



Universidade de Aveiro
2016

Escola Superior de Saúde de Aveiro

ISABEL CRISTINA SILVA LOPES **A pessoa com úlcera vasculogénica crónica: O papel do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico**



**ISABEL CRISTINA
SILVA LOPES** **A pessoa com úlcera vasculogénica
crónica: O papel do enfermeiro de família
na adesão ao regime terapêutico**

**The person with chronic vasculogenic ulcers: The
family nurse's role in therapeutic adherence**

Relatório de Estágio de natureza profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar em consórcio entre as Universidades de Aveiro, Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança, realizada sob a orientação científica da Doutora Elsa Melo e coorientação científica do Professor Doutor João Lindo Simões, Professores Adjuntos da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho aos que comigo trilharam este caminho.

“Cada ser humano trilha o seu próprio percurso de formação, fruto do que é e do que o contexto vivencial lhe permite que seja, fruto do que quer e do que pode ser”.

Isabel Alarcão

O júri

Presidente

Professora Doutora Marília dos Santos Rua

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente

Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares
Pereira

Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem da
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Orientadora

Professora Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Os que comigo seguiram nesta vereda, a minha gratidão:

A Deus pela sua fidelidade nos bons e maus momentos;

Ao Jacinto, Beatriz, Madalena, Mariana, Miguel, Rosa Maria e à minha mãe, pelo vosso amor incondicional, compreensão e paciência;

Aos Professores Elsa Melo e João Simões pela vossa sábia orientação e total disponibilidade;

Ao Pombo e à Fernanda, cujas vidas me inspiraram na procura de mais conhecimento sobre este tema;

À Ritinha pelo companheirismo e amizade incondicional;

À Equipa Multiprofissional da USF Senhora de Vagos pelo vosso caloroso acolhimento e total recetividade durante o estágio;

Aos utentes da USF Senhora de Vagos pela colaboração no estudo e no privilégio da relação de parceria estabelecida;

A um grupo muito especial de pessoas de Oiã pelas vossas orações;

Às colegas Andreia, Irene, Milena, Cristina, Virgínia e Rosa Marília pelo vosso encorajamento diário.

“Melhor é serem dois do que um, porque têm melhor paga do seu trabalho. Porque se um cair, o outro levanta o seu companheiro; mas ai do que estiver só; pois, caindo, não haverá outro que o levante.”

In Bíblia Sagrada, Eclesiastes 4: 9 e 10

Palavras-chave

Enfermeiro de família, Família, Úlcera Vasculogénica, Adesão ao regime terapêutico

Resumo

O presente relatório reflete as atividades desenvolvidas no estágio realizado na USF Senhora de Vagos no período de 14 de setembro de 2015 a 13 de fevereiro de 2016, com o objetivo de adquirir competências no âmbito Enfermagem de Saúde Familiar. Decorrente das reformas dos cuidados de saúde primário nas últimas décadas emerge a figura do enfermeiro de família no sentido de acompanhar a família em todos os seus processos de transições normativas e acidentais ao longo do seu ciclo vital.

O local de estágio serviu de contexto para a realização dum estudo empírico que reconhece as úlceras vasculogénicas como um evento de especial complexidade, em que o enfermeiro de família é chamado a intervir de forma sistémica. Objetivou-se abordar o papel do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico, em pessoas com úlcera vasculogénica e para isso foi importante perceber se os enfermeiros de família possuem conhecimentos nesta área temática. Tratou-se de um estudo descritivo, com recurso a metodologia quantitativa e um tipo de amostragem por conveniência. A análise dos dados foi realizada recorrendo a estatística descritiva.

Foi critério de inclusão na amostra dos enfermeiros de família, realizarem consulta de enfermagem a pessoas com úlcera vasculogénica (n=6). Para perceber melhor a dimensão do papel do enfermeiro na adesão do regime terapêutico, foi constituída uma amostra de pessoas com úlcera vasculogénica ativa ou cicatrizada há menos de um ano (n=15). Foram utilizados dois questionários como instrumentos de colheita de dados para as duas amostras, cumprindo os procedimentos éticos inerentes a um estudo de investigação.

Os resultados evidenciaram que 73,7% das pessoas com úlcera vasculogénica são do género masculino, com média de idades de 67,4 anos ($\pm 13,7$ anos).

A maioria dos participantes desta amostra mencionam terem adquirido conhecimentos sobre os comportamentos de adesão ao regime terapêutico, porém o cumprimento dessas medidas é bastante inferior, destacando-se os relacionados com a atividade física e repouso. Verificou-se que é também no grupo de estratégias relacionadas com a atividade física e repouso, que apenas 33,3% dos enfermeiros referem aplicar ensinamentos de educação para a saúde.

O grupo de comportamentos onde se revelou maior adesão por parte dos participantes com úlcera vasculogénica foi o relacionado com as medidas de gestão medicamentosa e de tratamento.

Cerca de 50% da amostra dos enfermeiros frequentaram formação sobre tratamento de feridas no último ano, no entanto todos os enfermeiros consideraram ter necessidade de realizar formação nessa área, apesar de não estar contemplado no plano de formação em serviço do ano corrente. Salienta-se que os enfermeiros não utilizam qualquer instrumento para caracterizar feridas/úlceras e evidenciaram a necessidade de terem um manual de procedimentos para a consulta de enfermagem à pessoa com úlcera vasculogénica. Assim, o presente estudo determinou a elaboração do manual de boas práticas para a consulta de enfermagem à pessoa com úlcera vasculogénica. Pretende-se capacitar os enfermeiros de família na formulação do diagnóstico diferencial das úlceras vasculogénicas e assim estabelecer intervenções de enfermagem focadas na educação para a saúde e na escolha do tratamento adequado, promovendo a otimização da qualidade de vida destas pessoas e famílias.

Keywords

Family Nurse, Family, Vasculogenic ulcer, Patient Compliance

Abstract

This report is reflecting the activities that were carried out during the internship at the USF Senhora de Vagos between 14th September 2015 and 13th February 2016, Its aim was to gain Family Health Nursing skills. Resulting from the reform of primary health care in past decades, the family nurse emerges from the need to guide the family in all its normative and accidental transitions processes, throughout their life cycle. The internship served as a context for the implementation of an Empirical study that acknowledges the vasculogenic ulcers as a complex occurrence in which the family nurse has to intervene systemically. It has been established that the family nurse should play an important role in the treatment of patients with vasculogenic ulcers, consequently, it was important to understand whether the family nurses have enough knowledge about this medical therapy. It was a descriptive study which used quantitative methodology and convenience sampling. The data analysis was based on descriptive statistics.

It was a criterion for inclusion in the sample of family nurses, perform a nursing consultation for people with vasculogenic ulcer (n = 6). For a better understanding of the nurse's role as far as the vasculogenic ulcer therapy adherence is concerned, it was created a sample of people with active or healed vasculogenic ulcers for less than a year (n=15). Two questionnaires were applied as to provide data for the two samples, complying with the ethical procedures of a research study.

The results showed that 73,7% of people with vasculogenic ulcer are male with an average age of 67,4 years old (\pm 13,7 years old).

The majority of the participants in this sample mentioned having learned about the therapeutic adherence however, the results show that the accomplishment of the recommended measures is quite inferior, especially those related to physical activity and rest. Also in the group of the strategies related to physical activity and rest, only 33,3% of the nurses mentioned that they usually teach their patients about health education.

The set of behaviors that showed greater adherence by the participants with vasculogenic ulcer was related to the measures of medication management and treatment.

About 50% of the nurses in this study had attended lessons about wound treatment over the last year, nevertheless all the nurses agree that they still need to learn more about this subject, although it is not to be included in the upgrading schedule plan for the present year.

It should be stressed out that the nurses don't use any wound evaluation scale to characterize wounds /ulcers and they have pointed out that they should have a procedure manual in order to treat vasculogenic ulcer patients accordingly. Thus being, this study has defined the procedure manual to be used when seeing a patient with a vasculogenic ulcer. Its aim is to enable the family nurses to make differential diagnosis of vasculogenic ulcers, which will lead to more accurate decisions and treatments and to the optimization of health education and quality of life of these patients and their families.

Abreviaturas e siglas

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Área Regional de Saúde

AVC- Acidentes Vasculares Cerebrais

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de saúde Primários

ERA – Equipa Regional de Acompanhamento

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa corporal

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Mim@UF – Modelo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

NUT – Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

SINUS – Sistema de Informação de Unidades de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	20
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	26
CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO.....	36
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	38
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	40
2.1 A úlcera vasculogénica e o impacto da sua cronicidade	40
2.2 Adesão ao regime terapêutico na pessoa com úlcera vasculogénica e família	43
2.3 Papel do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico	46
3. METODOLOGIA	50
3.1 Tipo de Estudo.....	50
3.2 População e amostra	50
3.3 Problemática e objetivos	51
3.4 Procedimentos de recolha de dados e variáveis em estudo.....	52
3.5 Considerações éticas.....	58
3.6 Procedimentos de análise de dados	59
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	62
4.1 Caracterização da amostra das pessoas com úlcera vasculogénica.....	62
4.2 Caracterização da amostra dos enfermeiros de família.....	71
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	74
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	80
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS E APÊNDICES.....	92

ANEXOS

Anexo 1 – Documento de homologação da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro

APÊNDICES

Apêndice 1 – Avaliação da família Santos segundo MDAIF

Apêndice 2 – Apresentação da formação sobre Enfermagem de Saúde Familiar em reunião de serviço na USF Senhora de Vagos

Apêndice 3 – Manual de boas práticas de enfermagem à pessoa com úlcera vasculogénica

Apêndice 4 – Consentimento informado e Instrumento de recolha de dados da amostra das pessoas com úlcera vasculogénica

Apêndice 5 – Consentimento informado e instrumento de colheita de dados da amostra dos enfermeiros de família

Apêndice 6 – Pedidos de autorização da realização do estudo empírico

Lista de Figuras

Figura 1 – Pirâmide etária de utentes inscritos na USF por género e grupo etário.....	21
Figura 2 - Distribuição das principais comorbilidades em utentes com mais de 18 anos	22
Figura 3 – Representação gráfica da percentagem de consumos aditivos tabágicos, alcoólicos e outras substâncias (n=15).....	64

Lista de Quadros

Quadro 1 - Variáveis sociodemográficas das pessoas com úlcera vasculogénica	53
Quadro 2 - Variáveis clínicas – Antecedentes clínicos das pessoas com úlcera vasculogénica	54
Quadro 3 - Variáveis clínicas – Consumos aditivos das pessoas com úlcera vasculogénica	54
Quadro 4 - Variáveis clínicas – Hábitos alimentares das pessoas com úlcera vasculogénica	54
Quadro 5 - Variáveis clínicas – Características da úlcera vasculogénica das pessoas com úlcera vasculogénica.....	55
Quadro 6 - Variáveis relativas ao comportamento de adesão ao regime terapêutico das pessoas com úlcera vasculogénica.....	57
Quadro 7 – Variáveis sociodemográficas dos enfermeiros de família.....	57
Quadro 8 - Variáveis relativas à área do conhecimento sobre úlceras vasculogénicas dos enfermeiros de família.....	58
Quadro 9 - Variáveis relativas às estratégias de educação para a saúde dos enfermeiros de família	58

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das pessoas com úlcera vasculogénica (n=15).....	62
Tabela 2 - Presença de comorbilidades nas pessoas com úlcera vasculogénica (n=15)	63
Tabela 3 - Hábitos alimentares das pessoas com úlcera vasculogénica (n=15)	65
Tabela 4 - Caracterização das úlceras vasculogénicas nas pessoas com úlcera vasculogénica	66
Tabela 5 - Comportamentos de adesão ao regime terapêutico das pessoas com úlcera vasculogénica	68
Tabela 6 – Identificação do profissional de saúde que realizou educação para a saúde sobre os comportamentos de adesão ao regime terapêutico (n=15)	70
Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica dos participantes da amostra dos enfermeiros de família (n=6).....	71
Tabela 8 - Área do conhecimento sobre úlceras vasculogénicas dos enfermeiros de família (n=6)	72
Tabela 9 – Educação para a Saúde para adesão ao regime terapêutico aplicada pelos enfermeiros de família (n=6).....	73

INTRODUÇÃO

Integrado no plano curricular do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro (ESSUA) em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e com o Instituto Politécnico de Bragança, foi realizado um estágio de natureza profissional na USF Senhora de Vagos o estágio de natureza profissional que será alvo de uma análise reflexiva no presente relatório.

A pertinência deste Mestrado e deste estágio emerge da assunção da figura do enfermeiro de família, na sequência das profundas transformações em Portugal nos últimos 45 anos ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Em plena década de 70, a Saúde em Portugal era fortemente influenciada pelas convulsões políticas e sociais e pelas profundas alterações na Europa após a Declaração de Alma-Ata, em 1978. Emanada da Convenção Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, a Declaração evidenciou o princípio da saúde para todos e destacou o importante papel dos CSP. Estes por sua vez devem ser dotados de equipas multiprofissionais com conhecimentos e competências adequadas para a identificação de problemas de saúde da comunidade, oferecendo serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (World Health Organization Europe, 1978).

A família como unidade básica da sociedade torna-se o principal alvo dos cuidados de saúde e a figura do enfermeiro de família evidencia-se como elemento de referência e de ligação entre a família e a restante equipa multiprofissional.

Segundo orientações emitidas pela Assembleia do Comité Regional da OMS para a Europa em 1998 – Health 21, este profissional emerge para dar resposta à crescente preocupação de ajudar os indivíduos e famílias a gerir a doença crónica, promover hábitos de vida saudáveis, detetar e intervir em comportamentos de risco e trabalhar em parceria no sentido de promover os recursos e potencialidades da família, inseridos num contexto comunitário (World Health Organization Europe, 2000).

Baseado neste documento, a Ordem dos Enfermeiros, em 2010, cria o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar. Estabelece as competências de cuidar da família como unidade de cuidados ao longo do seu ciclo vital intervindo ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Este documento é posteriormente publicado em Diário da República através do Regulamento nº 126/2011 (2011).

Deste modo, a Enfermagem de Saúde Familiar surge como resposta à necessidade de cuidar da família como um todo e não apenas dos seus elementos individualmente.

Esta área da Enfermagem vai-se desenvolvendo por intermédio de um nova visão da família com um sistema social único que se autodefine e que ao longo do seu ciclo vital vai mantendo o equilíbrio entre a mudança e a estabilidade, através de processos de ajustamento e adaptação. Sistema esse, que inserido num contexto social mais amplo, estabelece relações dinâmicas e complexas entre si e com o meio (Wright & Leahey, 2002; Hanson, 2005; Figueiredo, 2012).

Assim os cuidados de enfermagem visam “a capacitação da família para a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde.” (Figueiredo, 2012 p. 69).

A realização deste estágio de natureza profissional justifica-se pela necessidade de desenvolver competências na área de Saúde Familiar. Para além de cuidar da família como unidade de cuidados, o estágio pretendeu proporcionar momentos de aprendizagem ao nível da identificação de determinantes em saúde com conseqüências no sistema familiar e na mobilização de recursos intrínsecos e extrínsecos, para a manutenção do projeto de saúde ao longo do ciclo vital da família. Objetivou-se igualmente o desenvolvimento de uma relação de parceria com a família no sentido da gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar direcionado à sua autonomia.

Além do desenvolvimento das atividades descritas anteriormente, a unidade curricular de estágio proporcionou a realização de um estudo empírico, em estreita colaboração com os enfermeiros de família da USF Senhora de Vagos.

O estudo empírico pretendeu contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a pessoas com úlcera vasculogénica, evidenciando o papel do enfermeiro de família na abordagem desta lesão crónica que condiciona a saúde a longo prazo da pessoa e das famílias afetadas.

Pretendeu também, identificar as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros de família no decorrer da relação terapêutica estabelecida, para aumentar a adesão ao regime terapêutico por parte da família, permitindo a sua envolvência com metas atingíveis e negociadas numa relação de compromisso.

No decurso desta relação é realizada a avaliação familiar ao nível das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcionamento, através da utilização de instrumentos de avaliação familiar, não só para identificação de vulnerabilidades mas também de potencialidades, estabelecendo intervenções de enfermagem no sentido de promover mudança de comportamentos, como a adoção de estilos de vida saudáveis e a adesão a tratamento de longa duração.

Para facilitar a concretização dos objetivos, este relatório encontra-se dividido em duas partes. A primeira é constituída pela contextualização do local de

estágio e pela análise reflexiva do desenvolvimento de competências decorrentes do mesmo. A segunda parte apresenta o estudo empírico refletindo inicialmente o enquadramento teórico da temática em estudo, passando pela explicação dos métodos de investigação utilizados, pela análise dos dados colhidos no decurso do estágio e finalmente será realizado a discussão dos mesmos, de onde discorrem as conclusões do estudo.

**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO
DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O estágio, do qual resulta o presente relatório, decorreu no período de 14 setembro 2015 a 13 fevereiro 2016, na Unidade de Saúde Familiar Senhora de Vagos em Vagos e tendo com Orientador a Professora Doutora Elsa Melo. Este foi supervisionado pela Enfermeira Anabela Resende e tutorado pelo Enfermeiro Mário Oliveira.

No decurso do período em análise, a Unidade de Saúde em questão passou por um processo de mudança e de adaptação ao novo modelo organizativo de Unidade de Saúde Familiar, com início de atividade a 1 de Outubro de 2015, deixando-se de denominar UCSP Vagos I e passando a ser a USF Senhora de Vagos, o que implicou algumas transformações organizativas.

