou com uma ferida pequenininha. P8
295. Depois que o médico mexeu, ela [ferida] abriu mais e ficou na perna quase toda. P8
296. Fiquei em acompanhamento em outro hospital, vi que não tinha resultado e vim pra cá. P8
297. Fechou total uma vez, mas trabalhando eu levei uma queda, bati a perna em um fogão industrial, ficou roxo e abriu de novo. P8
298. Trabalhei de cozinheiro 40 anos em pé. P8
299. Eu já me internei para limpeza da perna, também por infecção e anemia. P8
300. Qual o melhor suco para eu tomar para sarar a ferida? P8
301. Eu estou quase uma semana que não tomo meus remédios porque a receita venceu, não consigo falar com a médica para renovar. P8
302. Todo dia eu uso a faixa elástica. P8
303. Este mês eu preciso de uma consulta médica porque já tenho que coletar de novo [hemograma] para controle da anemia.
304. Eu como pouco. P8
305. Moro na casa dos outros. P8
306. Se eu tivesse morando só fazia tudo direitinho, não gosto de pedir nada a ninguém. P8
307. Não gosto de incomodar meus irmãos. P8
308. Meu filho sempre me trás [ao ambulatório], se viesse de ônibus eram três ônibus. P8
309. Quando ele [filho] não pode [trazer ao ambulatório], eu pago um carro de 40 reais pra vir. P8
310. Eu gasto muito dinheiro com material de curativo. P8
311. A minha perna incha quando fico sentado. P8
312. A minha expectativa é de ficar bom né. P8

313. A gente quer ir para os lugares [*lazer*] não pode. P8
314. Às vezes quero ir lá para praia, mas não me dou com a maresia. P8
315. Quando vou pra lá [*praia*] tenho que fazer o curativo, é ruim. P8
316. Meu primo tem um restaurante lá [*praia*], aí ele tem uma casa que tem tudo, piscina, mas não posso entrar. P8
317. Fico aqui no meu cantinho, quieto mesmo. P8
318. Eu só ando de calça comprida, justamente para ninguém perguntar. P8
319. Só uso bermuda dentro de casa. P8
320. Minha perna dói, por isso ando com a Moleta. P8
321. Eu tenho mais força na perna que é doente por isso piora a ferida. P8
322. Graça a Deus nunca tive depressão. P8
323. Apesar de tudo sou alegre. P8
324. Tenho um irmão que bebe muito. Ele não quer procurar tratamento. P8
325. Eu sei que tem que ter higiene. P8
326. Eu sei que tem que se alimentar bem. P8
327. No momento estou me alimentando bem não. P8
328. Eu que troco meu curativo. P8
329. Eu filmo a ferida e olho se está bem e depois apago. P8
330. Depois do banho. Jogo soro. Eu coloco a pomada na gaze. P8
331. Eu troco [*o curativo*] todo dia. P8
332. Uma médica me ensinou a colocar açúcar [*na ferida*], mas eu sentia dor e tomava remédio. Ela sangrava. P8
333. Eu vou começar agora a me alimentar bem. P8

DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTRO RELACIONADAS ÀS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.

Codificação	Categorias	Subcategorias	Unidades de Registros
SP	<u>Sistema pessoal (SP)</u>	Crescimento pessoal no enfrentamento do cotidiano com a ferida (SPCPECF)	<ol style="list-style-type: none"> 1. O curativo tem que estar limpo. P1 2. A perna sempre pra cima. P1 3. Tem que manter ela [<i>a ferida</i>] coberta. P1 4. [importante] manter o repouso mesmo. P1 5. A gente fica sem poder sair no sol quente, terra quente que ela [<i>ferida</i>] fica queimando, arde, e abre tudo de novo. P1 6. Qualquer coisa que bater ela [<i>a ferida</i>] começa a crise. P1 7. No dia que fui ao ônibus uma pessoa bateu e ela [<i>a ferida</i>] abriu de novo. P1 8. Não posso pegar sol de jeito nenhum que fica logo queimando e ardendo, por isso que [<i>a ferida</i>] infeccionou. P2 9. Eu sei que tem que repousar, né? P2 10. Eu tenho maior cuidado quando vou lavar a ferida eu lavo bem o banheiro, desinfeto. P2 11. Limpo o ambiente. Em tudo passa o álcool e as mãos lavadas todo tempo. P2 12. O curativo eu lavo com água e soro. P2 13. Agora não uso é a luva, mas lavo bem muito a mão. P2 14. Quando estou com a bota procuro não molhar por que tem que tirar imediatamente. Troco só o de fora atadura e a coisa [<i>gaze</i>] que fica em cima da ferida. P2 15. Eu que cuido [<i>da ferida</i>]. P2 16. A ferida voltou a abrir por que foi à calça jeans que arrancou o pedaço. P2 17. Eu fui para o centro sem a meia. Ela [<i>a meia</i>] estava muito apertada aí eu não calcei mais, a minha menina foi e comprou outra, aí feri de novo e agora eu estou esperando sarar. Abriu de repente. P2 18. Alimentação também é importante. Tem que comer peito de frango. P2 19. Noto também que não me dou com carne. Parece que a carne infecciona. Lá em casa os meninos não gostam muito de galinha, tenho que preparar galinha só pra mim. P2 20. Estou achando que a carne inflama, vou deixar de comer carne vermelha. P2 21. Queria até uma nutricionista para passar uma dieta. Eu nunca fui pra nutricionista. P2 22. Procurado não comer as coisas que vai inflamar, eu tenho pavor, quero que sare né. P2 23. Evito comer muita coisa. P2 24. Muita coisa que eu gostava não como mais, gordura, coco. P2 25. Eu colocava era absorvente nela [<i>na ferida</i>], sem dinheiro, aí foi que aumentou mesmo. P3 26. A erisipela foi causada porque a diabetes estava alta demais, quando eu me internei ela estava 400 e em dezembro eu extrapolei, comi tudo. P3