O salto qualitativo desde a criação dos centros de saúde de primeira geração na década de 70 à atual organização dos CSP pautou-se por importantes mudanças no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde às populações, enraizadas nos princípios da boa governação como a acessibilidade, qualidade dos processos assistenciais, efetividade dos ganhos em saúde, satisfação dos utentes e profissionais de saúde. Com este novo modelo organizativo pretendeu-se ainda obter ganhos de eficiência e redução de desperdícios, produzindo mudanças estruturais e organizacionais com a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) com o Dec. Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro e com a Portaria n.º 276/2009, de 18 de Março.

Estes, por sua vez encontram-se organizados por unidades funcionais de cuidados diretos às populações como as Unidades de Saúde Familiar (USF) ou as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) (Ministério da Saúde, 2012b).

No que respeita à USF Senhora de Vagos, esta pertence ao ACeS Baixo Vouga que se situa no distrito de Aveiro, tendo sido criado pela *Portaria n.º 394-A/2012 de 29 de novembro da Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Saúde* (2012), possui uma área geográfica de 164,92 Km², e que atualmente, correspondente a uma população residente de 22 812 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2015a).

No que diz respeito à Taxa de Escolaridade do Ensino Básico em Vagos é de 108,2% e de Portugal 110,2%. Quanto à Taxa de Escolaridade do Ensino Secundário, o conselho de Vagos possui uma taxa de 140,2% e Portugal 116,3% (Instituto Nacional de Estatística, 2015a).

Esta unidade dá cobertura assistencial em cuidados de saúde primários aos 10.596 utentes inscritos¹ e residentes na área de abrangência da USF como as Freguesias de Vagos, Santo António de Vagos, Santo André de Vagos e Gafanha da Boa Hora. Na figura 1 é apresentada a pirâmide etária dos utentes inscritos na USF, traduzindo que cerca de 22,7% do total da população tem mais de 65 anos e que destes 48,1% tem mais de 75 anos¹.

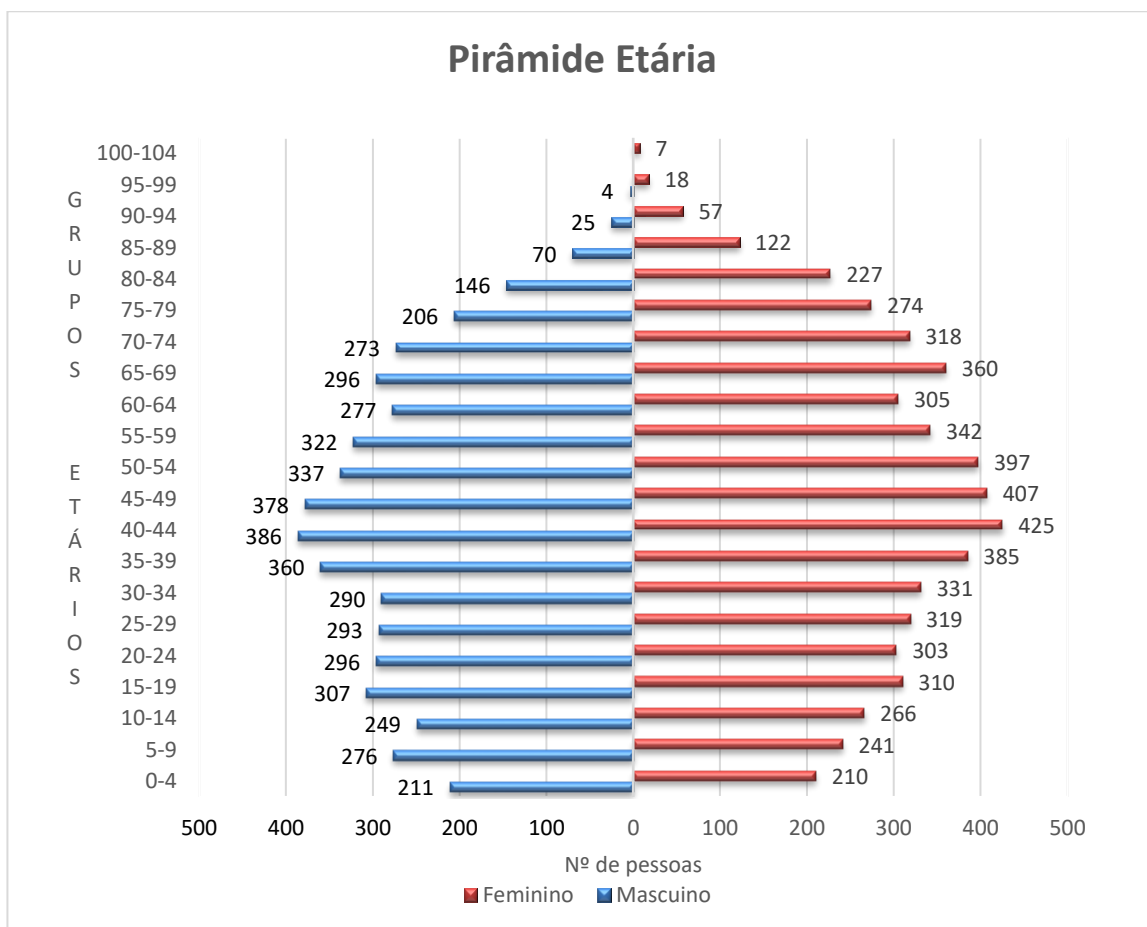


Figura 1 – Pirâmide etária de utentes inscritos na USF por género e grupo etário¹

Na figura 2 evidenciam-se as comorbilidades mais prevalentes como a Diabetes (18%), Hipertensão Arterial (46%) e Obesidade - IMC superior a 26% (36%), na população com mais de 18 anos¹.

¹ Dados colhidos no Mim@UF e no SINUS em outubro de 2016 e fornecidos pelo Enfermeiro Coordenador da USF Senhora de Vagos

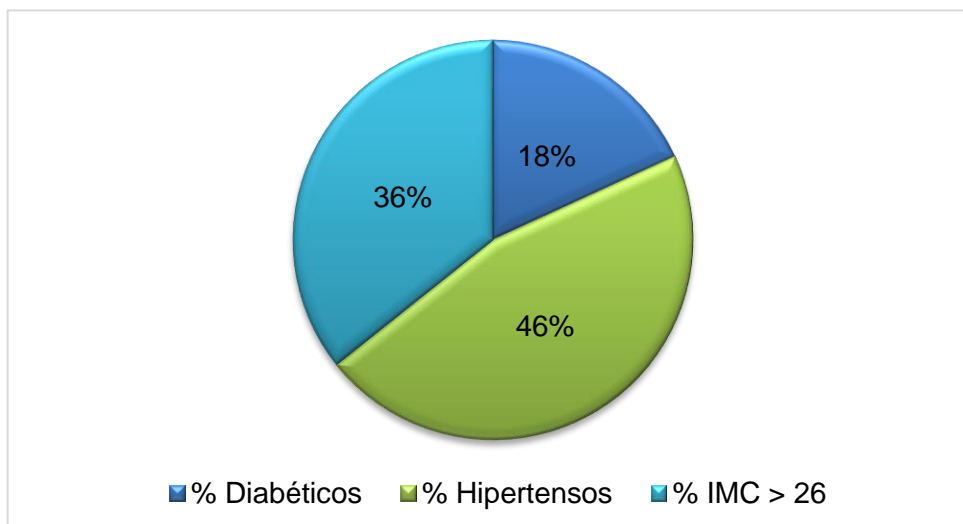


Figura 2 - Distribuição das principais comorbilidades em utentes com mais de 18 anos¹

Estes utentes encontram-se distribuídos por seis ficheiros clínicos e acompanhados por uma equipa multiprofissional constituída por seis médicos, seis enfermeiros e cinco assistentes técnicos.

A missão e os valores da USF Senhora de Vagos passam por favorecer um clima de desenvolvimento profissional satisfatório para cada elemento, quer em formação como em íntima colaboração entre diferentes grupos profissionais, promover cuidados de saúde de proximidade, acessibilidade e igualdade tendo o utente e suas famílias como alvo primordial da sua ação (UCSP Vagos I, 2014).

Esta unidade encontra-se no processo de adaptação e ajustamento às especificações orientadas pela ERA – Equipa Regional da ARS Centro para dar cumprimento aos indicadores de saúde contratualizados e assim garantir cuidados de saúde de qualidade e adequados às vulnerabilidades identificadas. Indicadores esses focados em programas prioritários para a saúde da comunidade, como é o caso da saúde infantil; saúde da mulher (saúde reprodutiva e planeamento familiar e saúde materna); prevenção oncológica (cancro do colo do útero, da mama e colon-retal); vacinação; saúde do adulto; saúde do idoso e visitação domiciliar a dependentes e de puerpério e ao recém-nascido (USF Senhora de Vagos, 2014).

¹ Dados colhidos no Mim@UF e no SINUS em outubro de 2016 e fornecidos pelo Enfermeiro Coordenador da USF Senhora de Vagos

É neste sentido que a presença do enfermeiro de família, na equipa multiprofissional como elo de ligação, se torna relevante para identificar precocemente os determinantes de saúde com influência na dinâmica familiar. Além disso, estabelece uma relação de parceria com a família reconhecendo-a com potencial para promover a saúde dos seus elementos (Ministério da Saúde, 2012a).

De igual forma, o enfermeiro de família, ao focalizar os seus cuidados nas interações dos subsistemas familiares entre si e com o contexto que influenciam a sua estrutura e funcionamento, acompanha a família em todos os processos de adaptação e ajustamento para manutenção da estabilidade familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Ao identificar os problemas de saúde, este formula diagnósticos de enfermagem, estabelece objetivos e planos de ação para garantir o equilíbrio funcional da família, gerindo e facilitando os processos de saúde/doença e transições normativas inerente a cada fase do seu ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Tendo em conta a relevância do papel do enfermeiro de família, é pertinente a apropriação dos conhecimentos adquiridos por meio da investigação, na sua prática diária com o objetivo de aumentar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Assim, este estágio traduziu-se num período privilegiado para consolidar conhecimentos e operacionalizar as competências adequadas, quer ao nível dos cuidados de enfermagem diretos às famílias, quer ao nível da implementação do processo de investigação.

Com este estágio pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- Prestar cuidados à família como uma unidade de cuidados;
- Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia.

Para o desenvolvimento de competências específicas para a prestação de cuidados globais às famílias em todo o seu ciclo vital, inseridos em contextos específicos, é importante mobilizar conhecimentos técnico-científicos adquiridos ao longo da formação académica e operacionalizados no período de estágio.

Para este efeito foi proposto desenvolver as seguintes competências:

- Identificar a complexidade do sistema familiar considerando as suas características de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica;
- Perceber a família como unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais intrínsecas ao ciclo vital;
- Acompanhar e desenvolver cuidados em situação de transição saúde/doença e outras situações acidentais;
- Desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do ciclo vital;
- Realizar avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura desenvolvimento e funcionamento;
- Reconhecer eventos de especial complexidade enunciando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- Realizar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O desafio que as políticas de saúde contemporâneas representam em contexto de CSP exige uma constante ampliação de conhecimentos e formação por parte dos enfermeiros para entender a complexidade em que se desenvolvem os processos familiares. Através de uma formação diferenciada o enfermeiro de família alarga as competências clínicas e de tomada de decisão (Hallinan & Hegarty, 2016).

A unidade curricular estágio conclui o percurso desta formação diferenciada num contexto de supervisão holístico e ecológico, porque permite um envolvimento e a construção de relacionamentos próximos com os utentes e famílias, traduzindo-se numa atmosfera de aprendizagem adequada (Hallinan & Hegarty, 2016).

A formação contínua sem uma prática reflexiva sobre o processo de aprendizagem não se traduz só por si em desenvolvimento de competências. Alarcão (1991), debruçando-se sobre os conceitos de Donald Schön, menciona que perante as estratégias implementadas em contexto superviso, o formando é convidado a desenvolver processos reflexivos, a saber: conhecimento na ação, reflexão na ação, reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. Este último é o que determina a forma como o profissional se desenvolve e como realiza as ações no futuro.

Para Sá-Chaves (2011, p. 86) a qualidade da prática “não se melhora apenas por podermos identificar e/ou acrescentar mais algumas competências a um já quase indeterminável inventário de tipos e níveis diferenciados, mas sim se procurar uma radical mudança na abordagem conceptual a esta problemática”.

Neste sentido, o estágio realizado na USF Senhora de Vagos permitiu mobilizar conhecimentos, otimizar capacidades e gerar em mim reflexão sobre que mudanças introduzir na prática diária, contribuindo para o desenvolvimento de competências na área da enfermagem de saúde familiar.

Para Edwards (2014) o processo de reflexão sobre a prática tem o potencial de elevar o *status* profissional e moral do enfermeiro, permitindo desenvolver cuidados com maior segurança através do autoconhecimento, desenvolvimento emocional e o reconhecimento da singularidade de cada elemento do triângulo terapêutico dos cuidados de saúde – utente, família e profissional de saúde.

Em virtude deste paradigma – cuidados centrados no sistema familiar – a enfermagem de família emerge com um conjunto de conhecimentos específicos, que assenta na reflexão dos processos familiares decorrentes de interações complexas entre si e com o contexto (Figueiredo, 2012).

Com base nos padrões de qualidade estipulados pela Ordem dos Enfermeiros (2015) para o desenvolvimento das atividades no âmbito da Enfermagem de Saúde

Familiar a saber: cuidar da família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital familiar e tendo em conta os pressupostos da saúde familiar, desenvolvi consultas de enfermagem que visam a promoção de saúde e prevenção da doença nas áreas de saúde infantojuvenil, saúde reprodutiva, saúde materna, saúde do adulto, em especial o portador de doenças crónicas, nomeadamente metabólicas e de risco cardiovascular (Diabetes e Hipertensão) e a saúde do idoso, num grupo de famílias, circunscritas à área geográfica de Vagos, em diferentes fases do seu ciclo vital e em situações onde ocorre possibilidade de maior vulnerabilidade. As Consultas foram desenvolvidas em contexto da unidade e em contexto domiciliário e acompanhadas com o Enfermeiro Tutor.

Com base no exposto desenvolvi as seguintes competências:

Competência: Identificação da complexidade do sistema familiar considerando as suas características de globalidade, equifinalidade e auto organização que lhe confere uma organização estrutural específica

Sendo o alvo dos CSP, a família é considerada uma unidade social, constituída por membros ligados entre si com laços sanguíneos e/ou por afinidade afetiva, desenvolvendo papéis sociais num *continuum* cultural ao longo das gerações (Hanson, 2005). Também para Hanson (2005, p 6) a “família refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são autodefinidos.”

Assim, ao interagir com as famílias nos diferentes contextos (na unidade de saúde e no domicílio) e em diferentes níveis de prevenção primária, secundária e terciária, identifiquei cada família como sendo um sistema social que tendo por base a interação dinâmica dos seus membros atinge a autonomia perante diferentes condições, traduzindo a equifinalidade da mesma. Por se tratar de um sistema aberto, a família é mais do que a soma das partes, uma vez que obedece ao princípio da globalidade, ou seja, a mudança num dos membros da família origina mudanças nos restantes. De igual forma possui a propriedade de se auto organizar, permitindo a sua estabilidade ao longo do tempo (Figueiredo, 2012).

Esta interação foi estabelecida através da relação terapêutica onde reconheci o individuo ou família cuidada, como parceiro no processo dos cuidados. Recorrendo à escuta ativa, proporcionei ajuda para estes compreender e aceitar o seu estado de saúde e conseqüentemente proceder às mudanças comportamentais necessárias para atingir melhores níveis de saúde e autonomia (Phaneuf, 2005).

Partilhei desta nova visão ao prestar cuidados específicos e individualizados a famílias ímpares constituídas por subsistemas familiares (conjugal, parental, fraternal e filial) e estruturalmente caracterizadas por fronteiras mais ou menos permeáveis, em fases de desenvolvimento e funcionalidades singulares, estabelecendo com o meio envolvente relações complexas e mutáveis (Relvas 2000).

Neste contexto de proximidade com a família, quer na unidade de saúde quer na visitação domiciliária, identifiquei a rede complexa de relações entre os subsistemas familiares e entre estes e os subsistemas sociais. Os cuidados de enfermagem foram planificados e desenvolvidos consoante as necessidades identificadas e tomei consciência que é necessário uma relação contínua no tempo para conhecer todas as dimensões familiares, intervir adequadamente às vulnerabilidades e conhecer as influências socioculturais que modelam o comportamento familiar em questões de saúde (Hanson, 2005).

Competência: Perceção da família como unidade em transformação sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais intrínsecas ao ciclo vital e desenvolver cuidados em situação de transição saúde/doença e outras situações acidentais

Esta competência foi adquirida no âmbito das consultas de enfermagem, onde tive oportunidade de perceber a complexidade dos processos familiares a que as famílias estão sujeitas ao longo do seu ciclo vital nomeadamente a integração de novos elementos, o crescimento dos filhos, a ida para a escola ou a saída destes da família nuclear, cuidar de um elemento doente e/ou dependente, até ao fim da família com a morte do seu último elemento.

Os processos familiares enquanto transições, ou momentos entre períodos de maior estabilidade, segundo Figueiredo (2012), podem ser normativas ou desenvolvimentais e de saúde/doença.

As transições normativas ou desenvolvimentais tomam lugar desde o início da família, nas quais esta vai se transformando e reorganizando face às mudanças que o seu desenvolvimento implica, apropriando-se de novos papéis, tarefas e interações, até ao fim da família (Relvas, 1996).

Por outro lado as transições de saúde/doença traduzem-se como sendo acidentais, uma vez que a doença de um dos membros da família interfere com as dinâmicas familiares, em que as tarefas e papéis tendem a se reorganizam em torno deste e convergem para o reajustamento e manutenção da coesão familiar (Figueiredo, 2012). Constatei no desenrolar dos meus cuidados, que perante a transição não

normativa, cada família estabelece um conjunto de estratégias de *coping* para lidar, ajustar e adaptar às consequências das mesmas, permitindo a recuperação e/ou manutenção do estado de saúde dos membros.

Neste âmbito realizei consultas de diabetes segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, como os objetivo de reduzir a prevalência da diabetes, atrasar o início das complicações *major* e reduzir a morbidade e mortalidade da diabetes (Direção-Geral da Saúde, 2008a). Realizei igualmente consultas no âmbito dos cuidados a pessoas com feridas agudas e crónicas e administração terapêutica.

Tendo em conta as transições normativas e reportando à consulta de saúde da mulher (reprodutiva, materna e puerpério), realizei intervenções de enfermagem que visaram a prevenção de doenças como o cancro do colo do útero e da mama e doenças sexualmente transmitidas; planear a natalidade com recurso a contraceção adequada a cada mulher e permitir que esta se prepare para a maternidade (Direção-Geral da Saúde, 2008b). No contexto da saúde materna, percecionando que o casal se prepara para a receção de um novo elemento, promovi educação para hábitos de vida saudáveis, permitindo a verbalização de sentimentos sobre as implicações que o nascimento de um filho trás para a família. Ainda no âmbito de consulta desenvolvi ensinios que permitem uma mudança nos padrões transicionais do casal nesta nova etapa, dando a conhecer que cada elemento assume novos papéis e tarefas parentais (Relvas, 1996).

Em contexto de consultas de saúde infantojuvenil realizei intervenções de enfermagem que visavam a avaliação de etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional; a socialização, a alimentação e da adaptação à escolaridade, no sentido de deteção precoce e possível encaminhamento de situações potencialmente negativas para a criança ou jovem. Foi igualmente dado cumprimento ao Plano Nacional de Vacinação nas idades - chave (Direção-Geral da Saúde, 2013).

No âmbito da saúde do idoso e tendo em conta o envelhecimento da população e suas implicações para as famílias, desenvolvi intervenções com o objetivo de promover um envelhecimento ativo e a gestão de determinantes que levam à perda da autonomia e independência (Direção-Geral da Saúde, 2004).

A minha prática pautou pela abordagem a cada situação em particular, reconhecendo as vulnerabilidades e potencialidades de cada uma.

O âmbito da minha ação nesta competência veio permitir compreender que, como enfermeira de família, encontro-me numa posição privilegiada na relação terapêutica de proximidade para intervir de forma consistente nas diferentes transições.

Competências: Desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do ciclo vital e a realização da avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura desenvolvimento e funcionamento

No decorrer da relação terapêutica e perante as situações vivenciais únicas de cada família, realizei avaliação familiar para perceber qual o seu estágio, quais os problemas de saúde inerentes a cada fase desenvolvimental e que alterações funcionais decorrem da cada transição. Neste sentido a avaliação familiar permitiu formular diagnósticos e intervenções de enfermagem em consonância com as características e necessidades do sistema familiar e dos seus subsistemas.

A avaliação familiar permitiu-me igualmente, identificar que, na presença das transições familiares, a família mobiliza os recursos intrínsecos (conjunto de crenças e valores e estratégias de *coping* familiar) e extrínsecos (serviços sociais e de saúde), de forma a evoluir para a estabilidade, autonomia, continuidade e coesão familiar, consoante a fase do ciclo vital em que se encontram e as tarefas desenvolvimentais inerentes (Hanson, 2005 ; Figueiredo, 2012).

Esta evolução é alcançada com o envolvimento de todos os membros da família no processo de adaptação e ajustamento (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

De uma forma mais pormenorizada tive oportunidade de realizar apenas uma avaliação familiar (Apêndice 1), com a aplicação de instrumentos indispensáveis para o conhecimento das três dimensões avaliativas como a estrutural, de desenvolvimento e funcional, recorrendo ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

Este modelo foi adotado pela Ordem dos Enfermeiros para fazer face às necessidades dos enfermeiros portugueses relativamente aos cuidados às famílias e foi desenvolvido após reflexão das práticas em contexto dos Cuidados de Saúde Primários (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O MDAIF através da aplicação da Matriz Operativa permite construir um paralelismo com o Processo de Enfermagem e mapear as características tridimensionais da família (Figueiredo, 2012).

A primeira dimensão a avaliar no MDAIF é a estrutural. Através da aplicação de instrumentos adequados avalia a estrutura familiar ao nível de três categorias: interna; externa e contexto. A este nível é explorado quem faz parte da família e quais os vínculos relacionais entre os membros e destes com o contexto onde se inserem.

A categoria de estrutura interna é esquematizada através do Genograma, evidenciando o núcleo familiar. As categorias estruturais externa e de contexto são

constituídas pela rede social de apoio delineados no Ecomapa. Através do preenchimento da Escala de Graffar Adaptada caracteriza-se a família ao nível da classe social (Figueiredo, 2012).

A dimensão de desenvolvimento refere-se à mudança progressiva da história familiar durante as fases do ciclo de vida: a sua história, o curso de vida, o crescimento da família, o nascimento e a morte. O desenvolvimento familiar é um conceito amplo, que faz referencia aos diferentes processos de transição que se relacionam com as etapas de crescimento da família (Wright & Leahey, 2002a).

A avaliação funcional passa pelo conhecimento das dimensões instrumental e expressiva, em que a primeira refere-se às atividades do dia-a-dia e a segunda realça as interações familiares ao nível comunicacional, soluções dos problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões (Wright & Leahey, 2002). Nesta dimensão são aplicados os instrumentos de avaliação funcional e coesão familiar como o Apgar Familiar de Smilkstein, o Faces II ou a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Figueiredo, 2012).

Foi neste momento que comparei a realidade atual dos cuidados de saúde primários com o que seria desejável na avaliação e no acompanhamento das famílias. A limitação temporal para a aplicação de todos os instrumentos de avaliação e a falta da parametrização de algumas ferramentas no Sclinico limitam os procedimentos de avaliação familiar.

A Ordem dos Enfermeiros preconizou o MDAIF para facilitar a prática dos cuidados dos enfermeiros de família, mas a sua implementação tarda em se tornar realidade pela falta da criação de condições à sua aplicabilidade, nomeadamente pela manifesta falta de tempo no decurso das consultas e à falta de formação neste âmbito a todos os enfermeiros de família.

Será igualmente importante refletir sobre os rácios de famílias por enfermeiro, porque, para realizar a avaliação familiar em todas as suas dimensões, o período estipulado atualmente para cada consulta de enfermagem, é insuficiente. E em simultâneo faz sentido implementar o *Regulamento nº 533/2014 de 2 de dezembro da Ordem dos Enfermeiros (2014)* uma vez que este define um tempo médio de duração das consultas de enfermagem, superior ao que é executado atualmente nas unidades funcionais.

Competência: Reconhecimento de eventos de especial complexidade enunciando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar

O funcionamento da família é fortemente influenciado pelo estado de saúde de cada um dos seus elementos e enquanto unidade de cuidados, necessita de intervenções de enfermagem de forma a solucionar as determinantes de saúde e doença previamente identificados.

Depois da fase de ajustamento, a família segue um de dois caminhos: o da adaptação positiva onde esta se apropria de novos recursos, ou mobiliza os existentes de forma a atingir um novo equilíbrio ou adaptação negativa verificando-se a degradação da vida familiar (Neidhardt & Allen, 1993).

A doença crónica no seio da família representa um conjunto de transformações a diferentes níveis para o individuo e que inevitavelmente se repercute na família, independentemente da fase do ciclo de vida individual e familiar permitindo o desencadear de uma série de acontecimentos, mudanças e reorganizações ao nível da estrutura familiar (Peixoto & Santos, 2009).

A envolvimento da família nos processos de doença num dos seus elementos é de tal forma que podem experienciar alterações nas rotinas diárias e alternância de papéis e das tarefas para se adaptarem à doença (Hanson, 2005).

Tendo em vista o impacto da doença crónica e observando o papel do enfermeiro como determinante no sucesso da adaptação da família, por meio de fatores facilitadores à adesão ao regime terapêutico, propus-me a realizar o estudo empírico com o título “A pessoa com úlcera vasculogénica crónica: O papel do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico” apresentado neste relatório nos capítulos seguintes.

No decurso do estágio acompanhei utentes e famílias em consultas de enfermagem no âmbito de tratamento de úlceras vasculogénicas, assistindo a sua evolução.

Com a aplicação do estudo sinto que contribuí para a ampliação do conhecimento sobre estratégias de adesão ao regime terapêutico nos profissionais de saúde como no utente e família.

Foi realizada no dia 04 de dezembro de 2015 uma formação à equipa multiprofissional sobre a natureza do estudo proposto e abordando noções sobre a Enfermagem de Saúde Familiar (Apêndice 2).

Decorrente do estudo empírico proposto, aumentei os meus conhecimentos na área da investigação em enfermagem e inerentemente na temática escolhida. A

necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre úlceras vasculogénicas emergiu do meu convívio diário com utentes portadores de úlcera vasculogénica que se traduzirão em mais-valia na abordagem da pessoa com esta lesão pela promoção de um diálogo eficaz na transmissão de estratégias para o aumento da adesão ao regime terapêutico.

Uma vez que a aplicação do instrumento de colheita dos dados foi através de hétero-preenchimento no âmbito da consulta de enfermagem aos utentes, este momento revelou-se de singular importância, pois permitiu estabelecer relação terapêutica com os utentes e com o cuidador familiar que o acompanhava. No decorrer da aplicação dos questionários foi possível refletir com os mesmos, acerca dos comportamentos de saúde adequados.

A abordagem desta temática junto da equipa de enfermagem na formação apresentada em reunião de serviço permitiu refletir em conjunto sobre a importância do papel do enfermeiro de família, no aumento da adesão ao regime terapêutico dos utentes.

Para dar cumprimento a um dos objetivos do estudo empírico foi construído um Manual de Boas Práticas de Enfermagem à Pessoa com Úlcera Vasculogénica (Apêndice 3), que pretende sistematizar a abordagem à pessoa com úlcera vasculogénica crónica e cuidadores significativos, avaliando o indivíduo de forma sistémica, envolvendo a família no processo de gestão e adesão ao regime terapêutico.

Este estudo traduziu-se como uma mais-valia no decurso do estágio porque permitiu-me refletir sobre esta problemática, aumentando os meus conhecimentos sobre a mesma.

Competência: Realização e avaliação das intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar

A finalidade dos cuidados de enfermagem centrados na família são dirigidos à “potencialização das forças, recursos e competências” da mesma, numa abordagem sistémica e colaborativa (Figueiredo, 2012 p. 70).

Após a identificação dos problemas, o enfermeiro identifica os recursos necessários para fazer face aos mesmos. Segue-se o planeamento das intervenções adequadas e a sua implementação, finalizando com a avaliação das mesmas, percecionando se a família encontrou estratégias para a sua auto-organização, “considerando a reciprocidade entre o potencial de saúde dos seus membros e da unidade familiar, nos seus domínios de funcionamento” (Figueiredo, 2012 p. 70).

Na elaboração do processo de enfermagem, nos diferentes contextos, procedi à identificação dos problemas, estimulando a participação da família nos processos de

decisão no que concerne à manutenção da sua saúde e estabelecendo com esta a priorização dos mesmos. Na sequência foi fundamental identificar as suas potencialidades, validando a sua capacidade em restaurar a sua funcionalidade.

Foi estabelecido o compromisso com a família no sentido de ajudar a enfrentar situações de *stress* e na resolução ou adaptação aos problemas, com base na relação terapêutica criada. Foi assente em objetivos atingíveis previamente negociados com esta.

A minha intervenção nos diferentes domínios da vida familiar traduziu-se em ganhos em saúde e foi facilitadora para uma transição saudável, pois permitiu adquirir consciência das vulnerabilidades, mas também dos recursos e potencialidades intrínsecos, no sentido da resolução dos problemas emergentes e do bem-estar familiar.

A intervenção na família é um trabalho inacabado porque os enfermeiros de família acompanham a mesma ao do seu ciclo vital. As transformações que esta sofre ao longo do tempo causam *stress*, mas convergem para a evolução necessária para a sua continuidade, porque a família é o resultado de um processo dinâmico de interação social e relacional.

Este estágio traduziu-se numa experiência enriquecedora, nesta fase do meu processo de aprendizagem. Permitiu não só consolidar conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, como também permitiu o meu crescimento pessoal.

Foi minha pretensão dar resposta a todos os objetivos estabelecidos para esta unidade curricular. De igual forma penso ter adquirido as competências para o desempenho de funções como enfermeira de saúde familiar, avaliando e intervindo de forma sistémica e colaborativa, melhorando a qualidade dos cuidados prestados às famílias.

CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A úlcera vasculogénica é uma lesão de evolução prolongada e essa cronicidade acarreta grande impacto no quotidiano da pessoa com este tipo lesão e inerentemente esse compromisso estende-se à família. Esta causa alterações na qualidade de vida, atingindo não só o bem-estar físico, mas também o bem-estar emocional, trazendo implicações ao nível económico e social (Sousa, 2009).

Esta temática assume relevante importância para a Enfermagem. Da nossa observação e reflexão da prática diária nos cuidados de enfermagem a pessoas com úlcera vasculogénica e do impacto causado nas suas vidas, emerge a necessidade de perceber qual o compromisso que este tipo de lesão causa na adesão ao regime terapêutico e refletir no papel do enfermeiro de família e nas estratégias desenvolvidas para a promoção de comportamentos de adesão e autocuidado.

As pessoas com úlcera vasculogénica são cuidadas maioritariamente nos Cuidado de Saúde Primários (CSP) e segundo Pina, Furtado, Franks, & Moffatt (2004), num estudo realizado em Portugal, referem que 77% dos indivíduos identificados com úlcera encontravam-se em tratamento nos CSP e 29% em cuidados de saúde diferenciados. Igualmente Templeton & Telford (2010) relatam também que cerca de 80% dos casos de úlceras crónicas são tratadas em contexto dos cuidados de saúde primários.

Neste sentido e pela natureza das necessidades decorrentes da vivência com úlcera vasculogénica, para OMS (2003), o enfermeiro de família é um elemento fundamental no seu tratamento, por possuir uma compreensão adequada da sua cronicidade e implicações na adesão ao regime terapêutico. Assim o enfermeiro, estando em posição favorável para intensificar a adesão, deve implementar intervenções de enfermagem que passam por envolver a pessoa e família no autocuidado, acompanhando-os continuamente no seu contexto social.

É importante que os enfermeiros de família possuam competências adequadas nesta área de conhecimentos para tomar decisões baseadas na correta etiologia da úlcera, realizando uma gestão adequada do seu tratamento e resultados.

Ao adotar uma visão holística, o enfermeiro de família estabelece uma relação terapêutica voltada para a verbalização e partilha de sentimentos, destacando os processos de doença e de tratamento, efeitos secundários e o seu impacto na qualidade de vida das pessoas com úlcera e na sua família. Este deve promover a envolvência da pessoa e família como elementos proactivos no alcance do seu projeto de vida, estabelecendo um conjunto de intervenções no sentido de promover mudança de

comportamentos, a adoção de estilos de vida saudáveis e adesão a tratamento de longa duração (Ordem dos Enfermeiros, 2001 e 2009).

Assim, no contexto da unidade curricular de estágio do Mestrado de Enfermagem Saúde Familiar e decorrente da experiência prática clínica em cuidados de saúde primários emerge a pretensão da elaboração de um manual de boas práticas de enfermagem na abordagem da pessoa com úlcera vasculogénica que verse a problemática de uma forma holística e colmate as dificuldades do enfermeiros nesta área temática. A elaboração de “guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 12).

De acordo com o descrito o presente estudo empírico tem como objetivo geral elaborar um manual de boas práticas de enfermagem na abordagem da pessoa com úlcera vasculogénica. Para tal, desenhou-se este estudo empírico.

Este encontra-se dividido em 4 capítulos. O primeiro aborda o enquadramento teórico da temática, explorando o que diversos autores demonstraram nos seus estudos sobre úlcera vasculogénica e implicações na adesão ao regime terapêutico. Pretende-se igualmente nesta fase evidenciar a importância do papel do enfermeiro de família na capacitação da pessoa com úlcera vasculogénica para aumentar os níveis de adesão ao regime terapêutico.

No capítulo 2 é apresentado o processo metodológico escolhido para dar resposta às questões de investigação e onde se descreve o tipo de estudo, população e amostra, problemática e objetivos específicos, instrumentos de recolha de dados, procedimentos éticos e tipo de análise dos dados. Os capítulos 3 e 4 correspondem à apresentação e à discussão dos dados, terminando com as conclusões obtidas no estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O uso seletivo da informação considerada relevante para a compreensão do problema e para a fundamentação da ação correspondente, foi a nossa preocupação na construção do enquadramento teórico. Pretende-se evidenciar o que já foi investigado e que conhecimentos foram já produzidos sobre o tema (Fortin, 1999). Esta informação permitirá estabelecer relação entre os saberes anteriores e o conhecimento resultante dos dados colhidos, sua sistematização e interpretação.