			<p>27. O que eu tenho feito para melhorar a minha saúde é comer menos. Fechar a boca. P3</p> <p>28. Lavo direitinho com soro aí coloco a pomadinha que estou usando 2xdia, deu resultado. P4</p> <p>29. Não está sujando muito [<i>o curativo</i>], mas tem horas que suja muito. P4</p> <p>30. Abriu na perna porque meu trabalho era em pé, passava 15/16 horas em pé. P4</p> <p>31. Eu acordo de manhã, troco meu curativo em casa. Troco no meu quarto mesmo. P5</p> <p>32. Isso aqui [<i>feridas</i>] e só ter cuidado para ela não tomar sua perna toda, não aumentar. P5</p> <p>33. Tem que estar com a mão limpa e tomar muito cuidado. P5</p> <p>34. Eu sei muito pouco [<i>da ferida</i>]. P5</p> <p>35. Lavar com soro [<i>as feridas</i>] bem lavadinho e colocar alguma pomada que a médica tiver passando, põe e gaze e envolve [<i>a perna</i>] direitinho. P5</p> <p>36. Não deixar descoberto para não sentar nenhum mosquito, nenhum inseto. P5</p> <p>37. Essa outra [<i>ferida</i>] foi no lugar do ponto que abriu, não está inflamada, já está fechando. P5</p> <p>38. Eu me alimento bem, comia muito doce, mas quando descobri a diabetes não comi mais. P5</p> <p>39. Gordura não como, nunca gostei de fritura. P5</p> <p>40. Lá onde eu moro tem muito inseto, aí tenho medo de picada. P6</p> <p>41. Tem que limpar bastante a ferida. P6</p> <p>42. Eu faço o curativo dentro do meu quarto, depois de limpo. Fico em cima da cama. P6</p> <p>43. A minha perna é pesada eu não consigo fazer [<i>o curativo</i>] só. P6</p> <p>44. Meu marido toma banho, lava as mãos antes de fazer [<i>o curativo</i>]. P6</p> <p>45. Faço [<i>o curativo</i>] todos os dias. Antes era duas vezes [<i>ao dia</i>]. P6</p> <p>46. Agora esta molhando [<i>o curativo de exsudato</i>] porque está irritado. Inflamou. P6</p> <p>47. Tenho mais repouso nas pernas. P6</p> <p>48. Passo mais hora com as pernas levantadas. P6</p> <p>49. Dou uma volta no campo de futebol uma vez ao dia. P6</p> <p>50. Quando amanhece o dia eu já faço o curativo. P6</p> <p>51. Quando tem alguém [<i>para ajudar</i>] eu faço [<i>o curativo</i>] bem feito. P6</p> <p>52. Eu comprei sabão [<i>clorexidina degermante</i>] para limpar, o mesmo [<i>sabão</i>] que tem aqui. P6</p> <p>53. Limpo só ao redor [<i>da ferida</i>]. P6</p> <p>54. Usamos luva na hora do curativo. P6</p> <p>55. Uma formiga pegou no pé e feriu de novo. P6</p> <p>56. Já fui internada duas vezes. P6</p> <p>57. Depois da limpeza cirúrgica a ferida sarou, mas aí eu engravidei e começou tudo de novo. P6</p> <p>58. Eu estava dentro do trem, o homem veio com uma bota tacou o pé, sangrou, começou tudo de novo, aí abriu na outra perna. P6</p> <p>59. Eu ainda ia comprar a meia. Se eu tivesse usando a meia, não tinha acontecido isso [<i>recidiva da ferida</i>]. P6</p> <p>60. Passei água oxigenada, não cuidei. P6</p>
--	--	--	---

			<p>61. Eu estava com uma criança pequena e não podia ir ao médico. P6</p> <p>62. Eu só vim para o hospital quando infeccionou. P6</p> <p>63. Se eu emagrecesse era bem melhor. P6</p> <p>64. Emagrecer, se alimentar bem, ter uma vida mais saudável. P6</p> <p>65. Para melhorar a minha saúde estou cuidando da alimentação. Só isso. Tirei sal, gordura, refrigerantes. P6</p> <p>66. Fazer sempre o curativo, estar no cantinho limpo. P7</p> <p>67. Ficar com a perna para cima. P7</p> <p>68. Bati [a perna] em um tijolo e formou a ferida. P7</p> <p>69. Eu não tenho que comer coisa reimososa. P7</p> <p>70. Deixar de comer besteira. Comer verdura, caldo de feijão. P7</p> <p>71. Eu tenho problema de visão, tenho que operar, é ruim para fazer o curativo, enxergo pouco. P8</p> <p>72. Eu faço alguns exercícios em cima da cama. P8</p> <p>73. Todo dia eu uso a faixa elástica. P8</p> <p>74. Minha perna dói, por isso ando com a Moleta. P8</p> <p>75. Eu sei que tem que ter higiene. P8</p> <p>76. Eu que troco meu curativo. P8</p> <p>77. Eu fito a ferida e olho se está bem e depois apago. P8</p> <p>78. Depois do banho. Jogo soro. Eu coloco a pomada na gaze. P8</p> <p>79. Eu troco [o curativo] todo dia. P8</p> <p>80. Depois que o médico mexeu, ela [ferida] abriu mais e ficou na perna quase toda. P8</p> <p>81. Fechou total uma vez, mas trabalhando eu levei uma queda, bati a perna em um fogão industrial, ficou roxo e abriu de novo. P8</p> <p>82. A minha perna incha quando fico sentado. P8</p> <p>83. Eu tenho mais força na perna que é doente, por isso piora a ferida. P8</p> <p>84. Qual o melhor suco para eu tomar para sarar a ferida? P8</p> <p>85. Eu como pouco. P8</p> <p>86. Eu sei que tem que se alimentar bem. P8</p> <p>87. No momento estou me alimentando bem não. P8</p> <p>88. Eu vou começar agora a me alimentar bem. P8</p>
--	--	--	---

		<p>Percepções sobre o adoecimento e rotina com a ferida (SPPARF)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu não me conformo [<i>com a ferida</i>]. P1 2. [<i>Eu</i>] tinha minha vida normal. P1 3. [<i>Eu</i>] trabalhava. P1 4. [<i>Eu</i>] ajudava em casa. P1 5. [<i>Eu</i>] hoje vivo esperando por boa vontade dos outros para me ajudar. P1 6. Coisa que nunca esperei por ninguém e hoje eu vivo esperando pelos outros. P1 7. Clamava muito a Deus porque ele tinha me dado isso aí [<i>a doença</i>]. P1 8. Fica sem poder fazer as coisas da gente. Eu varro a casa, lavo roupa, num tem o que fazer, não posso comprar uma máquina. Tenho que fazer as minhas coisas. P1 9. Quando eu ia lavar [<i>a ferida</i>], sempre criava aquela casca e não sarava. P1 10. Ela [<i>a ferida</i>] piora quando eu fico nervosa, com muita raiva aí começa doer, arder, queimar. P1 11. Ela [<i>a ferida</i>] estava saradinha. É uma coisa que a gente não pode nem se animar. P1 12. Eu não me animo mais porque pra mim quando penso que está sarada, abre de novo. P1 13. De primeiro eu chorava muito. P1 14. Não sinto mais o que sentia. Muita dor, queimação, na perna, eu não dormia, tomava de 2 a 3 remédios para dor, para controlar aquela dor que era uma dor insuportável que me tirava do sério. P1 15. Hoje eu agradeço a Deus por que ela [<i>a ferida</i>] vive coberta, vive limpa, de primeiro era cabelo, areia [<i>na lesão</i>]. P1 16. Eu sou exigente com as minhas pernas. P2 17. A ferida faz é melhorar [<i>com lazer</i>] porque se eu ficar dentro de casa só pensando na ferida aí é pior. P2 18. A minha meta e só viver bem, ter saúde e paz. P2 19. A gente fica nervosa porque não sara. P2 20. Só Deus mesmo que me segurar se não já tinha feito era besteira já. P2 21. Fico impaciente. P2 22. Fico desesperada porque não sara de jeito nenhum. P2 23. Tem que me acostumar com a ferida. P2 24. Choro e dá impaciência. P2 25. No começo eu entrei em depressão. P3 26. Eu imaginava de me matar, me enforcar, ficava olhando para as telhas lá em casa, amarrava uma corda, subia em cima da mesa e depois pulava no chão, mas no mesmo instante eu pensava em Deus aí aquele pensamento saia da minha cabeça. P3 27. A gente só vale o que tem. P3 28. Se eu parar o remédio [<i>antidepressivo</i>], qualquer coisa choro. P3 29. O pensamento de fazer besteira passou. P3 30. A minha meta é ficar boa para trabalhar. P3
--	--	---	--

			<p>31. Eu superei a ferida pelo fato de achar que estou no canto que posso fazer o curativo sossegada. P3</p> <p>32. Eu vou te dizer uma coisa, agora está melhor, mas teve dias que eu não aguentava nem ficar em pé, dói muito mesmo. P5</p> <p>33. Não sou muito de sair não. Fico mais em casa. P5</p> <p>34. Esses dias estão bem, na vista do que estava, está bem melhor. P5</p> <p>35. Tenho meus amigos, às vezes vou comer uma pizza. P5</p> <p>36. Até agora eu consegui levar tudo numa boa. P5</p> <p>37. O problema era só em uma perna. P6</p> <p>38. Eu achava que nunca ia ficar boa. P6</p> <p>39. Eu me sinto muito mal de conviver com essa ferida. P6</p> <p>40. Já tive depressão, mas já me sinto melhor. P6</p> <p>41. Eu acho que se eu sair vou andar demais e aumentar o meu problema por isso mão saio de casa. P6</p> <p>42. Eu só vou conseguir respirar um pouco no dia que eu ficar boa. P6</p> <p>43. Eu era normal. P6</p> <p>44. Tudo é o cuidado maior. Porque aquilo que limpa, bota o soro, passa a pomada e enrola, não confio. Acho que tem que ser um curativo melhor. P6</p> <p>45. Estou vendo um pouquinho de resultado [na cicatrização]. P6</p> <p>46. Só em ela [a ferida] está diminuindo, eu fico mais satisfeita, antes ela aumentava. P6</p> <p>47. Eu já estou voltando a ficar alegre de novo. P6</p> <p>48. As dores que eu estava sentindo. Não conseguia dormir a noite. Graças a Deus sinto pouca dor na perna direita. Estou me sentido melhor. P6</p> <p>49. As minhas pernas eram boas. P7</p> <p>50. Os médicos queria cortar minha perna, mas não deixei, aí fizeram só a limpeza [da ferida]. P7</p> <p>51. Pelo meu gosto eu já tinha ficado era boa. P7</p> <p>52. Não sou de sair muito não. P7</p> <p>53. Às vezes a gente fica tão pra baixo. P7</p> <p>54. Eu tenho tanta vontade de calçar um sapatinho. P7</p> <p>55. Só posso usar chinela havaiana. P7</p> <p>56. Eu quero me arrumar para ficar bonita. P7</p> <p>57. Eu queria ficar boa. P7</p> <p>58. Eu não sou ruim, já fiz muita bondade. P7</p> <p>59. Pelejo para acompanhar o que elas [enfermeira, médica] dizem. P7</p> <p>60. Está bem melhor [a ferida], as vistas que estava. P7</p> <p>61. Eu piorei depois que tomei um remédio, deu problema no meu coração, agitado, pressão alta e atacou a vista, aí eu parei de tomar. P8</p>
--	--	--	--