Mediante a problemática identificada abordaremos nos itens seguintes, a úlcera vasculogénica e o seu impacto, suas características e o compromisso que a cronicidade desta alteração implica na adesão ao regime terapêutico da pessoa afetada. Iremos, igualmente abordar qual o papel que o enfermeiro de família desempenha na capacitação da pessoa e família para fazer face a esta alteração, por intermédio da aplicação de estratégias que visem o aumento do nível de adesão a um regime terapêutico que se revela prolongado.

2.1 A úlcera vasculogénica e o impacto da sua cronicidade

Os avanços científicos das últimas décadas promoveram uma maior longevidade nas populações que, no entanto, convivem com maior número de co morbilidades de duração crónica, devido a fatores ambientais e a estilos de vida cada vez menos saudáveis (Sousa, 2005). A doença crónica, incapacitante e irreversível, causa grande impacto na vida das pessoas, porque exige tratamentos prolongados e dispendiosos quer para o próprio quer para os diferentes sistemas de saúde (World Health Organization, 2003). Isto exige políticas de saúde ajustadas à dimensão do problema e maior intervenção a jusante do mesmo. Nesse sentido, a prevenção torna-se de extrema importância, promovendo a adoção de estilos de vida saudáveis. No entanto, quando a doença se instala, é fundamental a promoção da adesão ao regime terapêutico para facilitar o processo de adaptação. (Delgado & Lima, 2001 ; Internacional Council of Nurses, 2011).

A doença crónica é vivenciada de forma única por cada pessoa e família variando consoante o seu ciclo vital e influenciado por fatores intrínsecos (conjunto de crenças e valores e estratégias de *coping* familiar) e extrínsecos (serviços sociais e de saúde) (Hanson, 2005).

Devido ao prolongamento da doença no tempo, esta vai tendo diferentes fases na sua evolução. À pessoa é exigido a adaptação à sua nova condição de vida e a sua ação é determinante para a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença.

Na família, assiste-se à necessária reorganização em torno do elemento doente e da própria doença ou doenças, por intermédio de um ajustamento nas dinâmicas e na redistribuição de tarefas e papéis (Hanson, 2005).

A úlcera vasculogénica é considerada crónica, devido ao seu elevado tempo de cicatrização, frequência de recidivas. Representa um grave problema de saúde pública, produzindo forte impacto socioeconómico na pessoa, família e sociedade (Afonso et al., 2013).

Esta é entendida como sendo uma lesão no membro inferior que atinge desde a epiderme até tecidos mais profundos da pele, surgindo de forma espontânea ou acidental, cuja etiologia pode referir-se a um processo de doença sistémica e que não cicatriza no intervalo de tempo esperado (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, 2009).

Para o International Council of Nurses (2011:82) úlcera é:

“Ferida aberta ou lesão, perda de camada mais profunda de tecido, lesão circunscrita semelhante a uma loca, com diminuição do aporte sanguíneo, tecido de granulação vermelho, necrose do tecido celular subcutâneo, odor da ferida, sensibilidade em redor da periferia, dor, crosta de tecido inflamado e necrótico associado a um processo inflamatório, infeccioso ou maligno”.

Autores como Kelechi, Johnson, & Yates, (2015) mencionam que é uma lesão em que perdura por quatro semanas ou mais e para Fonseca, Franco, Ramos, & Silva, (2012), Abbade & Lastória (2005), Abbade & Lastória (2006) e Afonso et al. (2013) é uma lesão que permanece estagnada em qualquer fase do processo de cicatrização por um período de 6 semanas ou mais e localiza-se a baixo do joelho em qualquer parte da perna incluindo o pé.

Corroborando a ideia de cronicidade, os dados epidemiológicos evidenciam que a média de duração das úlceras é de 6 meses a 1 ano em cerca de 0,11% a 0,18% da população e que 1% a 2% sofrem de recidivas (Briggs & Closs, 2003).

Segundo a Australian Wound Management Association Inc. & New Zealand Wound Care Society Inc. (2011), em 2003, estimava-se que 0.1 a 1.1% da população mundial era portadora de úlceras de perna.

Em Portugal e segundo Pina, Furtado, Franks & Moffatt, (2004) se inferissem a população em estudo para a população total portuguesa, cerca de 14 000 possuiriam úlcera ativa e cerca de 42 000 apresentariam lesão cicatrizada.

No mesmo estudo verificou-se que as úlceras de perna com diagnóstico diferencial estabelecido são predominantemente de origem venosa (80%), seguidas de causa mista (arterial e venosa) em 15% e apenas 5% com etiologia arterial.

Também em Portugal, Afonso et al. (2013) destacaram uma maior taxa de úlceras de origem venosa em cerca de 56%, 26% são de origem mista e 18% com etiologia arterial.

A etiologia mais comum da úlcera vasculogénica é a hipertensão venosa crónica seguido pela diabetes mellitus, artrite reumatoide, lesão traumática, e a osteomielite crónica (Finlayson, Wu & Edwards, 2015 ; Fonseca et al., 2012).

Cerca de 15% a 25% dos utentes correm o risco de desenvolver uma úlcera localizada no pé, como complicação tardia da diabetes por presença de neuropatia periférica ou por doença vascular periférica em associação a deformações da estrutura óssea e que leva a ser uma das principais causas das amputações dos membros (Fonder et al. 2008 ; Frykberg et al. 2006).

Entre as causas menos frequentes, Cruz, Baudrier, & Azevedo (2011) apontam que 10% dos casos tem como causa traumatismos físicos e químicos, infeções, outras neuropatias, vasculites, doenças hematológicas, doenças metabólicas, alterações da coagulação, tumores ulcerados, dermatoses ulceradas e fármacos. Segundo Abbade & Lastória, (2005) e (2006) cerca de 3,5% dos doentes não têm a causa identificada e em alguns casos é multicausal.

Quanto à prevalência por géneros, os estudos são discordantes no entanto Abbade & Lastória, (2005) referem que esta torna-se idêntica em termos de géneros com o aumento da idade.

Benevides, Coutinho, Santos, Oliveira, & Vasconcelos (2012) e Malaquias et al., (2012) referem que a tendência do aparecimento da úlcera é maior para pessoas com baixo poder económico e escolaridade.

Afonso et al, (2013) e Garcia et al (2007) mencionam que a prevalência de úlcera vasculogénica aumenta com a idade traduzindo-se em 1-2% na população global para 3 a 5% na população com mais de 65 anos.

Ainda para Alavi et al. (2016) 22% dos indivíduos desenvolvem a sua primeira úlcera venosa por volta dos 40 anos de idade e 13 % aos 30 anos de idade, podendo estar relacionado com as doenças adquiridas cada vez mais cedo devido aos estilos de vida cada vez menos saudáveis.

Relativamente à localização, esta depende da etiologia, uma vez que a úlcera de origem venosa está geralmente presente na região mais distal dos membros inferiores e zona maleolar. A úlcera arterial é mais frequente na zona maleolar, calcâneos e proeminências ósseas dos pés e a úlcera neuropática localiza-se, em geral, na base dos metatarsos. Perante esta evidência, Benevides, Coutinho, Santos, Oliveira, & Vasconcelos (2012) classificaram três áreas de maior probabilidade do surgimento

das úlceras, destacando na área do pé, a metade distal da perna e zona tibiotársica e a metade proximal da perna.

2.2 Adesão ao regime terapêutico na pessoa com úlcera vasculogénica e família

A presença da úlcera vasculogénica compromete a qualidade de vida ao interferir com o desempenho da pessoa em todas as vertentes da sua vida do quotidiano, quer ao nível familiar, social e profissional, acarretando compromisso da mobilidade física (Finlayson et al., 2015 ; Sousa, 2009 ; Vowden & Vowden, 2006). Tendo em conta as consequências nefastas e a cronicidade desta lesão, importa que a pessoa com úlcera vasculogénica e a família se envolvam no processo de tratamento, conhecendo o processo de saúde/doença e assim desenvolver mecanismos para a adaptação à sua condição. “Neste sentido, inclui-se no tratamento um item significativo, de relevância para o sucesso do cuidado e que representa um desafio para ambos – profissionais e pacientes – pelo intrincado de variáveis que traz em si, que é a adesão ao tratamento” (Silveira & Ribeiro, 2004 p. 93).

Na origem etimológica da palavra “adesão” encontra-se a palavra latina *adharere* que significa agarrar ou unir, Dicionário Etimológico (2016) implicando a existência de vínculo e união.

Adesão para Haynes et al (2005) e Vermeire et al, (2001) é entendida como a aptidão do utente em cumprir o tratamento instituído e que é atribuído a este a possibilidade de cooperar no seu próprio projeto de saúde baseado numa relação terapêutica de proximidade onde se estabelece um compromisso entre o profissional de saúde e o primeiro.

No conceito elaborado pela World Health Organization (2003, p. 3) adesão é: *“the extent to which a person’s behaviour – taking medication ,following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider”*.

Ainda, de acordo com a Internacional Council of Nurses (2011), a adesão é

“Ação auto-iniciada para a promoção do bem-estar, recuperação, reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o

cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente) ”.

Adesão ao regime terapêutico pressupõe relação de parceria entre quem cuida e quem é cuidado através da criação de vínculo emocional e de suporte social. Desde incentivar a pessoa a identificar fatores de risco no estilo de vida, à promoção de hábitos de saúde, ao aumento da consciência para o autocuidado, por intermédio de informação adequada, até à aplicação de esquemas terapêuticos ajustados a cada indivíduo (Silveira & Ribeiro, 2004).

A adesão acarreta uma participação ativa por parte da pessoa no planeamento e na execução do seu regime terapêutico, assumindo a capacidade de decidir por si (Catela & Amendoeira, 2010).

A adesão ao regime terapêutico também depende de como cada pessoa percebe a sua própria saúde e como se adapta à doença, através de diferentes estratégias de *coping* (Sousa et al, 2011). A família gere de forma individual a doença como fonte de *stress*, através de estratégias de *coping* familiar para se auto-organizar, mantendo estabilidade funcional e autonomia da unidade familiar (Figueiredo, 2012).

A adesão ao regime terapêutico pode ser comprometida pela existência de esquemas terapêuticos complexos, por falta de conhecimentos e habilidades da pessoa e família para os gerir, integrando-as nas atividades do quotidiano. Pode também ser comprometida pela demora ou mesma pela ausência de resultados positivos referentes ao tratamento instituído (World Health Organization, 2003).

Almeida et al (2007) destacam a duração do tratamento, as mudanças constantes dos mesmos, e a coexistência de múltiplas doenças, implicando a polimedicação. Haynes et al (2005) apontam os efeitos adversos do tratamento e o insucesso na relação terapêutica entre este e o profissional, como estando na origem da má adesão ao regime terapêutico.

O abandono ou o incumprimento das prescrições terapêuticas, ao não adotar estilos de vida mais saudáveis, está na origem de constantes recaídas e conseqüente prolongamento de períodos de tratamento, levando a sofrimento evitável e a custos adicionais aos sistemas de saúde traduzindo-se num grave problema de saúde pública. (Delgado & Lima, 2001 ; Telles-Correia et al 2008 ; Vermeire et al, 2001).

Este abandono está de igual forma relacionado com a ausência de sintomas em algumas fases da doença, proporciona ao utente a falsa percepção de controlo da mesma (Leite & Vasconcellos, 2003).

O compromisso da adesão ao regime terapêutico está relacionado com desconforto, desmotivação, isolamento social, insuficiente apoio social e ausência de estilos de vida saudáveis (Sell, Souza, Martins, & Amante, 2015).

O isolamento social está relacionado com dependência de outros para se deslocarem (Anderson, 2012).

O desconforto surge por causa do penso e da ligadura, que implica a higiene corporal faseada e o uso de vestuário e calçado adaptado. O compromisso na qualidade de sono devido à dor e edema e a dor na mudança do penso causam transtorno na qualidade de vida da pessoa com úlcera (Chamanga, 2014 ; Van Hecke, Grypdonck, & Defloor, 2009 ; Van Hecke, Grypdonck, & Defloor, 2008).

Os encargos financeiros na aquisição de material de compressão, o absentismo laboral da pessoa ou do cuidador significativo pela necessidade de deslocação aos serviços de saúde para a realização de tratamentos são outros fatores apontados que comprometem a qualidade de vida destes (Sousa, 2009).

Van Hecke, Grypdonck, & Defloor (2009) apontam ainda dificuldades com falta de aconselhamento válido acerca de estilo de vida por parte dos profissionais de saúde como ensinamentos discordantes entre os diferentes profissionais ou mesmo a ausência de qualquer ensino.

Devido a estes fatores, a lesão crónica interfere de forma direta na capacidade de aderir ao regime terapêutico, que na maioria das vezes está relacionada com sucessivos retrocessos na evolução da cicatrização, devido a ciclos de ulceração, cura e re-ulceração, (Van Hecke, Grypdonck, & Defloor, 2009). Para Abbade & Lastória (2006) grande percentagem de recorrência da úlcera associa-se principalmente à não alteração de comportamentos de risco e à não adesão às medidas preventivas.

O impacto da não adesão ao regime terapêutico, ou a incapacidade para a sua gestão, na sequência de uma doença crónica e segundo a World Health Organization (2003) atinge uma importância à escala mundial, traduzindo-se em complicações médicas e psicossociais da doença e em custos para a economia dos países por dissipação de recursos de cuidados de saúde.

Os indicadores de saúde dependem do nível de adesão ao regime terapêutico, na medida que melhor adesão vai permitir diminuir o número de recidivas das doenças crónicas e o grau de gravidade das mesmas. Para essa melhoria é fundamental que se apliquem medidas adequadas a cada caso, tendo em conta todos os fatores que influenciam os níveis de adesão, tais como os que se relacionam diretamente com a doença, com o próprio doente, com o tipo de tratamento, com os profissionais de saúde e os fatores culturais e socioeconómicos (World Health Organization, 2003).

A acessibilidade aos cuidados de saúde, quer através de medicamentos e produtos mais acessíveis e com menores efeitos adversos, quer a profissionais de saúde com quem a pessoa estabeleça uma boa relação de confiança, permite a este escolher

livremente seguir um tratamento prescrito, assumindo a responsabilidade do seu próprio projeto de saúde (Leite & Vasconcellos, 2003).

2.3 Papel do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico

O enfermeiro de família encontra-se numa posição privilegiada para perceber a existência ou não de adesão ao regime terapêutico. Pela avaliação dos fatores facilitadores e não facilitadores deve adequar as suas atitudes e práticas a cada indivíduo e família no seu contexto social, de forma a manter ou aumentar o nível de adesão.

Para World Health Organization (2003) e Ordem dos Enfermeiros (2009) a adesão sai reforçada com a otimização da parceria com outros elementos da equipa de saúde no sentido da união de esforços que permita reconhecer e minimizar os fatores que levam à não adesão do regime terapêutico, principalmente em tratamentos de longa duração.

A adesão ao regime terapêutico é igualmente fortalecida com a satisfação da pessoa com o desempenho do enfermeiro, uma vez que este ao manifestar disponibilidade na prática dos seus cuidados, fornecer informação sobre a lesão e envolver a família no processo de tratamento, evidencia interesse na relação terapêutica (Sousa, Peixoto, & Martins, 2008).

Na continuidade da relação terapêutica, à medida que a pessoa e família tomam conhecimento do percurso da doença, o doente vai reconhecendo as vantagens da adesão ao regime terapêutico e assim envolve-se mais no processo de tratamento. Simultaneamente o enfermeiro deve respeitar a individualidade de cada pessoa e família, personalizando, contextualizando e adaptando as suas intervenções, em parceria com a equipa multidisciplinar onde se inclui a comunidade (Henriques, 2011).

Para Ordem dos Enfermeiros (2001) estas intervenções de enfermagem visam não só a avaliação dos comportamentos e da identificação dos problemas de saúde, mas também passam pela realização de ensinamentos que permitam à pessoa perceber que é capaz de definir a sua autodeterminação comportamental com base nos seus valores, crenças e desejos individuais e de construir o seu projeto de saúde, estendendo a ação ao seu contexto familiar.

Nesta lógica e segundo Wright & Leahey (2002) e Figueiredo (2012) as intervenções do enfermeiro objetivam a mudança de comportamento, de forma a gerir sintomas e adotar novas condutas na presença da doença e a capacitação da família

para maximizar o seu potencial da saúde, informando sobre o que mudar e o porquê, como o fazer e assim adotar atitudes apropriadas à sua nova condição de saúde.

Haynes et al. (2005), Ordem dos Enfermeiros (2009) e World Health Organization (2003) sugerem as seguintes intervenções de enfermagem para o aumento da adesão e que passam por ajustar estratégias educativas e comportamentais tais como:

- Avaliar comportamentos de adesão por intermédio de questões não ameaçadoras que permitam compreender os níveis de adesão;
- Avaliar que efeitos secundários estão a ser vivenciados e suas consequências na qualidade de vida;
- Envolver os utentes e família na auto-monitorização dos valores da tensão arterial, diabetes e outras comorbilidades.
- Explicar os benefícios da adesão e as consequências da não adesão e explicar os possíveis efeitos secundários e ensinar estratégias para lidar com os mesmos;
- Recorrer a lembretes e outras estratégias para evitar esquecimentos de toma de medicação;
- Proceder a um acompanhamento mais estreito recorrendo a sessões de educação para a saúde através da disponibilização de material educativo visual e escrito com instruções concretas aos utentes e direcionados às patologias e complicações, educando para a autogestão do regime terapêutico e autocuidado.
- Incentivar a pessoa a estabelecer relações terapêuticas com os profissionais de saúde e a falar com grupos de pares e suas famílias;

Para além destas, Henriques (2011) realçou a negociação de objetivos para o tratamento, mobilização de recursos da comunidade e a sinalização e referenciação de casos problemáticos.