			<p>62. Moro na casa dos outros. P8 63. Se eu tivesse morando só fazia tudo direitinho, não gosto de pedir nada a ninguém. P8 64. Eu gasto muito dinheiro com material de curativo. P8 65. A gente quer ir para os lugares [<i>Jazer</i>] não pode. P8 66. Às vezes quero ir lá para praia, mas não me dou com a maresia. P8 67. Quando vou pra lá [<i>praia</i>] tenho que fazer o curativo, é ruim. P8 68. Meu primo tem um restaurante lá [<i>praia</i>], aí ele tem uma casa que tem tudo, piscina, mas não posso entrar. P8 69. Fico aqui no meu cantinho, quieto mesmo. P8 70. A minha expectativa e de ficar bom né. P8 71. Graça a Deus nunca tive depressão. P8 72. Apesar de tudo sou alegre. P8</p>
		<p>Compressão de imagem corporal (SPIC)</p>	<p>1. Já levei nome de perna podre. P1 2. Eu não gosto de me lembrar disso [<i>preconceito</i>], porque doe, dentro da pessoa. P1 3. Logo no início eu tive aquela ferida feia no meio da perna, aí sarou. P1 4. Uma mulher disse que ela [<i>ferida</i>] não tinha sarado ela tinha descido pra baixo [<i>da perna</i>], e com o tempo ela ia abrir, e abriu mesmo. P1 5. Se fosse pelo menos em outro canto [<i>a ferida</i>]. P1 6. As pessoas tem preconceito, olha pra você e ficam se torcendo porque a ferida derrama líquido [<i>exsudato</i>], o pessoal tem nojo. P1 7. A gente se sente que nem um bicho encurralado naquele canto, sem querer sair pra canto nenhum. P1 8. Na igreja o pessoal fica só dizendo as coisas, aí eu falo que estou esperando sarar. P2 9. Tem muita gente que pensa que é coisa que pega. P2 10. Procuro não fazer o curativo com ninguém por perto. P2 11. Pra eu trocar os curativos nas casas dos outros é um sufoco danado, porque o pessoal tem preconceito. P3 12. Acham [<i>as pessoas</i>] que ela [<i>ferida</i>] é doença contagiosa, fica com nojo, aquilo tudo me deixa contrariada. P3 13. Por causa disso [<i>vergonha</i>] eu fazia o curativo dentro do banheiro, aquilo infeccionava cada vez mais. P3 14. Eu passava o dia todo sentada no banco de tronco de mangueira que tinha em frente à casa da mulher que eu morava, sentada lá no sol quente, a filha da mulher era legal comigo, mas eu tinha vergonha por que eu sentia que o povo não gostava. P3 15. Quando eu estou andando por aí, ou numa fila e uma pessoa fica olhando pro meu pé eu fico logo injuriada de raiva. P3</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 16. O povo olha [<i>para minha perna</i>] porque são curiosos. P3 17. Meu problema não era na perna, era no pé, a pancada foi primeiro no pé. P4 18. Não sofri nenhum preconceito não, com isso [<i>ferida</i>] não. 19. Têm aquelas piadinhas, rapaz tu ainda está com essa perna, e eu digo graças a Deus. P4 20. Eu vejo pessoas com braço enrolado, toalha, não mostra, para que isso. P4 21. Não teve nenhum preconceito não com a minha ferida. P5 22. Eu tive só um vermelho na perna, aí foi cicatrizando. P6 23. Os ferimentos eram muito profundos. P6 24. Eu sinto vergonha porque é o tempo todo com as pernas enfaixadas. P6 25. Uso mais calça e vestido. P6 26. Era feia [<i>a ferida</i>] dava para ver o osso. P7 27. Quando dava para ver osso, eu não aguentava ver o curativo, virava a cabeça, não queria ver. P7 28. Tem dias que da vergonha de sair de casa. P7 29. O pessoal fica olhando [<i>para o curativo</i>]. P7 30. Meus filhos me mandam arranjar namorado, eu não, tenho e vergonha. P7 31. Eu tenho vergonha da minha perna. P7 32. Uso calça comprida às vezes bermudas. P7 33. Começou com uma ferida pequenininha. P8 34. Eu só ando de calça comprida, justamente para ninguém perguntar. P8 35. Só uso bermuda dentro de casa. P8
		<p>Convivência temporal (SPCT)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 16 anos com a ferida. P3 2. Eu lembro quando a ferida abriu, foi em 97, eu ainda estava trabalhando lá na firma, na gráfica. P4 3. Depois de 1997 nunca fechou. P4 4. Uma [<i>ferida</i>] que está bem fechada já está com 4 meses, a outra [<i>ferida</i>] está com mais ou menos 3 meses. P5 5. Tenho esse problema vai completar três anos. P6 6. A ferida passou um ano sarada. P6 7. Na minhas contas já esta bem com 10 anos ou mais com essa ferida. P7 8. Desde 2012 que sou acompanhado aqui neste hospital. P8 9. Eu descobri a doença em 2003 e o médico deu como lúpus. Mas eu fiz um exame completo e não tenho lúpus, tenho artrite e artrose. P8

SI	<u>Sistema interpessoal (SI)</u>	Interação familiar (SIIF)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Já estou com ele [esposo] mais de 30 anos. P1 2. A minha mãe quando era viva ela dizia que Deus dá [a doença] para ver a paciência. P1 3. Meu esposo mesmo já disse que a minha perna estava com mau cheiro quando entrava em casa. P1 4. A gente [paciente e esposo] se da bem, não no começo porque vivia com uma e outra e começava a dizer as coisas comigo, aí eu me sentia atingida porque nunca tinha me achado nessa situação. P1 5. Um dia desse a minha menina me levou até para praia para me divertir. Eu gostei. P2 6. Me sinto sozinha, sem poder ajudar minha mãe que é doente. P2 7. Ela [mãe] mora com minha irmã que já está sem paciência. P2 8. Tem horas a minha irmã se desespera e diz: venham cuidar da mãe de vocês também que eu não aguento mais não. Tem outros filhos também. P2 9. Uma [irmã] mora aqui em Messejana que é doente também, e cuida de neto. P2 10. Tem outra irmã que cuida de quatro netos e eu o problema nas pernas. P2 11. Ela [mãe] mora no Barroso, se fosse lá [Maracanaú] eu poderia até ajudar. P2 12. Não posso pegar em peso e lá na casa dela [mãe] tem muito gato. P2 13. A minha menina disse que não adianta gastar comigo, por que não paro em casa, aí choro. P2 14. Meus filhos trabalham o dia todo. Eu fico sozinha, eu e minha cachorra. P2 15. A minha família me ajuda só materialmente, assim de apoio tão nem aí. P2 16. Às vezes meu menino diz como e que a senhora vai ficar boa se não sai da igreja. P2 17. Meu filho nunca tem dinheiro quando peço ajuda para comprar material. P2 18. Meu filho comprou um aparelho de pressão, comprou aparelho de eu medir a glicemia. P3 19. Eu estava comprando o gás do seu Zé [amigo], mas aí ele disse para eu comprar minhas frutas para diabetes não subir. P3 20. Meus filhos nunca me acolheram. P3 21. Agora que eu estou morando com seu zé [amigo] que eles [filhos] estão se aproximando mais. P3 22. Meu irmão tem uma casa tão boa, é professor aposentado, mais não me quer na casa dele não, ele disse que já cuidou de muito doente, do pai, da mãe, agora está cuidando do meu filho, que também está doente. P3 23. A minha esposa me ajuda muito, muito tempo juntos, me dar força, por ela eu não fazia nada, só vivia deitado. P4 24. Meus filhos tudo tem a casas deles. Não tem problema nenhum. Tranquilo. O mais novo teve um probleminha, mas tiramos de letra, ele tem 20 anos. P4 25. Minha esposa é muito caseira sabe. Trabalhou muito tempo em uma empresa de ônibus, 19 anos, saia 3hs da manhã e agora quando se aposentou. P4 26. Para sair de casa com ela [esposa] é um sufoco, tem medo de assalto. Ela tem problema de
----	----------------------------------	---------------------------	--