No que concerne à pessoa com úlcera vasculogénica, é importante que os enfermeiros sejam proativos na procura de informação sobre o contexto social da pessoa, profissão e hábitos de vida. É fundamental identificar a existência de comorbilidades e outros dados que complementam informação para um correto diagnóstico diferencial da etiologia da úlcera. O estabelecimento de relação de confiança, mobilizando competências ao nível da relação de ajuda em concordância com um bom desempenho técnico-científico reforça a adesão ao regime terapêutico (Fonseca, Franco, Ramos & Silva 2012 ; Templeton & Telford, 2010 ; Benevides, Coutinho, Santos, Oliveira & Vasconcelos, 2012).

Igualmente sabendo que a autogestão eficaz da saúde da pessoa produz maior adesão a esquemas terapêuticos, há diminuição de complicações e recidivas. O

enfermeiro implementa estratégias, inteirando-o do progresso da cicatrização e das medidas complementares ao tratamento instituído, que são: repouso, caminhadas, alimentação e hidratação adequadas, controlo de co-morbilidades e evicção de traumatismos no membro afetado. Deste modo, as estratégias a implementar envolvem o processo de cura (Bistreanu, 2009 ; Fonseca et al., 2012).

Gohel & Poskitt, (2010), Kelechi et al, (2015) e Abbade & Lastória (2006) defendem que a abordagem à úlcera deve ser baseada na correta avaliação da etiologia, corrigir as causas subjacentes e promover fatores de proteção para uma cicatrização mais célere.

No caso de pessoas com úlceras de origem venosa, devem ser aconselhadas a elevar os membros sempre que possível, promover o exercício físico para melhorar a eficiência da bomba muscular, cessação tabágica, controlo de consumo de álcool, melhorar hábitos alimentares para controlo da obesidade ou baixo peso e gestão correta da polimedicação prescrita. A terapia compressiva é igualmente recomendada.

No que se refere às úlceras arteriais, para Gohel & Poskitt, (2010) é fundamental uma referenciação para consulta de cirurgia vascular para possível revascularização, incentivar à diminuição dos riscos cardiovasculares e controlo das comorbilidades subjacentes, tais como a hipertensão arterial e diabetes. A abordagem às úlceras mistas é uma pouco mais complexa, uma vez que apresentam características de ambas as etiologias. Poder-se-á recorrer a uma compressão mais moderada, alertando para a remoção da mesma na presença de dor intensa.

A alimentação adequada cumpre um papel de relevância no processo de cicatrização, uma vez que o aporte adequado de energia e de nutrientes facilita a granulação tecidual. A alimentação deve ser constituída por proteínas (responsáveis pela reconstrução tecidual), aminoácidos como a L- arginina (presentes nos laticínios, nozes, feijão, aveia e pão de trigo integral), energia – fornecida pelos alimentos com gordura mono e polinsaturada e hidratos de carbono em doses adequadas, antioxidantes como a vitamina C, A e E, minerais como o zinco, ferro, presentes nos legumes e fruta (Woodward, Sussman, Rice, Ellis, & Fazio, 2009).

No entanto, as recidivas são o maior desafio que os profissionais de saúde, utente e família enfrentam. É importante atuar a jusante do problema, identificando os riscos que estão na origem da úlcera vasculogénica e quais os fatores de proteção que alteram o curso da doença (Finlayson et al., 2015).

Ao desenvolver educação para a saúde, o enfermeiro de família aumenta a capacidade da pessoa e família a fazer livres escolhas que reforçam a sua autonomia e responsabilidade sobre o seu próprio projeto de saúde.

Corroborando esta ideia, Garcia et al. (2007) destacam que o conhecimento adequado da etiologia e subsequente atuação correta são responsáveis pelo sucesso da cicatrização em 43% das lesões e pela melhoria em cerca de 30% dos casos.

Este conhecimento converge para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados através da aquisição de competências técnico-científicas, que por sua vez são consequentes da formação contínua do enfermeiro (Ribeiro, 2013).

A existência de instrumentos como guias orientadores que evidenciam boas práticas na avaliação, tratamento e prevenção das recidivas são fundamentais para a continuidade de cuidados de enfermagem de excelência, não esquecendo a individualidade de cada caso (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010).

O enfermeiro de família deve mobilizar conhecimentos e competências numa relação interpessoal mais próxima, terapêutica e empática valorizando uma comunicação eficiente, individualizando a abordagem ao utente e família como um todo (Phaneuf, 2005). Deve ter capacidade de transmitir que a sua doença é um desafio e não um problema, ajudando a enfrentar a presença da úlcera de forma desafiante e estabelecendo pontes para uma adaptação positiva (Van Hecke, Grypdonck, & Defloor, 2008).

Em suma, os cuidados de enfermagem à pessoa com úlcera vasculogénica e família, e independentemente da causa das mesmas, devem centrar-se nesse binómio tendo em conta o seu contexto socioeconómico e cultural, abordando a problemática de forma holística, avaliando os seus problemas de saúde e a forma como são percebidos por estes e como eles têm impacto nas rotinas do dia-a-dia.

3. METODOLOGIA

Segundo Fortin (2009), a investigação baseia-se na prática profissional e nos problemas sentidos no quotidiano e para Polit & Hungler (2000) a identificação de problemas e a procura das respetivas respostas são o mote para os profissionais adquirirem os conhecimentos.

Assim, neste capítulo encontram-se descritas e fundamentadas as metodologias utilizadas no presente estudo, sendo abordados o tipo de estudo, a população e amostra, critérios de elegibilidade, descrição dos instrumentos de colheita de dados e das variáveis, as considerações éticas, problemática e objetivos e os procedimentos de análises de dados.

3.1 Tipo de Estudo

De acordo com a problemática identificada, realizámos um estudo descritivo e transversal, recorrendo a metodologia quantitativa para dar cumprimento aos objetivos definidos. A escolha deste tipo de metodologia prende-se com o facto de permitir a compreensão holística dos fenómenos envolvidos no problema identificado e de permitir uma análise objetiva dos dados a fim de formular estratégias para posterior resolução (Polit & Hungler, 2000).

Trata-se de um estudo descritivo, porque se pretende dar resposta a questões de investigação, identificando e descrevendo as características de um determinado fenómeno de forma a obter uma visão geral da população. É igualmente um estudo transversal na medida em que se pretende avaliar a frequência do problema da população em estudo, num momento específico (Fortin, 2009).

3.2 População e amostra

A população alvo do presente estudo é constituída pelos enfermeiros de família da USF Senhora de Vagos do ACeS Baixo Vouga.

Foi critério de inclusão, para a constituição da amostra, os enfermeiros de família que realizavam consultas de enfermagem às pessoas com úlcera vasculogénicas em regime ambulatorio ou domiciliário. Assim sendo foram identificados uma amostra de 6 indivíduos elegíveis para a participação no estudo (n=6).

Neste caso, o método de amostragem foi de conveniência ou acidental devido à acessibilidade dos participantes em estudo, circunscrito ao local do estágio e tendo sido a escolha destes, intencional.

Embora a população alvo seja os enfermeiros de família foi necessário identificar e caracterizar os conhecimentos das pessoas com úlcera de vasculogénica de qualquer etiologia, inscritos na USF Senhora de Vagos, de forma a atingir os objetivos traçados para o estudo. Sendo assim foi constituída uma amostra referente às pessoas com úlcera vasculogénica.

Relativamente aos critérios de inclusão para a constituição da amostra das pessoas com úlcera vasculogénica, foram considerados os seguintes:

- Utentes com idade superior a 18 anos;
- Com úlcera vasculogénica independentemente da etiologia presente há mais de seis semanas e/ou com úlcera cicatrizada há menos de um ano;
- Utentes com capacidade cognitiva para interpretar a informação solicitada.

Relativamente aos critérios de exclusão da amostra das pessoas com úlcera vasculogénica:

- Utentes incapazes de responder á informação solicitada no questionário por incapacidade cognitiva;
- Incapacidade no domínio da língua portuguesa falada e escrita.

De forma a identificar o grupo de pessoas com úlcera vasculogénica ativa ou cicatrizada há menos de um ano, foi consultado nos sistemas de informação Sclinico e Mim@uf (dados fornecidos pelo enfermeiro tutor) as pessoas com programa de tratamento de úlceras e feridas, associado no seu processo clínico. Foram identificadas 52 no total. Depois de aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram eleitos 15. Destes, 8 apresentavam úlcera ativa no momento da recolha de dados e 7 apresentavam úlcera cicatrizada há menos de um ano.

3.3 Problemática e objetivos

O presente estudo empírico tem as seguintes questões de investigação:

- Qual o comportamento de adesão ao regime terapêutico da pessoa com úlcera vasculogénica?
- Quais as estratégias de intervenção do enfermeiro de família para promover os comportamentos de autocuidado e de adesão ao regime terapêutico?

Para dar resposta a estas questões de investigação foram definidos os seguintes objetivos:

- Identificar o conhecimento da pessoa com úlcera vasculogénica sobre prevenção, tratamento e reabilitação;

- Caracterizar a população de pessoas com úlcera vasculogénica em estudo sob o ponto de vista clínico;
- Caracterizar as alterações no autocuidado das pessoas com úlcera vasculogénica;
- Identificar as estratégias de intervenção utilizadas pelos enfermeiros de família na capacitação das pessoas com úlcera vasculogénica para o autocuidado e adesão ao regime terapêutico.
- Elaborar um manual de boas práticas de enfermagem na abordagem da pessoa com úlcera vasculogénica.

3.4 Procedimentos de recolha de dados e variáveis em estudo

Fortin (1999, p. 239) menciona que “certas problemáticas não podem ser estudadas satisfatoriamente, por falta de instrumentos de medida pertinentes. Nestas circunstâncias, o investigador procede à conceção de instrumentos de medida apropriados às variáveis a estudar”. Neste estudo em particular, tendo em conta as variáveis, a sua forma de operacionalização e o desconhecimento da existência de instrumentos validados que abordam a adesão ao regime terapêutica em úlceras vasculogénicas, foram elaborados pela investigadora dois questionários tendo por base a revisão da literatura. Um questionário foi aplicado às pessoas com úlceras vasculogénicas, que se passa a designar por QI. O outro questionário foi aplicado aos enfermeiros, que se passa a designar por QII.

A recolha de dados ocorreu entre novembro de 2015 e janeiro de 2016.

O QI constituído por 5 partes: caracterização sociodemográfica; antecedentes clínicos pessoais e comorbilidades, caracterização dos estilos de vidas, caracterização da úlcera vasculogénica e comportamentos de adesão ao regime terapêutico (Apêndice 4).

O QII é constituído por 3 partes: caracterização sociodemográfica; caracterização das áreas de conhecimento sobre úlceras vasculogénicas e estratégias para a adesão ao regime terapêutico (Apêndice 5).

As pessoas que se encontravam a realizar consultas de enfermagem no âmbito de tratamentos de úlceras e feridas, foram convidadas a participar no estudo e as pessoas que tinham realizado consultas de enfermagem, cujas úlceras já estavam cicatrizadas, foram convidadas pelo telefone, a participarem dirigindo-se à USF em data e hora combinada.

A aplicação do QI foi por hétero preenchimento pela investigadora, de forma a melhorar a sua adesão ao estudo.

Após a explicação do estudo e dos seus objetivos, as pessoas foram convidadas a assinarem o consentimento informado (Apêndice 4) e os questionários identificados apenas com números, para manter a privacidade dos participantes.

No que se refere ao QII, procedeu-se o seu preenchimento de forma autónoma pelos enfermeiros de família, após a apresentação do projeto à equipa, realizada durante o estágio de natureza profissional. Foi considerado o mesmo procedimento quanto à assinatura dos consentimentos informados e à identificação dos questionários por números (Apêndice 5).

Para caracterizar a amostra das pessoas com úlcera vasculogénica consideramos as variáveis sociodemográficas, aquelas que caracterizam os participantes em estudo (ver Quadro 1).

Quadro 1 - Variáveis sociodemográficas das pessoas com úlcera vasculogénica

Variáveis	Indicadores
Idade	
Género	<ul style="list-style-type: none"> • Feminino • Masculino
Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Casado • Solteiro • Viúvo • União de facto • Divorciado
Escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Sabe ler e escrever • 1º Ciclo • 2º Ciclo • 3º Ciclo • Ensino secundário • Ensino superior
Situação profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Empregado • Desempregado • Reformado • Estudante • Doméstica
Área de residência	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbana

Foram consideradas as variáveis clínicas como os antecedentes clínicos, consumos aditivos, hábitos alimentares e características da úlcera vasculogénica para caracterizar clinicamente as pessoas com úlcera vasculogénica (ver Quadros 2,3,4 e 5).

Quadro 2 - Variáveis clínicas – Antecedentes clínicos das pessoas com úlcera vasculogénica

Variáveis	Indicadores
Comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Polimedicação	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Vacinação antitetânica atualizada	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não

Quadro 3 - Variáveis clínicas – Consumos aditivos das pessoas com úlcera vasculogénica

Variáveis	Indicadores
Hábitos tabágicos atuais	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Consumo diário de cigarros	<ul style="list-style-type: none"> • <10 cigarros/dia • >=10 cigarros/dia
Tempo em anos da cessação tabágica	<ul style="list-style-type: none"> • <5anos • 5-10 anos • > 10 anos
Hábitos alcoólicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Consumo de outras substâncias aditivas	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não

Quadro 4 - Variáveis clínicas – Hábitos alimentares das pessoas com úlcera vasculogénica

Variáveis	Indicadores
Consumo de bebidas não alcoólicas	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 copos • 3 a 4 copos • >= 5 copos
Nº de refeições diárias	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 refeições • 3 a 4 refeições • >= 5 refeições
Consumo de carnes brancas, ovos e peixe	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre • Quase sempre • Às vezes • Raramente • Nunca
Consumo de carne de porco e vaca	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre • Quase sempre • Às vezes • Raramente • Nunca
Consumo de Fruta	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre • Quase sempre

	<ul style="list-style-type: none"> • Às vezes • Raramente • Nunca
Consumo de legumes	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre • Quase sempre • Às vezes • Raramente • Nunca
Consumo de laticínios	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre • Quase sempre • Às vezes • Raramente • Nunca
Consumo de leguminosas	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre • Quase sempre • Às vezes • Raramente • Nunca
Consumo de hidratos de carbono	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre • Quase sempre • Às vezes • Raramente • Nunca
Confeção dos alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre • Quase sempre • Às vezes • Raramente • Nunca

Quadro 5 - Variáveis clínicas – Características da úlcera vasculogénica das pessoas com úlcera vasculogénica

Variáveis	Indicadores
Presença de úlcera ativa	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Presença de úlcera cicatrizada há < 1ano	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Número de recidivas	
Localização da úlcera	<ul style="list-style-type: none"> • Pé • Metade distal perna e tibiotársica • Metade Proximal da perna
Origem da úlcera	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo • Espontânea • Desconhecida
Extensão da úlcera	<ul style="list-style-type: none"> • 2 cm – 4 cm • 5 cm – 6 cm • 7 cm – 8 cm • >8 cm
Duração da úlcera	<ul style="list-style-type: none"> • > 6sem <6m • >6m <12m • >12m <24m • >24m

Existência de dor	<ul style="list-style-type: none"> • <5 • ≥ 5
Período de maior dor	<ul style="list-style-type: none"> • Manhã • Tarde • Noite • Todo o dia
Presença de edema nos membros inferiores	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Estratégia para prevenir edema	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Elevar o membro • Uso de meia elástica • Descanso
Presença de odor na úlcera	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Presença de prurido nos membros inferiores	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Estratégia para melhorar prurido	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Massagem por cima do penso • Aplicar creme
Frequência do tratamento nas pessoas com úlcera ativa	<ul style="list-style-type: none"> • 1x • 2x • 3x • Diário
Prescrição de antibiótico no último mês	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Local de realização do tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de saúde • Domicílio
Como se desloca para a Unidade de saúde	
Quem leva a pessoa à Unidade de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Sozinho • Filho • Cônjuge

Quanto as variáveis relativas aos comportamentos de adesão ao regime terapêutico. (ver quadro 6) e para facilitar a representação e a análise dos dados, foram agrupadas em 4 grupos distintos referindo-se à atividade física e repouso; alimentação e hidratação; medidas de conforto e regime medicamentoso e tratamento.

Quadro 6 - Variáveis relativas ao comportamento de adesão ao regime terapêutico das pessoas com úlcera vasculogénica

Variáveis	Indicadores
Atividade física e repouso	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe • Não sabe • Cumpre • Não cumpre • Profissional que transmitiu a informação (enfermeiro; outro profissional ou ambos)
Alimentação e hidratação	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe • Não sabe • Cumpre • Não cumpre • Profissional que transmitiu a informação (enfermeiro; outro profissional ou ambos)
Medidas de conforto	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe • Não sabe • Cumpre • Não cumpre • Profissional que transmitiu a informação (enfermeiro; outro profissional ou ambos)
Regime medicamentoso e tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe • Não sabe • Cumpre • Não cumpre • Profissional que transmitiu a informação (enfermeiro; outro profissional ou ambos)

No que se refere à amostra dos enfermeiros de família, o quadro 7 representa as variáveis sociodemográficas consideradas no estudo.