			<p>pressão. P4</p> <p>27. A minha esposa sempre pedia para eu parar de trabalhar, dizia que ia morrer. P4</p> <p>28. Sempre tive o apoio dela [esposa]. P4</p> <p>29. Eu que troco meu curativo, eu e ela [esposa] quando ela pode. P4</p> <p>30. Ela [esposa] disse que molha [o curativo] porque eu ando muito. P4</p> <p>31. Mas agora está controlada [pressão arterial] direitinho, tomo os remédios, a minha esposa ajuda, da nos horários certinhos. Ela aplica a insulina. P4</p> <p>32. A minha família me ajuda muito. P6</p> <p>33. Meu marido fica triste, mas graças a Deus a gente vive bem. P6</p> <p>34. Graças a deus eu convivo com muita gente, não falta alegria na minha casa. P6</p> <p>35. Ele [marido] não deixa eu fazer nada. P6</p> <p>36. Meu esposo nunca falou nada, só quer me ajudar. P6</p> <p>37. Ele [esposo] diz assim: se vc está com esse problema precisa de esforço seu. P6</p> <p>38. Eu tenho uma prima que me acompanha e me ajuda demais. P6</p> <p>39. Às vezes minha prima faz [o curativo], às vezes meu marido. P6</p> <p>40. A minha irmã também fala muito. Ele e enfermeira, só que trabalha muito, não tem mais tempo. P6</p> <p>41. Se ela [irmã] tivesse perto de mim eu não estava mais doente. P6</p> <p>42. [a família] Diz que o culpado e o meu peso. P6</p> <p>43. Eu adoro som, televisão, cuidado da minha neta em casa. P7</p> <p>44. Eu fico triste assim, porque perdi minha mãe e agora meu pai está doente. E vou ficar só no mundo, sem eles dois. Ele [pai] fez 90 anos. Fizemos o aniversário dele. Ele [pai] é muito engraçado. P7</p> <p>45. Minha filha me ajuda muito, ela ler as coisas pra mim, e meu braço direito. P8</p> <p>46. Moro com seis pessoas na minha casa, tudo irmãos. P8</p> <p>47. Meu filho sempre me trás [ao ambulatório], se viesse de ônibus eram três ônibus. P8</p> <p>48. Quando ele [filho] não pode [trazer ao ambulatório], eu pago um carro de 40 reais pra vir. P8</p> <p>49. Não gosto de incomodar meus irmãos. P8</p> <p>50. Tenho um irmão que bebe muito. Ele não quer procurar tratamento. P8</p>
		<p>Comunicação terapêutica (SICT)</p>	<p>1. Eu ia até pedi para vocês aqui e o laudo médico, mas nunca dá tempo eu pedir porque o atendimento e uma loucura, não dá para a gente [enfermeira e paciente] conversar. P1</p> <p>2. Eu morava sozinha, tinha minha casinha, mas um doutor, disse que se eu fizesse o tratamento dentro de seis meses eu ficava boa, ai eu peguei e vendi a casa, aluguei uma casa seis meses e fui comprar os materiais que ele queria, que era bota de Unna, porque no hospital X não davam, era curativos, alginato, trocou e trocou, o dinheiro se acabou e não fiquei boa. P3</p> <p>3. A primeira estomaterapeuta que eu me consultei foi no Maracanaú. Elas que me ensinaram a</p>

			<p>fazer o curativo, limpava, aí pronto fui aprendendo. P3</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Recebi informações de cuidados da ferida com a enfermagem. P3 5. Hoje o pé está praticamente sarado aí o problema se agravou, dessa veia entupida que o médico disse, aí saiu na perna. P4 6. Eu tento seguir as normas né, não bebo, não fumo. Eu bebia só no final de semana. P4 7. Eu recebi informações [de curativo] da doutora. P4 8. Ela [médica] até disse para fazer uma caminhada. P4 9. A menina [<i>funcionária do posto</i>] me explica, para tirar o curativo, não deixar a unha encostar. P5 10. A médica não falou que a ferida vai e volta, porque já chegou a fechar uma e abriu outra do mesmo lado. P5 11. Da primeira que me internei ele [<i>esposo</i>] me acompanhou ao hospital e escutava os enfermeiros dizendo que esse problema era da obesidade. P6 12. Eu só recebi informações do cuidados [<i>com as feridas</i>] aqui mesmo, com vocês. P6 13. Os médicos disseram que não dava para fazer o enxerto. P7 14. [<i>Os médicos</i>] passaram só pomada para encher [<i>a ferida</i>], mas nunca sarou total. P7 15. Quem me deu essas informações [<i>sobre os curativos</i>] foi no posto, tem as palestras lá. P7 16. Não pode fazer o curativo com as mãos sujas. A agente de saúde que diz. P7 17. A Dra. disse que eu tivesse cuidado, lavar, deixar sempre limpo [<i>o curativo</i>]. P7 18. Eu quero que você [<i>enfermeira</i>] faça a minha perna ficar boa. P7 19. De primeiro eu estava mais triste. Mas agora não, conversando eu estou melhor. P7 20. Eu estou quase uma semana que não tomo meus remédios porque a receita venceu, não consigo falar com a médica para renovar. P8 21. Este mês eu preciso de uma consulta médica porque já tenho que coletar de novo [<i>hemograma</i>] para controle da anemia. 22. Uma médica me ensinou a colocar açúcar [<i>na ferida</i>], mas eu sentia dor e tomava remédio. Ela sangrava. P8
SS	Sistema social (SS)	Papel do governo e Sistema de saúde (SSPGSS)	<ol style="list-style-type: none"> 1. O INSS não dá essas coisas [<i>materiais de curativos</i>] para gente. P1 2. Já dei entrada no INSS, e agora recente, uma mulher [<i>advogada</i>] disse que ia me ajudar, mas aí como ela pediu o papel de saída do hospital quando tive aqui [<i>internada</i>], faz tempo e eu não sei onde eu coloquei. P1 3. Aí eu fui liguei para ela [<i>advogada</i>] e disse que não tinha conseguido nada [<i>laudo de acompanhamento ambulatorial</i>]. P1 4. Essa moça que vai me ajudar é advogada do INSS. P1 5. Só esse documento [<i>laudo de acompanhamento ambulatorial</i>] que ela [<i>advogada</i>] quer. P1