Quadro 7 – Variáveis sociodemográficas dos enfermeiros de família

Variáveis	Indicadores
Idade	<ul style="list-style-type: none"> • 20-29 • 30-39 • 40-49 • 50-59 • ≥60
Género	<ul style="list-style-type: none"> • Feminino • Masculino
Escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura • Mestrado • Douramento • Especialidade

Considerou-se a formação sobre úlceras vasculogénicas como variável para dar resposta às questões de investigação (ver quadro 8).

Quadro 8 - Variáveis relativas à área do conhecimento sobre úlceras vasculogénicas dos enfermeiros de família

Variáveis	Indicadores
Formação sobre úlceras vasculogénicas	<ul style="list-style-type: none">• Sim• Não

As variáveis relativas às estratégias de educação para a saúde foram agrupadas, tal como na amostra anterior, em 4 grupos distintos referindo-se à atividade física e repouso; alimentação e hidratação; medidas de conforto e regime medicamentoso e tratamento (ver quadro 9).

Quadro 9 - Variáveis relativas às estratégias de educação para a saúde dos enfermeiros de família

Variáveis	Indicadores
Atividade física e repouso	<ul style="list-style-type: none">• Aplica• Não aplica
Alimentação e hidratação	<ul style="list-style-type: none">• Aplica• Não aplica
Medidas de conforto	<ul style="list-style-type: none">• Aplica• Não aplica
Regime medicamentoso e tratamento	<ul style="list-style-type: none">• Aplica• Não aplica

3.5 Considerações éticas

Estando a aplicar um processo de investigação dirigido aos enfermeiros de família às pessoas com úlcera vasculogénica, logo ressalta a ideia de pessoa humana. Assim sendo, não podemos desligar-nos da noção de ética e para Fortin (1999) a ética coloca a ideia de limites na procura de obtenção de conhecimentos, tendo em conta o respeito pela autodeterminação e liberdade de escolha da pessoa, respeito pela sua

privacidade e confidencialidade de todos os dados transmitidos pelo próprio e família no que concerne ao Princípio da Autonomia (Hossen, 2006).

Baseado no Princípio da Beneficência inclui-se o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo durante o preenchimento dos questionários. De igual forma foi tido em conta o direito a um tratamento justo e equitativo uma vez que todos os intervenientes neste processo de investigação foram devidamente informados sobre o tipo de estudo, a duração e o objetivo deste, considerando o preenchimento de um consentimento livre e esclarecido a todos os envolvidos (Fortin, 1999) (Apêndices 4 e 5).

Foi igualmente salvaguardada a possibilidade destes recusarem participar no estudo ou desistirem de participar em qualquer momento do estudo, sem detrimento dos cuidados a que têm direito e, em momento algum, os dados pessoais dos mesmos serão divulgados. Os instrumentos de recolha de dados foram codificados de forma a garantir a confidencialidade durante o tratamento dos mesmos. A informação recolhida será destruída após o fim do estudo empírico.

Antes da execução deste trabalho de investigação no âmbito do estágio, foi submetido parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro tendo sido homologado no dia 19 de novembro de 2015 (Anexo 1) e foram solicitadas as autorizações necessárias (Apêndice 6).

3.6 Procedimentos de análise de dados

Após a recolha dos dados das amostras elegíveis é fundamental sistematizá-los recorrendo à análise através de técnicas estatísticas a fim de descrever de forma objetiva os fenómenos observados (Fortin, 2009). Neste estudo, optou-se por utilizar estatística descritiva porque permite analisar e interpretar de forma objetiva os dados colhidos através da criação de tabelas e gráficos (Reis, Melo, Andrade, & Calapez, 1996 ;Pestana & Gageiro, 2014). Para o efeito foi utilizado o programa de análise estatística SPSS - versão 23, recorrendo ao cálculo de percentagens, frequências, médias e desvios padrão.

Uma vez que a nossa opção metodológica passou por colher dados em duas amostras distintas, optou-se por apresentar os resultados em sequência, primeiro resultados referentes às pessoas com úlcera vasculogénica e de seguida referente aos enfermeiros de família.

Inicialmente são apresentados os resultados relativos às pessoas com úlcera vasculogénica referentes às características sociodemográficas, características clínicas e comportamentos de adesão ao regime terapêutico. Seguidamente são apresentados

dados relativos aos enfermeiros de família acerca da caracterização sociodemográfica, conhecimentos sobre úlceras vasculogénicas e das estratégias de adesão ao regime terapêutico.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados provenientes da análise dos dados. Estes foram organizados e serão apresentados de forma gráfica e por intermédio de tabelas, para facilitar a visualização dos mesmos fornecendo uma ligação lógica com os objetivos do estudo.

Os resultados são apresentados de forma sequencial, inicialmente relativos à amostra das pessoas com úlcera vasculogénicas e de seguida os resultados obtidos da análise dos dados da amostra dos enfermeiros de família.

4.1 Caracterização da amostra das pessoas com úlcera vasculogénica

Em relação à caracterização sociodemográfica da pessoa com úlcera vasculogénica constatamos que a maioria (73,3%) são homens, com média de idades de 67,4 anos (Desvio Padrão de 13,7 anos) em que o participante mais novo tem 38 anos e o mais velho tem 86 anos. A maioria era casado (73,3%) e tinham o 1º ciclo de Ensino Básico (93,3%), como escolaridade. A totalidade dos participantes residiam em zona rural e aproximadamente 67% eram reformados (ver Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das pessoas com úlcera vasculogénica (n=15)

Variável	Categoria	n(%)
Género	Feminino	4 (26,7)
	Masculino	11 (73,3)
Idade	< 65 anos	6 (40)
	≥ 65 anos	9 (60)
Estado civil	Casado	11 (73,3)
	Solteiro	1 (6,7)
	Viúvo	1 (6,7)
	Divorciado	2 (13,3)
Escolaridade	1º Ciclo EB	14 (93,3)
	3º Ciclo EB	1 (6,7)
Situação Profissional	Empregado	3 (20)
	Desempregado	2 (13,3)
	Reformado	10 (66,7)
Área de residência	Rural	15 (100)

No que diz respeito aos antecedentes clínicos pessoais e comorbilidades conforme apresentado na tabela 2, verificou-se que a comorbilidade mais prevalente é a insuficiência venosa, seguido de obesidade, hipertensão arterial e diabetes. Dos 93,3% de utentes com insuficiência venosa, cerca de 26,7% foram submetidos a cirurgia às varizes. Em menos de metade da amostra surgem as doenças cardíacas (40%), a neuropatia diabética (40%) e a dislipidemia (33,4%). Em menor escala surgem as doenças respiratórias (20%), nefropatia diabética (20%), doença dermatológica (13,3%), AVC (6,7%) e doença oncológica (6,7%).

Verificou-se que existem participantes que referiram mais do que uma comorbilidade em simultâneo, justificando que o somatório das mesmas, representadas na tabela 2, seja superior a 100%.

Todos os participantes do estudo possuem vacina antitetânica atualizada e a maioria refere ser medicado com mais do que um fármaco (93,3%).

Tabela 2 - Presença de comorbilidades nas pessoas com úlcera vasculogénica (n=15)

Variável	n (%)
Insuficiência venosa	14 (93,3)
Obesidade	12 (80)
HTA	9 (60)
Diabetes Tipo II	9 (60)
Neuropatia diabética	6 (40)
Doença cardíaca	6 (40)
Dislipidemia	5 (33,4)
Cirurgia às varizes	4 (26,7)
Nefropatia diabética	3 (20)
Doença respiratória	3 (20)
Doença Dermatológica	2 (13,3)
Doença hepática	2 (13,3)
Doença Oncológica	1 (6,7)
Antecedentes de AVC	1 (6,7)
Outras	8 (53,3)

No que concerne aos consumos aditivos, tais como consumo de bebidas alcoólicas, tabágicos e de outras substâncias aditivas, os resultados encontram-se representados na figura 3. Cerca de 46,7% dos participantes, revelaram consumir

bebidas alcoólicas. Quanto aos hábitos tabágicos, 80% dos participantes não fumam atualmente e destes 13,3% são ex-fumadores. Dos 20% que fumam, admitiram consumir mais do que 10 cigarros/dia. Nenhum elemento da amostra referiu consumo de outras substâncias aditivas.

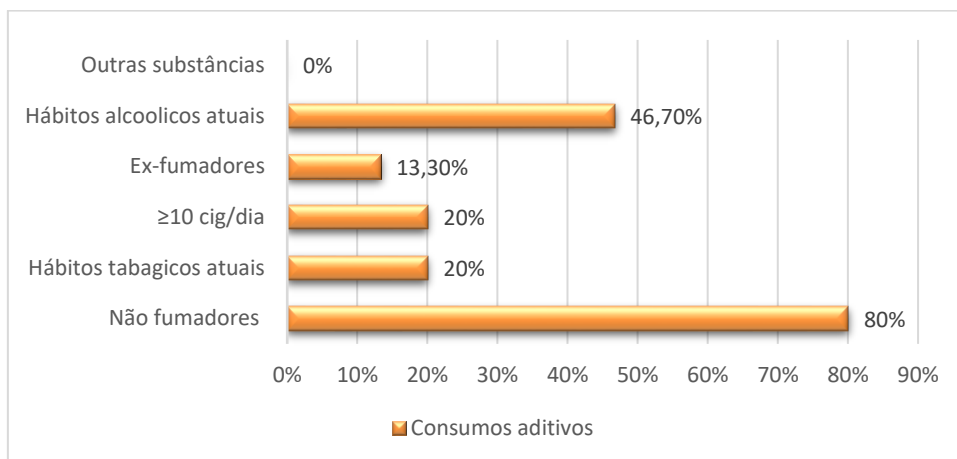


Figura 3 – Representação gráfica da percentagem de consumos aditivos tabágicos, alcoólicos e outras substâncias (n=15)

Relativamente aos hábitos alimentares das pessoas inquiridas, a tabela 3 sistematiza o consumo diário de água, sumos ou chá, consumo de diversos grupos alimentares e a forma como foram confeccionados nos últimos 7 dias. De referir que na tabela foram consideradas as categorias que tiveram resultados.

Da análise dos dados recolhidos foram diferenciadas 2 classes de tipo de alimentação, entre Alimentação equilibrada e Alimentação não equilibrada, segundo indicações de nutrição adequadas da Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2011).

Tabela 3 - Hábitos alimentares das pessoas com úlcera vasculogénica (n=15)

Variável	Categoria	Alimentação equilibrada	Alimentação não equilibrada
		n (%)	n (%)
Nº de copos de água/chá/sumos/dia de 200 ml	1-2		5 (33,3)
	3-4		5 (33,3)
	≥5	5 (33,4)	
Nº de refeições diárias	3-4		9 (60)
	≥5	6 (40)	
Carnes brancas/ovos/peixe	Sempre	10 (66,7)	
	Quase sempre	5 (33,3)	
Carne de porco/vaca	Sempre		1 (6,7)
	Quase sempre		5 (33,3)
	Às vezes		5 (33,3)
	Raramente	2 (13,3)	
	Nunca	2 (13,4)	
Fruta	Sempre	12 (80)	
	Quase sempre	1 (6,7)	
Legumes	Sempre	9 (60)	
	Quase sempre	5 (33,3)	
	Às vezes		1 (6,7)
Lacticínios	Sempre	14(93,3)	
	Nunca		1 (6,7)
Leguminosas	Sempre	3 (20)	
	Às vezes		5 (33,3)
	Raramente		5 (33,3)
	Nunca		2 (13,4)
Hidratos de carbono	Sempre	15 (100)	
Cozidos e grelhados	Sempre	11 (73,3)	
	Quase sempre	4 (26,7)	
Estufados	Sempre		2 (13,3)
	Quase sempre		3 (20)
	Às vezes		5 (33,3)
	Raramente	1 (6,7)	
	Nunca	4 (26,7)	
Fritos ou assados	Quase sempre		1 (6,7)
	Às vezes		4 (26,7)
	Raramente	3 (20)	
	Nunca	7 (46,6)	

Relativamente à caracterização da pessoa com úlcera vasculogénica verificou-se que dos 15 participantes apenas 8 apresentam úlcera ativa com maior prevalência em homens (33,3%) e cerca de 73,3% dos participantes apresentaram uma recidiva no último ano (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização das úlceras vasculogénicas nas pessoas com úlcera vasculogénica

Variável	Categoria	n (%)
Úlcera ativa	Total	8 (53,3)
	Mulheres	3 (20)
	Homens	5 (33,3)
Úlcera cicatrizada há menos de 1 ano		7 (46,7)
Número de recidivas no último ano	1	11 (73,3)
	2	4 (26,7)
Localização da úlcera (n=15)	Pé	5 (33,3)
	Metade distal perna e tibiotársica	8 (53,4)
	Metade Proximal da perna	2(13,3)
Origem da úlcera (n=15)	Traumatismo	7 (46,6)
	Espontânea	4 (26,7)
	Desconhecida	4 (26,7)
Extensão da úlcera (n=8)	2 cm – 4 cm	2 (13,3)
	5 cm – 6 cm	4 (26,7)
	7 cm – 8 cm	1 (6,7)
	>8 cm	1 (6,7)
Duração da úlcera (N=15)	> 6sem <6m	7 (46,7)
	>6m <12m	3 (20)
	>12m <24m	3 (20)
	>24m	2 (13,3)
Existência de dor segundo a escala numérica (n=15)	< 5	5 (33,3)
	≥ 5	10 (66,7)
Período de maior dor	Manhã	2 (13,3)
	Tarde	2 (13,3)
	Noite	7 (46,8)
	Todo o dia	2 (13,3)
	Não respondem	2 (13,3)
Presença de edema nos membros inferiores (n=15)		10 (66,7)
Estratégia para prevenir edema (n=10)	Nada	1 (6,7)
	Eleva o membro	7 (46,7)
	Usa meia elástica	1 (6,7)
	Descanso	1 (6,7)
Presença de odor na úlcera (n=15)		4 (26,7)
Presença de prurido nos membros inferiores (n=15)		7 (46,7)
Estratégia para melhorar prurido (n=7)	Nada	1 (6,7)
	Massagem por cima do penso	3 (20)
	Aplicar creme	3 (20)
Frequência do tratamento nos utentes com úlcera ativa (n =8)	1x	1 (6,7)
	2x	6 (40)
	3x	1 (6,7)
Prescrição de antibiótico no último mês (n=8)		4 (26,7)
Local de realização do tratamento (n=8)		Unidade de saúde 8 (53,3)
Como se desloca para a Unidade de saúde (n=8)	Carro	5 (33,3)
	Motorizada	3 (20)
Quem leva o utente à Unidade de saúde (n=8)	Sozinho	5 (33,3)
	Filho (s)	1 (6,7)
	Cônjuge	2 (13,3)

Continuando a descrição dos resultados presentes na tabela 4, verificamos que a localização predominante é na metade distal da perna e tibiotársica (53,3%) e a origem mais referida foi a traumática (46,7%). De destacar que 13,3% dos participantes apresentam úlcera com uma duração superior a 24 meses e 6,7% apresenta úlcera com uma extensão superior a 8 cm. A grande maioria refere nível de dor acima do valor 5 na escala numérica de dor e o mesmo número de participantes refere presença de edema nos membros inferiores. O odor não foi a queixa mais evidenciada pelos participantes, mas o prurido está presente em quase metade da amostra. Apenas 4 dos 8 participantes com úlcera ativa foram medicados com antibiótico no último mês.

Quanto ao tratamento, os 8 participantes deslocam-se à Unidade de Saúde e a maioria vem sozinho. Quanto à frequência do tratamento, 40% responderam que o realizam 2 vezes por semana.

Relativamente aos comportamentos de adesão ao regime terapêutico e para melhor sistematizar e visualizar os resultados as afirmações foram agrupadas em 4 grupos distintos referindo-se à atividade física e repouso; alimentação e hidratação; medidas de conforto e regime medicamentoso e tratamento, e na tabela 5 encontra-se esquematizado os resultados sobre os comportamentos adquiridos e os cumpridos.

O grupo de comportamentos onde se verifica menor adesão ao regime terapêutico é o da atividade física e repouso, destacando-se que apenas 20% dos participantes conhecia a prática de fazer movimentos de pedalar antes de dormir, como medida de ativação da bomba muscular e mesmo assim apenas 13,3% cumpriam essa medida. A prática de exercício físico como as caminhadas, ginástica ou ciclismo e intercalar essas com períodos de repouso, foram as afirmações que os participantes mais referiam saber, mas onde se verificou menor cumprimento.

Quanto aos hábitos alimentares a grande maioria dos participantes tem conhecimentos adequado sobre a temática, mas mantém-se a tônica de poucos cumprirem. Destaque para a maior adesão sobre a forma de confeccionar os alimentos, uma vez que 100% da amostra sabe que deve evitar os fritos e assados, dando preferência aos cozidos e grelhados. Da totalidade dos participantes apenas 6,7% não cumpre.