			<p>6. O que ela [advogada] diz é que o que vale e o laudo da [enfermeira] estomaterapeuta. P1</p> <p>7. Eu queria mesmo era conseguir o INSS. Se desse certo era outra história. P1</p> <p>8. Eu agradeço muito a Deus primeiramente, agradeço a vocês [enfermeiros e médicos] porque antigamente ela [a ferida] não tinha esses cuidados aqui [no ambulatório]. P1</p> <p>9. Eu não tinha tratamento que eu tenho agora. Graça a Deus eu tenho. P1</p> <p>10. Foram vocês aqui mesmo, do hospital mesmo, que começaram zelar dela [ferida], cobrir ela [ferida], começaram a dar material [de curativo], soro. P1</p> <p>11. Quando ela [a ferida] esta assim em crise eu venho aqui e vocês passam remédio. P1</p> <p>12. Em 2009 que eu me internei aqui [no hospital], eu passei um ano não foi nem tanto pelo problema da perna, foi pela moradia, não tinha que viesse me buscar aqui no hospital. Os médicos diziam que não poderia me liberar para o meio da rua. P3</p> <p>13. Eu tomo antidepressivo, pego no CAPS, já tive depressão. P3</p> <p>14. No INSS, falavam que não tinha direito, a minha profissão era insalubre e com 25 anos já dava para se aposentar, mas começaram a me jogar para um lado, para o outro, naquele tempo era difícil, pior do que hoje. P4</p> <p>15. Falavam [no INSS] que eu era muito novo, foi passando o tempo e eu precisava trabalhar mesmo. Está com apenas 2 anos que me aposentei. P4</p> <p>16. Eu entrei no INSS quando completei o tempo e para conseguir essa aposentadoria eu entrei na justiça, eu não podia mesmo trabalhar. P4</p> <p>17. Na época eu ganhava dinheiro, eu disse logo pra ele lá [INSS], se eu pudesse trabalhar, eu iria era ganhar dinheiro, não queria esta esmola de INSS, o fato e que eu não posso mesmo, não tenho condições. P4</p> <p>18. Recebo [insulina] no posto, mas no momento não tem nada. P4</p> <p>19. Eu seu que quando está assim [inflamada] eu vou ao posto, mas agora está muito difícil que não está tendo atendimento. P5</p> <p>20. Nesses três anos eu só consegui melhorar depois que fui acompanhada por vocês [médicos e enfermeiros] aqui [no ambulatório]. P6</p> <p>21. Não faz muito tempo que consegui o auxílio doença. P7</p> <p>22. Fui no INSS pejejei, não consegui. P7</p> <p>23. A Dra. médica me deu o relatório para ir no INSS, aí eu tenho uma amiga que tem um advogado e conseguiu me encaixar. P7</p> <p>24. Eu agradeço a Deus porque se não fosse isso [INSS] como era que eu estava, preciso comprar meu material. P7</p> <p>25. Recebo um salário. P7</p> <p>26. Eu fiz minha cirurgia no hospital X, foi uma raspagem [desbridamento]. P7</p> <p>27. Lá no posto tem uma enfermeira que e amiga da Dra. aí me enviou para cá [ambulatório] para ser acompanhada. P7</p>
--	--	--	--

			<p>28. Eu fazia curativo no posto, mas agora não tem nada. P7</p> <p>29. Eu vivo com o auxílio doença. Um salário. P8</p> <p>30. Fiquei em acompanhamento em outro hospital, vi que não tinha resultado e vim pra cá. P8</p> <p>31. Eu já me internei para limpeza da perna, também por infecção e anemia. P8</p>
		Comportamento laboral (SSCL)	<p>1. As coisas estão muito difíceis. Com esse salário. P2</p> <p>2. Eu trabalhava de cozinheira. P3</p> <p>3. Trabalhei em tanto canto bom. Várias peixadas. P3</p> <p>4. Quando a perna era só inchada dava pra trabalhar. P3</p> <p>5. Até 2000 eu ainda trabalhei, consegui aposentadoria, foi por idade mesmo. P4</p> <p>6. Continuava trabalhando na firma, mesmo com a ferida. P4</p> <p>7. Quando eu chegava à firma, que a turma [<i>amigos</i>] via que eu estava com curativo, ajudava. P4</p> <p>8. Trabalhava três, cinco meses e piorava. P4</p> <p>9. Trabalhava e a ferida piorava. P4</p> <p>10. Tinha dia que eu podia ir [<i>trabalhar</i>], tinha dia que não porque doía muito [<i>a perna</i>].</p> <p>11. Todo tempo a perna pendurada, não podia sentar [<i>no trabalho</i>] de forma nenhuma.</p> <p>12. Eu parei de trabalhar no dia que vim internar, botei atestado. P5</p> <p>13. Trabalhei muito tempo sentindo dor, agora da para voltar. P5</p> <p>14. Meu patrão e muito bom, ele me entende mais do que ela [<i>patroa</i>]. P5</p> <p>15. Ela [<i>patroa</i>] vê que quando eu não estou aguentando mesmo, não aguento ficar em pé, não aguento fazer nada ela me entende, diz para deitar, se aquietar e deixar as coisas por fazer. P5</p> <p>16. Quando está muito inflamado, muito aberto eu não aguento e digo que não vou [<i>trabalhar</i>].</p> <p>17. Eu acordava cinco da manhã [<i>para trabalhar</i>] e só ia dormir quando deus quisesse. P6</p> <p>18. Eu não posso trabalhar, tenho que ficar deitada com as pernas pra cima. P7</p> <p>19. Trabalhei de cozinheiro 40 anos em pé. P8</p>
		Comportamento religioso (SSCR)	<p>1. Eu ia deixar de ser ministra da eucaristia, mas o padre pediu para continuar, não queria servir assim com as pernas doente. P2</p> <p>2. Espero Deus me curar. P2</p> <p>3. Fica difícil para mim, tenho que servir [<i>na igreja</i>], que dar eucaristia aos idosos, vou a pé, mas eu não posso ir para pegar poeira, pegar sol quente não posso, é longe de casa. P2</p> <p>4. Também limpo [<i>a ferida</i>] com água benta. P2</p> <p>5. A minha vida e só de casa para igreja. P2</p> <p>6. Eu só vou à missa no domingo com minha família. P6</p> <p>7. Eu gosto de sair só para igreja. P7</p>

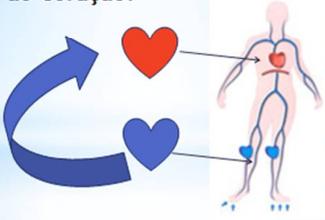
APÊNDICE G - Educação em saúde com mídia eletrônica (tablet)

Insuficiência venosa crônica

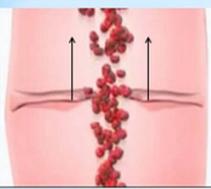



O que é a Insuficiência venosa crônica?