Tabela 5 - Comportamentos de adesão ao regime terapêutico das pessoas com úlcera vasculogénica

Comportamento de adesão sobre atividade física e repouso	Sabe	Não sabe	Cumpre	Não Cumpre
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Evitar posições prolongadas de pé ou sentado	9 (60)	6 (40)	6 (40)	9 (60)
Evitar permanecer sentado de pernas cruzadas	10 (66,7)	5 (33,3)	6 (40)	9 (60)
Em viagens longas caminhar um pouco para permitir circulação do sangue nas veias	9 (60)	6 (40)	5 (33,3)	10 (66,7)
Praticar caminhadas ou outra atividade física como ginástica, ciclismo	13 (86,7)	2 (13,3)	4 (26,7)	11 (73,3)
Intervalar períodos de atividade física com repouso	13 (86,7)	2 (13,3)	6 (40)	9 (60)
Fazer movimentos de pedalar antes de dormir	3 (20)	12 (80)	2 (13,3)	13 (86,7)
Levantar os pés da cama 10 a 15 cm	11 (73,3)	4 (26,7)	4 (26,7)	11 (73,3)
Comportamento de adesão sobre alimentação e hidratação	Sabe	Não sabe	Cumpre	Não cumpre
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Evitar obstipação, recorrendo a hidratação oral adequada	13 (86,7)	2 (13,3)	9 (60)	6 (40)
Recorrer alimentação rica em fibra para evitar prisão de ventre.	14 (93,3)	1 (6,7)	8 (53,3)	7 (46,7)
Evitar gorduras saturadas	14 (93,3)	1 (6,7)	7 (46,7)	8 (53,3)
Evitar fritos e assados, preferindo os cozidos e grelhados	15 (100)	-	14 (93,3)	1 (6,7)
Evitar excesso de peso, mantendo uma alimentação equilibrada	14 (93,3)	1 (6,7)	6 (40)	9 (60)
Comportamento de adesão sobre medidas de conforto	Sabe	Não sabe	Cumpre	Não cumpre
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Usar calçado ajustável e com saltos de 3 a 4 cm	13 (86,7)	2 (13,3)	6 (40)	9 (60)
Usar vestuário confortável e largo	15 (100)	-	13 (86,7)	2 (13,3)
Evitar andar descalço	15 (100)	-	14 (33,3)	1 (6,7)
Evitar lugares quentes, como exposição a lareiras ou outras fontes de calor	15 (100)	-	11 (73,3)	4 (26,7)
Recorrer a duche de água tépida a fria nas pernas	4 (26,7)	11 (73,3)	3 (20)	12 (80)
Massajar as pernas, de baixo para cima com creme hidratante.	10 (66,7)	5 (33,3)	9 (60)	6 (40)
Comportamento de adesão sobre regime medicamentoso e tratamento	Sabe	Não sabe	Cumpre	Não cumpre
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Não remover o penso e/ou ligadura antes do dia de tratamento.	15 (100)	-	12 (80)	3 (20)
Não molhar o penso e/ou ligadura, durante a sua higiene	15(100)	-	13 (86,7)	2 (13,3)
Cumprir as indicações que o seu Enfermeiro de Família lhe prescreveu	15 (100)	-	10 (66,7)	5 (33,3)
Cumprir a mediação que o seu Médico de Família lhe prescreveu	15 (100)	-	14 (93,3)	1 (6,7)

No que se refere ao grupo de afirmações sobre medidas de conforto, a afirmação que menciona o recurso ao duche de água tépida ou fria nos membros inferiores, foi a que evidenciou menor conhecimento por parte dos participantes e as afirmações que falam sobre o uso de vestuário e calçado adequado, a evicção de lugares quentes e a evicção de andar descalço, revelam grande adesão ao regime terapêutico, uma vez que a totalidade dos participantes conhece essa informação e a coloca em prática na maioria das vezes.

Nos comportamentos de adesão ao regime terapêutico verificou-se que a maioria das pessoas tinham maior conhecimento e revelaram um maior cumprimento na adesão à medicação e manutenção do penso ou ligadura no domicílio até ao próximo tratamento.

O profissional de saúde que abordou os diferentes temas de comportamentos de adesão encontra-se evidenciado na tabela 6. Salvaguarda para a presença de valor omissivo nalgumas afirmações, porque assumiu-se de que se não tem conhecimento sobre o comportamento de adesão é porque ninguém lhe transmitiu a informação.

Esta variável encontra-se categorizada em duas possibilidades de resposta para quem transmite a informação: Enfermeiro ou outro profissional de saúde. No entanto como não se verificaram repostas isoladas para outro profissional e na maioria das vezes os participantes respondiam tanto enfermeiro como outro profissional, optou-se por considerar uma nova categoria de ambos.

Da análise destes dados deparamos que a figura do enfermeiro de família, pela natureza da relação de aproximação exerce um papel fundamental na transmissão de conhecimentos sobre estratégias e comportamentos a adotar para potenciar a cicatrização e diminuir as recidivas.

Tabela 6 – Identificação do profissional de saúde que realizou educação para a saúde sobre os comportamentos de adesão ao regime terapêutico (n=15)

Comportamento de adesão sobre atividade física e repouso	Enfermeiro	Ambos	Omisso
	n (%)	n (%)	n (%)
Evitar posições prolongadas de pé ou sentado	6 (40)	3 (20)	6 (40)
Evitar permanecer sentado de pernas cruzadas.	6 (40)	4 (26,7)	5 (33,3)
Em viagens longas caminhar um pouco para permitir circulação do sangue nas veias.	7 (46,7)	2 (13,3)	6 (40)
Praticar caminhadas ou outra atividade física como ginástica, ciclismo	7 (46,7)	6 (40)	2 (13,3)
Intervalar períodos de atividade física com repouso	9 (60)	4 (26,7)	2 (13,3)
Fazer movimentos de pedalar antes de dormir	1 (6,7)	2 (13,3)	12 (80)
Levantar os pés da cama 10 a 15 cm	9 (60)	2 (13,3)	4 (26,7)
Comportamento de adesão sobre alimentação e hidratação	Enfermeiro	Ambos	Omisso
	n (%)	n (%)	n (%)
Evitar obstipação, recorrendo a hidratação oral adequada	6 (40)	7 (76,2)	2 (13,3)
Recorrer alimentação rica em fibra para evitar prisão de ventre	5 (33,3)	9 (60)	1 (6,7)
Evitar gorduras saturadas	4 (26,7)	10 (10)	1 (6,7)
Evitar fritos e assados, preferindo os cozidos e grelhados	3 (20)	12 (80)	-
Evitar excesso de peso, mantendo uma alimentação equilibrada	1 (6,7)	13 (86,7)	1 (6,7)
Comportamento de adesão sobre medidas de conforto	Enfermeiro	Ambos	Omisso
	n (%)	n (%)	n (%)
Usar calçado ajustável e com saltos de 3 a 4 cm.	8 (53,3)	5 (33,3)	2 (13,3)
Usar vestuário confortável e largo	11 (73,3)	4 (26,7)	-
Evitar andar descalço	10 (66,7)	5 (33,3)	-
Evitar lugares quentes, como exposição a lareiras ou outras fontes de calor	12 (80)	3 (20)	-
Recorrer a duche de água tépida a fria nas pernas	4 (26,7)	-	11 (73,3)
Massajar as pernas, de baixo para cima com creme hidratante.	5 (33,3)	5 (33,3)	5 (33,3)
Comportamento de adesão sobre regime medicamentoso e tratamento	Enfermeiro	Ambos	Omisso
	n (%)	n (%)	n (%)
Não remover o penso e/ou ligadura antes do dia de tratamento	13 (86,7)	2 (13,3)	-
Não molhar o penso e/ou ligadura, durante a sua higiene	13 (86,7)	2 (13,3)	-
Cumprir as indicações que o seu Enfermeiro de Família lhe prescreveu	11 (73,3)	4 (26,7)	-
Cumprir a mediação que o seu Médico de Família lhe prescreveu	-	15 (100)	-

4.2 Caracterização da amostra dos enfermeiros de família

Na amostra constituída pelos 6 enfermeiros de família que pertencem à Unidade de Saúde Familiar Senhora de Vagos verificámos que em relação ao género os participantes se distribuem igualmente pelas duas categorias, com media de idade (\bar{x}) 49,7 anos e desvio padrão (\pm) de 7,6 anos. Destes elementos, 50% possuem especialidade e nenhum possui outro grau académico para além da licenciatura. Estes dados estão representados na tabela 7.

Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica dos participantes da amostra dos enfermeiros de família (n=6)

Variável	Categoria	n (%)	
Género	Feminino	3 (50)	
	Masculino	3 (50)	
Idade	30-39	1 (16,7)	
	40-49	2 (33,3)	
	50-59	2 (33,3)	
	≥60	1 (16,7)	
	\bar{x} = 49,7 Anos \pm = 7,6 Anos		
Escolaridade/ Habilitação profissional	Licenciatura	6 (100)	
	Especialidade	S. Infantil e Pediátrica	2 (33,3)
		S. Materna e Obstétrica	1 (16,7)

Relativamente à área do conhecimento sobre úlceras vasculogénicas (Tabela 8), metade da amostra referiu que frequentou formação sobre tratamento de feridas e viabilidade tecidual no último ano, no entanto todos os enfermeiros manifestam necessidade de frequentar formação nessa área do saber. Contudo, os resultados demonstram que esse tema não se encontra contemplado no plano de formação em serviço do ano corrente. Importa salientar que os enfermeiros não utilizam qualquer instrumento para caracterizar feridas/úlceras e evidenciam a necessidade de terem um manual de procedimentos para a consulta de enfermagem à pessoa com úlcera vasculogénica.

Tabela 8 - Área do conhecimento sobre úlceras vasculogénicas dos enfermeiros de família (n=6)

Pergunta	Sim	Não
	n (%)	n (%)
No último ano frequentou alguma formação sobre Tratamento de Feridas e Viabilidade Tecidual?	3 (50)	3 (50)
Sente necessidade de ter mais formação na área de Tratamento de Feridas e Viabilidade Tecidual?	6 (100)	-
O Plano de Formação em serviço no seu local de trabalho deste ano inclui formação sobre esta temática?	-	6 (100)
Sente necessidade da existência de um Manual de Procedimentos para a Consulta de Enfermagem à pessoa com úlcera vasculogénica?	6 (100)	-
Recorre a algum tipo de escala para caracterizar Feridas/úlceras?	-	6 (100)

No que se refere às medidas de educação para a saúde no âmbito da consulta de enfermagem, os enfermeiros de família responderam se aplicam ou não. Esses dados encontram-se transcritos na tabela 9.

Relativamente à educação para a saúde no domínio da adesão ao regime terapêutico, os resultados mostram que em relação à alimentação e hidratação; medidas de conforto e regime medicamentoso e tratamento, todos os enfermeiros referem efetuar os ensinamentos. Já no que se refere à atividade física e repouso, a maioria dos enfermeiros (66,7%) assumem que não efetuam esse tipo de ensino e que 33,3% não ensinam os utentes a efetuar movimentos de pedalar antes de dormir, nem de elevação da cabeceira da cama no caso de o diagnóstico ser de úlcera arterial.

Tabela 9 – Educação para a Saúde para adesão ao regime terapêutico aplicada pelos enfermeiros de família (n=6)

Educação para a Saúde sobre atividade física e repouso	Aplica	Não aplica
	n (%)	n (%)
Períodos de repouso durante do dia	6 (100)	-
Posicionamento a adotar com os membros inferiores	6 (100)	-
Períodos de exercício durante viagens longas	6 (100)	-
Prática de exercício físico	2 (33,3)	4 (66,7)
Proceder a movimentos de pedalar antes de dormir	4 (66,7)	2 (33,3)
Elevação dos pés da cama 10 a 15 cm, se úlcera venosa	6 (100)	-
Elevação da cabeceira da cama, se úlcera arterial	4(66,7)	2 (33,3)
Educação para a Saúde sobre alimentação e hidratação	Aplica	Não aplica
	n (%)	n (%)
Promoção de hábitos de hidratação oral adequada	6 (100)	-
Promoção de hábitos alimentares equilibrados evitando excesso de peso e controlo das comorbilidades existentes.	6 (100)	-
Educação para a Saúde sobre medidas de conforto	Aplica	Não aplica
	n (%)	n (%)
Uso de calçado ajustável e com saltos de 3 a 4 cm.	6 (100)	-
Uso de vestuário confortável e largo	6 (100)	-
Evicção da exposição a lugares quentes	6 (100)	-
Recurso a duche de água tépida a fria nas pernas	6 (100)	-
Recurso a massagem das pernas, de baixo para cima com creme hidratante	6 (100)	-
Educação para a Saúde sobre regime medicamentoso e tratamento	Aplica	Não aplica
	n (%)	n (%)
Manutenção de penso limpo e seco até à próxima consulta	6 (100)	-
Cumprimento do regime terapêutico prescrito pelo Enfermeiro e médico de família.	6 (100)	-

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase do trabalho, importa sistematizar o processo de interpretação de toda a informação recolhida que foi alvo de tratamento estatístico. De igual forma, procederemos à discussão desses resultados à luz de outros estudos consultados, tendo também como referência a nossa percepção sobre esta problemática e os objetivos estabelecidos.

Perante a necessidade de caracterizar as pessoas com úlcera vasculogénica constatamos que em termos sociodemográficos, a média das idades dos participantes é de 67,4 anos ($\pm 13,7$ anos) sendo maioritariamente idosos. O participante mais novo tem 38 anos e o mais velho tem 86 anos. Outros estudos apresentam dados semelhantes nomeadamente o estudo de Afonso et al. (2013), cuja média de idades é de 69,16% e de Garcia et al. (2007) onde existe um predomínio de úlceras em indivíduos na faixa etária dos 60 a 80 anos.

No presente estudo, os participantes são maioritariamente do sexo masculino (73,7%), ao contrário do estudo de Pina, Furtado, Franks & Moffatt (2004), pois apontam valores de 42% de homens e de 58% nas mulheres, no entanto no estudo mais recente de Afonso et al. (2013), metade dos participantes com úlcera vasculogénica são do género masculino (56,9%). No estudo de Garcia et al. (2007) a população era maioritariamente constituída por mulheres (56%). Isto faz concluir que não há uma tendência constante quanto ao género sendo uma lesão que acomete indiferentemente tanto homens como mulheres.

Como habilitações literárias 93,3% dos participantes possui o 1º Ciclo do ensino básico, sendo idênticos aos resultados obtidos no estudo de Benevides, Coutinho, Santos, Oliveira & Vasconcelos (2012) que constatou que as úlceras crónicas nos membros inferiores são habituais em idosos com baixa escolaridade (73,6%) e no estudo de Malaquias et al. (2012) onde 85,7% dos participantes também apresentam baixa escolaridade.

No que se refere aos antecedentes clínicos e comorbilidades constatou-se que todos os participantes possuem mais do que uma patologia associada existindo o predomínio da insuficiência venosa em cerca de 93,3%. Comparativamente ao estudo de Garcia et al. (2007) que evidenciou que 62% dos indivíduos apresentaram a doença cardíaca como a comorbilidade predominante, no nosso estudo esta comorbilidade está presente em 40% dos participantes.

A obesidade constituiu a segunda comorbilidade mais presente no nosso estudo (73,3%) valor esse superior ao de Malaquias et al. (2012) embora tenham considerado esta comorbilidade significativa, apresentando um valor de 52,4%.

Quanto aos hábitos tabágicos Malaquias et al. (2012) observou que 71,4% dos participantes eram ex-fumadores e que 19% apresentavam hábitos tabágicos atuais. Comparativamente ao presente estudo apenas 20% dos participantes possuem hábitos atuais enquanto 13,3% são ex-fumadores.

Estes resultados são relevantes uma vez que traduzem que a coexistência de comorbidades está relacionada com o atraso na evolução favorável das úlceras (Sousa, 2009).

No que se refere às características das úlceras vasculogénicas, o Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (2009) identificou que as úlceras dos membros inferiores são lesões que surgem de forma espontânea ou acidental. No presente estudo verificou-se que a principal origem das úlceras foi o traumatismo (46,7%) e 26,7% dos participantes mencionaram uma origem espontânea.

No que se refere à variável de duração das úlceras, os estudos consultados são unânimes em considerar o período superior a 4 ou 6 semanas da cicatrização, como marco para determinar a cronicidade deste tipo de lesão. Afonso et al. (2013) determina o intervalo mínimo de cicatrização de 6 meses para caracterizar a sua amostra em termos de duração, evidenciando que cerca de 30% de participantes se encontram nesse intervalo e cerca de 42,5% dos participantes possuem úlceras com evolução entre 6 a 18 meses. No nosso estudo verificou-se o maior número de participantes no intervalo de 6 semanas a 6 meses com 46,7% da amostra.

Estudos como o de Pina e colaboradores (2004) e de Malaquias et al. (2014) estabelecem a variável duração das lesões a partir de 1 ano e neste intervalo registaram valores de 66% e 35% participantes respetivamente. No nosso estudo constatamos que 33,3% dos participantes apresentam duração superior a 1 ano, aproximando-se dos valores do estudo de Malaquias et al. (2014).

No que se refere à localização da úlcera, a área predominante é na metade distal da perna e tibiotársica o que difere do estudo de Benevides, Coutinho, Santos, Oliveira & Vasconcelos (2012) que evidencia que mais de metade dos participantes apresenta úlcera localizada no pé.

Relativamente ao conhecimento das pessoas com úlcera vasculogénica e às alterações do autocuidado identificados pelo comportamento de não adesão, constatamos que o grupo de medidas com menor adesão foi o relacionado com a atividade física e repouso. Destacando que 86,7% dos participantes sabem que devem praticar caminhadas ou outra atividade física e apenas 26,7% referem cumprir essa medida. Ainda neste grupo de comportamentos evidenciamos que 86,7% já adquiriram

conhecimento sobre a necessidade de intervalar períodos de atividade física com repouso mas 40% dos participantes não dão cumprimento a essa indicação.

O grupo de comportamentos com maior adesão foi o relacionado com o regime medicamentoso e tratamento, uma vez que se verificou que 100% de participantes possuem o conhecimento sobre as medidas relacionadas a manutenção dos cuidados com o penso e/ou ligadura e mais de 80% dos participantes cumprem essas indicações.