Incapacidade das veias das pernas de bombear um volume suficiente de sangue de volta ao coração.







NORMAL



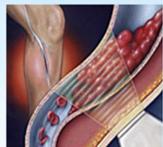


DOENTE





CAUSA?

Trombose venosa profunda (TVP) 

Obesidade 

Gravidez 

Falta de exercícios 



CAUSA?



História familiar de varizes

Fumo



Ficar em pé ou sentado por longos períodos de tempo



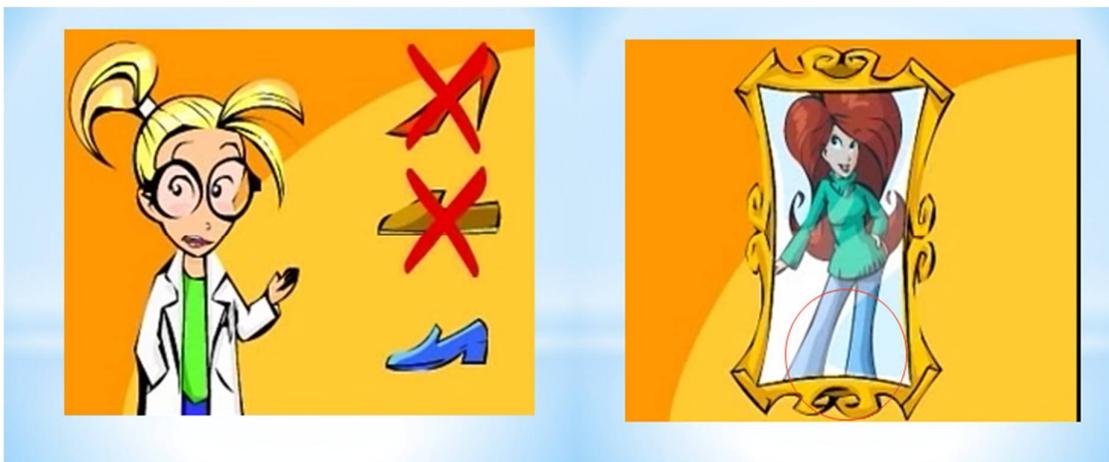
Sintomas

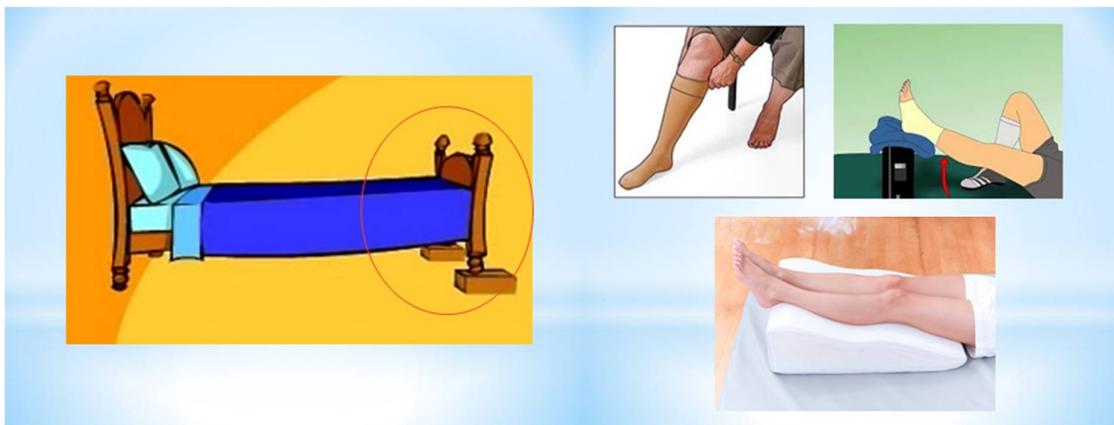


A meia

MINHA MELHOR AMIGA

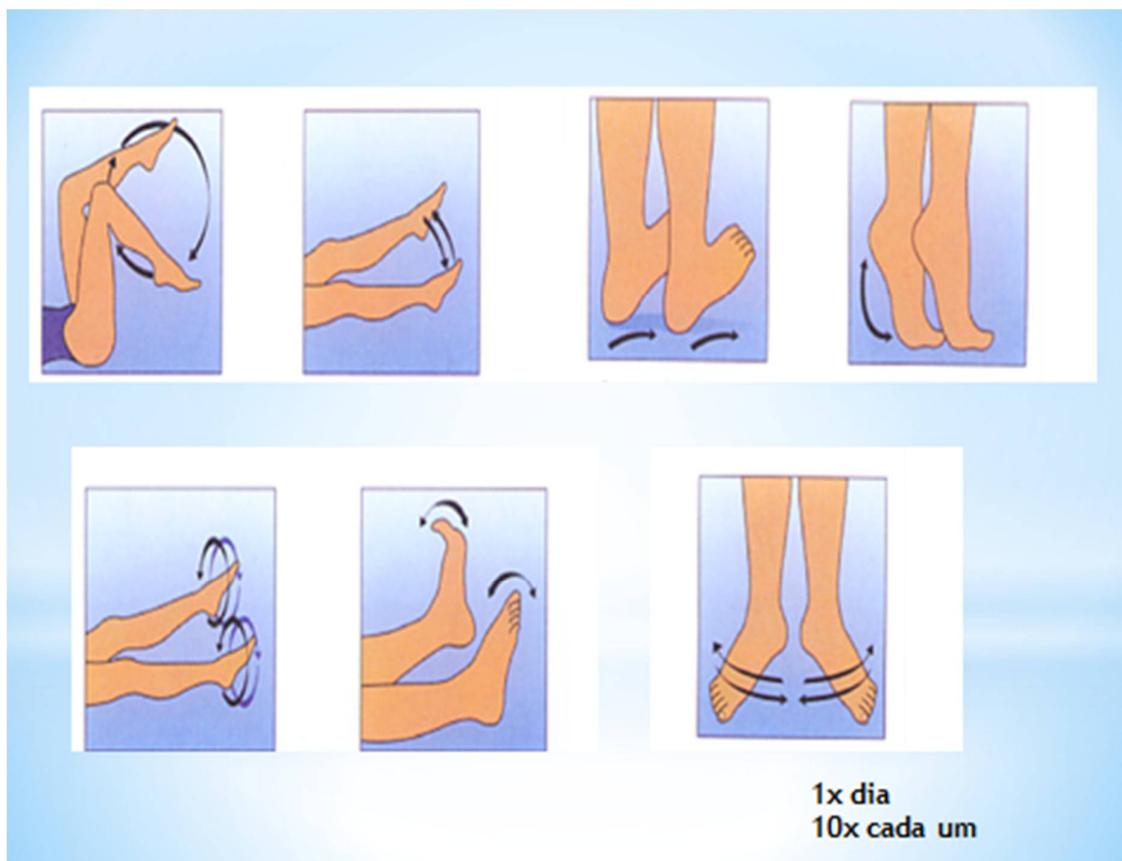






Imagens disponíveis na internet (<https://www.google.com.br>).

APÊNDICE H - Impresso educativo ao paciente para exercício domiciliar



Imagens disponíveis na internet (<https://www.google.com.br>).

APÊNDICE J - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA: FUNDAMENTAÇÃO NA TEORIA DE IMOGENE KING**”. Os objetivos deste estudo consistem em descrever a interação estabelecida entre enfermeira e paciente, baseada na Teoria de Imogene King, dirigido ao cuidado às pessoas com insuficiência venosa crônica e úlcera venosa ativa. Caso você autorize, você irá: participar de encontros no ambulatório de feridas em um período de três a quatro meses de acompanhamento, reagendados conforme a sua necessidade. Gostaríamos de contar com a sua participação por meio de respostas a um formulário contendo questões de identificação sociodemográficas e entrevistas gravadas em um gravador se você concordar, bem como a permissão para ser examinado pela pesquisadora. A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que, recebe cuidados de saúde. Há riscos quanto a sua participação sendo esses: constrangimento em expor parte de seu corpo para avaliação, exame físico e troca de curativo. Para minimizar, você será recebido (a) individualmente, no ambulatório de modo a garantir sua privacidade. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador.

Você não receberá remuneração pela participação. Em estudos parecidos com esse, a sua participação pode contribuir para o alcance de metas, bem-estar e melhoria da sua qualidade de vida. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Anne Kayline Soares Teixeira
Enfermeira e pesquisadora

Eu, _____ declaro

que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação,

Sendo que:

() aceito participar

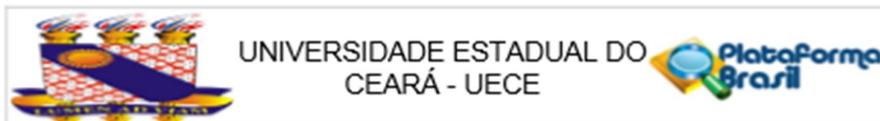
() não aceito participar

Fortaleza, de de

Assinatura

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Paranjana, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

ANEXO A – Aprovação do comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidado clínico de enfermagem à pessoa com úlcera venosa: fundamentação na Teoria de Imogene King

Pesquisador: Anne Kaylines Soares Teixeira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42385015.8.0000.5534

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 984.427

Data da Relatoria: 13/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que tem como base o cuidado clínico de enfermagem à pessoa com úlcera venosa, ancorado na Teoria de Imogene King. Será pesquisa-ação a ser realizada em um hospital de atenção secundária em Fortaleza-CE. Amostra estimada será de 10 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a interação estabelecida entre enfermeira e paciente, baseada na Teoria de Imogene King, dirigido ao cuidado às pessoas com insuficiência venosa crônica e úlcera venosa ativa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

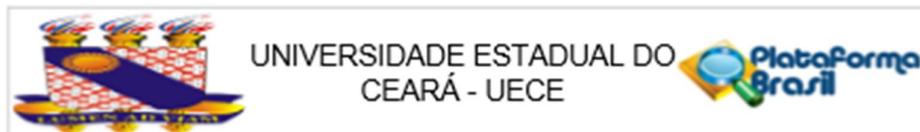
Riscos:

Os riscos a que os participantes poderão estar expostos são: constrangimento em expor parte de seu corpo para avaliação, exame físico e troca de curativo. Para minimizar, a pesquisadora receberá os participantes, individualmente, em ambulatório de modo a garantir sua privacidade.

Benefícios:

Os participantes serão beneficiados com cuidado clínico de enfermagem sistematizado, baseado e fundamentado em uma Teoria na qual o cuidar é

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 004.427

o principal objetivo, o foco. O intuito do cuidado clínico de enfermagem será auxiliar o paciente a alcançar seus objetivos mediante interação enfermeiro-paciente. Além de promoção da saúde, informações sobre sua doença, orientações para prevenção de complicações, estabelecimento de metas, orientações de melhorias para sua qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para prática clínica de enfermagem. Projeto bem estruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os seguintes termos:

Folha de rosto assinada.

Termo de consentimento Livre Esclarecido

Termo de anuência da instituição

Orçamento e cronograma

Projeto na íntegra

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto atende aos ditames da Resolução 466/12.

Situação do Parecer:

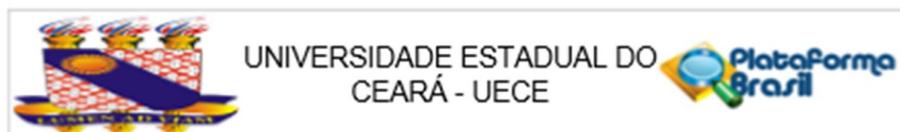
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Elias Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavleska@usp.br



Continuação do Parecer: 254.427

FORTALEZA, 13 de Março de 2015

Assinado por:
Ana valeska Siebra e silva
(Coordenador)

Endereço: Av. Bites Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (35)3101-9890 Fax: (35)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br