Nos comportamentos relacionados com atividade física e repouso; alimentação e hidratação e medidas de conforto existe um nítido incumprimento apesar de os participantes manifestarem conhecimento, o que levanta algumas questões sobre a eficácia da educação para a saúde implementada pelos enfermeiros de família.

Pelo desconhecimento de estudos relacionados com a adesão ao regime terapêutico em pessoas com úlceras vasculogénicas, sendo essa a principal dificuldade identificada no decurso deste estudo, julgamos ser adequado estabelecer relação com outros estudos sobre a adesão ao regime terapêutico em outras patologias crónicas.

Assim sendo e analisando o estudo de Ferreira, Graça & Calvinho (2016) sobre a adesão ao regime terapêutico em pessoas com hipertensão arterial, verificou-se que 47% dos participantes revelaram uma atividade física baixa e tal como no nosso estudo a adesão ao regime medicamentoso é elevada.

Também no estudo de Martins et al. (2009) constatou-se que 40% dos participantes apresentavam baixa atividade física.

Perante estes dados e relacionando com a média de idades verificadas no presente estudo poderemos referir, que com o avançar da idade existe um declínio progressiva das capacidades físicas, podendo estar relacionado com a diminuição atividade física.

Quanto aos hábitos alimentares, no estudo de Ferreira, Graça & Calvinho (2016) cerca de 97,9% dos participantes fazem apenas 3 refeições diárias e 66% faz refeições intercalares considerando estes autores que existe uma boa adesão ao padrão dietético dos participantes.

No nosso estudo verificamos que 60% fazem entre 3 a 4 refeições diárias, o que evidencia um padrão alimentar pouco equilibrado.

Quanto à forma de confeção das refeições, 100% dos participantes do nosso estudo, sabem que devem preferir os cozidos e grelhados e apenas 6,7% refere dar preferência a outra forma de confeção dos alimentos, evidenciando boa adesão ao regime terapêutico nesta área de comportamentos. No estudo de Ferreira, Graça & Calvinho (2016) 30,7% dos participantes utilizam esse meio para preparar as suas refeições.

No que diz respeito à hidratação oral 86,7% respondem que sabem que devem ingerir quantidade adequada de bebidas não alcoólicas (1,5 litros), porém 40% não cumprem. Confrontando com as respostas sobre os hábitos de vida da parte III do QII, cerca de 66,7% dos participantes ingerem quantidade insuficiente de líquidos que comparando com as orientações da Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2011) traduz menor adesão ao regime terapêutico, trazendo implicações na manutenção do peso e comprometendo a cicatrização das úlceras vasculogénicas.

O estudo realizado por Woodward, Sussman, Rice, Ellis & Fazio (2009) evidencia que o consumo adequado de legumes, frutas e proteínas favorece a cicatrização das úlceras. Verificamos que a maioria reconhece as vantagens de manter uma alimentação rica nesses alimentos, uma vez que cerca de 80% dos participantes consomem sempre fruta e 60% consomem sempre legumes. No que se refere ao consumo de alimentos ricos em proteínas, a maioria dos participantes dão preferência às carnes brancas, ovos e peixe.

Os resultados relativos aos hábitos alimentares evidenciam que apesar de realizarem poucas refeições diárias, manifestam preocupação em manter uma alimentação cuidada sob o ponto de vista de consumo de alimentos saudáveis e do método de confeção das refeições.

Cerca de 93,3% dos participantes sabem que devem manter alimentação equilibrada para evitar o excesso de peso. Relacionando estes dados com a caracterização clínica dos participantes, verificamos que 80% desses apresentam Índice de Massa Corporal superior a 26%, fazendo crer que a maioria dos participantes não se percebe como obeso.

Relativamente ao profissional de saúde identificado pelas pessoas com úlcera vasculogénica, responsável por os capacitar com conhecimentos para o seu autocuidado, constatamos que a figura do enfermeiro de família é constante em todas as respostas.

Este facto demonstra que o enfermeiro de família é figura primordial na relação terapêutica, uma vez que assume o perfil de elo de ligação entre a família e os restantes profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O enfermeiro de família não só avalia os comportamentos e identifica os problemas de saúde, mas sobretudo realiza ensinamentos que permitam à pessoa perceber que é capaz de definir a sua autodeterminação comportamental com base nos seus valores, crenças e desejos individuais e de construir o seu projeto de saúde, estendendo a ação ao seu contexto familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

No que concerne ao conhecimento dos enfermeiros de família sobre úlceras vasculogénicas, 50% dos participantes frequentaram formação sobre tratamento de

feridas no último ano. A totalidade dos participantes não recorrem a escalas de avaliação de feridas e úlceras e 100% manifestaram que este tema não se encontra contemplado no seu plano de formação em serviço.

No entanto todos os enfermeiros expressaram a necessidade de atualizar os seus conhecimentos nesta temática e a necessidade de um manual de procedimentos para a consulta de enfermagem à pessoa com úlcera vasculogénica, mostrando crescente preocupação por parte destes em melhorar a qualidade assistencial.

Quanto às estratégias de intervenção utilizadas pelos enfermeiros de família na capacitação das pessoas com úlcera vasculogénica para o autocuidado e adesão ao regime terapêutico, verificamos que a maioria dos participantes afirmaram aplica-las nas consultas de enfermagem no âmbito do tratamento de úlceras.

Nos grupos correspondentes à educação para a saúde sobre a alimentação e hidratação; medidas de conforto e regime medicamentoso e tratamento, 100% dos participantes responderam aplicar esses ensinamentos. No entanto no grupo correspondente às estratégias de educação para a saúde sobre atividade física e repouso, 66,7% não aplicam ensinamentos sobre a prática de exercício físico, 33,3% não aplicam ensinamentos sobre movimentos de pedalar antes de dormir e 66,7% sugerem a elevação da cabeceira da cama, no caso da pessoa com úlcera de origem arterial.

Comparando estes resultados com os comportamentos de adesão ao regime terapêutico por parte das pessoas com úlcera vasculogénica, conseguimos estabelecer paralelismo, uma vez que o grupo sobre atividade física e repouso apresentam menor adesão por parte dos participantes.

Esta constatação corrobora com o que Van Hecke, Grypdonck, & Defloor (2009) referem quando afirmam que a falta de aconselhamento válido acerca dos estilos de vida por parte dos profissionais de saúde influencia negativamente a adesão ao regime terapêutico das pessoas com este tipo de lesão.

Com base nestes resultados foi dada resposta ao objetivo de elaborar um manual de boas práticas de enfermagem para a abordagem da pessoa com úlcera vasculogénica.

A existência de um manual possibilitará munir os enfermeiros com conhecimentos adequados para realizar uma avaliação correta das características das úlceras vasculogénicas, orientando e uniformizando procedimentos tanto no tratamento, como na adequação das estratégias para a adesão ao regime terapêutico, que permitem facilitar a cicatrização e evitar as recidivas. As recidivas serão evitadas se os enfermeiros procederem a educação para a saúde no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis e manutenção da integridade cutânea, motivando e envolvendo as pessoas no processo cuidados.

Assim, entendemos que a existência de guias orientadores de boas práticas são fundamentais para o sucesso da abordagem à pessoa com úlcera vasculogénica (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010). E tal como Ordem dos Enfermeiros (2001, p.12) defende, “os guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”.

A evidência da formação contínua e a uniformização de procedimentos estão patentes em todo o estudo. O papel do enfermeiro é fundamental para a envolvência da pessoa com úlcera vasculogénica e sua família, no processo de cicatrização e na redução de recidivas.

Para Fonseca, Franco, Ramos & Silva (2012) é essencial que o enfermeiro conheça o contexto envolvente da pessoa e família alvo dos cuidados no sentido de aumentar a adesão ao regime terapêutico. Nesse sentido o manual, ao incluir os instrumentos de avaliação familiar, tendo por base a relação de proximidade, ajudam o enfermeiro a conhecer os fatores inibidores e facilitadores para envolver a pessoa e família no processo de tratamento.

Para os mesmos autores a participação ativa dos cuidadores significativos no plano de cuidados, corrobora o conceito de circularidade como propriedade das relações familiares e da família com o enfermeiro, defendidos por Wright & Leahey (2002), em que as atitudes de um elemento influenciam os restantes.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

A vivência com pessoas portadoras de úlcera vasculogénica e o testemunho das implicações que esta lesão coloca no seu quotidiano, motivaram a reflexão sobre o papel dos enfermeiros de família, como agentes de mudança de comportamentos por forma a promover estilos de vida mais saudáveis.

Neste sentido destaca-se o papel do enfermeiro de família na compreensão da família de forma holística, como unidade social, única e com subsistemas em interação entre si e com o contexto onde se inserem.

Esta visão leva-os a perceber que cumprem um papel preponderante no conhecimento da família, das suas características e propriedades funcionais, estruturarias e desenvolvimentais.

Por intermédio da avaliação familiar, o enfermeiro de família toma contacto com todas as vulnerabilidades, recursos intrínsecos e extrínsecos, permitindo à família sentir-se implicada no processo de tratamento, adaptação e ajustamento à doença de evolução prolongada.

Na tríade enfermeiro/pessoa/família estabelece-se uma relação de parceria numa filosofia co-colaborativa e numa intervenção holística e sistémica, em que os primeiros potencializam as forças, recursos e competências da família, fazendo-os corresponsáveis pelo seu projeto de saúde (Figueiredo, 2012).

Através da relação terapêutica construída numa base de confiança recíproca no decurso dos processos de transição saúde/doença, obtém-se ganhos em saúde através da diminuição do tempo de cicatrização e diminuição das recidivas. Estes ganhos são obtidos pela implementação de estratégias de coping familiar e individual em específico na presença da úlcera vasculogénica.

Com este estudo pretendeu-se perceber quais as estratégias de intervenção que os enfermeiros de família aplicam para promover a adesão ao regime terapêutico na pessoa com úlcera vasculogénica. Para melhor entender esta problemática foi estudada a população de pessoas com úlcera vasculogénica e quais os comportamentos de adesão identificados como sabidos e cumpridos por estes.

Verificamos que a maioria das pessoas com úlcera vasculogénica possui conhecimentos sobre os comportamentos de adesão em específico sobre alimentação equilibrada, atividade física e repouso, medidas de conforto e gestão de regime medicamentoso e tratamentos. No entanto verificamos que a percentagem dos participantes que cumprem essas medidas é bastante inferior, com maior destaque para o conjunto de comportamentos relacionados com a atividade física e repouso. Foi

precisamente no grupo de estratégias relacionadas com a atividade física e repouso onde mais enfermeiros manifestaram não aplicar ensinamentos de educação para a saúde.

O grupo de comportamentos de adesão onde as pessoas com úlcera vasculogénica revelam maior adesão foi o relacionado com as medidas de gestão medicamentosa e de tratamento.

Partilhando da visão de Ferreira, Graça & Calvino (2016), é essencial o aumento da adesão a estilos de vida mais saudáveis, para melhoria da saúde das populações. Este objetivo maior encontra-se fundamentado ao nível das orientações internacionais e no plano nacional de saúde, devendo ser adotado por todos os profissionais e mais especificamente pelos enfermeiros de família pela sua posição privilegiada de proximidade das famílias.

Esta proximidade permite abordar as estratégias para a adesão ao regime terapêutico de forma individualizada, adequada às características de cada família e estabelecer metas atingíveis para a autonomia em processos de saúde/doença. De igual forma permite capacitar as famílias com o conhecimento adequado para mudanças de comportamentos e realizar escolhas mais adequadas ao seu próprio projeto de saúde.

O presente estudo motivou a elaboração do manual de boas práticas para a consulta de enfermagem à pessoa com úlcera vasculogénica e família, entregue na USF Senhora de Vagos, que pretende ser um guia para ajudar a capacitar os enfermeiros de família na formulação do diagnóstico diferencial das úlceras vasculogénicas. Esta capacitação permitirá estabelecer intervenções de enfermagem focadas na educação para a saúde e na escolha do tratamento adequado, promovendo a otimização da qualidade de vida destas pessoas e famílias.

O fator tempo e a dimensão da amostra limitaram este estudo, uma vez que não foi possível estabelecer correlação estatística entre os comportamentos de adesão ao regime terapêutico e o conjunto de intervenções dos enfermeiros de família.

Consideramos como limitação o acesso a poucos estudos sobre a adesão ao regime terapêutico ao nível de pessoas com úlcera vasculogénica e que nos impossibilitou de fundamentar as conclusões do nosso estudo.

Apesar de, em todos os momentos, este estudo pautar pelo rigor e isenção no processo de investigação, consideramos que o hétero-preenchimento do questionário aplicado à pessoa com úlcera vasculogénica poderá ter condicionado as respostas dos mesmos.

Seria desejável que no futuro o âmbito de ação deste estudo seja alargado, de forma a conhecer melhor as necessidades dos enfermeiros de família nesta temática e ambicionamos que mais equipas tenham acesso ao manual de boas práticas de enfermagem à pessoa com úlcera vasculogénica.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A mudança de paradigma na abordagem dos problemas de saúde do nosso país, com a criação do SNS no fim do século passado, com a reforma dos cuidados de saúde primários e com a mudança da visão da saúde em geral, veio introduzir a melhoria da assistência às populações.

A visão holística do indivíduo integrado num panorama macro, inserido numa família e esta numa comunidade, capaz de ser autónomo na gestão do seu projeto de saúde, veio alterar definitivamente o âmbito dos cuidados de enfermagem nos CSP.

Esta nova viragem nos cuidados de saúde aproxima os serviços às pessoas e famílias, das suas reais necessidades, expectativas e potencialidades.

No quadro das reformas dos cuidados de saúde primários emerge a figura do enfermeiro de família, cuja intervenção é direcionada para a família com toda as suas características individuais, recursos intrínsecos (conjunto de crenças e valores e estratégias de *coping* familiar) e extrínsecos (serviços sociais e de saúde). Este acompanha-a ao longo do seu ciclo vital, ocupando o papel de elo de ligação da família com a vasta rede de profissionais de saúde, serviços de saúde e sociais assegurando a equidade de acesso aos cuidados de saúde.

Urge desenvolver estratégias no sentido de consolidar a implementação do Decreto-Lei n.º 118/2014 do Ministério da Saúde (2014), atribuindo a cada família um enfermeiro, responsável, na sua área de intervenção, cuidar da família como unidade de cuidados, prestando cuidados específicos e gerais nas diferentes fase do seu ciclo vital, no âmbito da prevenção primária, secundária e terciária. O enfermeiro de família promove a capacitação da família e dos seus subsistemas perante as diferentes tarefas desenvolvimentais, facilitando a adaptação, o ajustamento, a autonomia e consecução do seu próprio projeto de saúde.

Tendo em conta os pressupostos anteriores, o Mestrado em Enfermagem em Saúde Familiar culmina nesta experiência enriquecedora que o estágio proporcionou, mobilizando os saberes anteriores e os conhecimentos ao nível de formando, assim como a realização de um estudo empírico.

O estágio permitiu refletir sobre as práticas do quotidiano, sempre com o objetivo em mente da melhoria de prestação de cuidados de enfermagem englobados numa equipa multiprofissional.

O presente relatório pretendeu relatar as atividades desenvolvidas e realizar reflexão sobre a aquisição das competências necessárias para o desenvolvimento desta área de conhecimento da enfermagem.

Foi possível identificar a complexidade do sistema familiar, com todas as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização; conceber a família como unidade em transformação à mercê de transições normativas e acidentais, desenvolver cuidados específicos para facilitar a capacitação das famílias face a essas transições; desenvolver o processo de cuidados numa atitude colaborativa com a família em todas as fases do seu ciclo vital; realizar avaliação familiar nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional; reconhecer eventos de especial complexidade, enunciando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar e por fim avaliar as intervenções de maneira a promover as mudanças para a continuidade do funcionamento da família.

O trabalho desenvolvido diretamente com as pessoas portadoras de úlcera vasculogénica, não só na prestação de cuidados à úlcera, mas na educação para a saúde sobre comportamentos de adesão ao regime terapêutico, foi gratificante.

É fundamental enaltecer a pronta resposta dos utentes da USF, cujas úlceras já se encontravam cicatrizadas, em se dirigirem à unidade para participar no estudo empírico. Os utentes manifestaram interesse no envolvimento do estudo e demonstraram preocupação na vigilância e manutenção da integridade da sua pele.

O período vivenciado com a equipa multiprofissional da USF Senhora de Vagos, e em especial com a equipa de enfermagem, traduziu-se numa partilha benéfica de experiências e de ajuda mútua, uma vez que os sensibilizei para a necessidade de formação contínua na temática do estudo empírico e na importância do papel do enfermeiro de família no seio da equipa multiprofissional.

Assim concluo que os objetivos traçados para esta unidade curricular foram atingidos com sucesso, acrescentando, agora, a responsabilidade de evidenciar o papel do enfermeiro de família, melhorando a qualidade dos cuidados de enfermagem na minha prática diária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbade, L. P. F., & Lastória, S. (2005). Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. *International Journal of Dermatology*, 44(6), 449–56. <http://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2004.02456.x>
- Abbade, L. P. F., & Lastória, S. (2006). Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 81(6), 509–522. <http://doi.org/10.1590/S0365-05962006000600002>
- Afonso, A., Barroso, P., Marques, G., Gonçalves, A., Gonzalez, A., Duarte, N., & Ferreira, M. J. (2013). Úlcera crónica do membro inferior — experiência com cinquenta doentes. *Angiologia E Cirurgia Vasculare*, 9(4), 148–153. [http://doi.org/10.1016/S1646-706X\(13\)70035-1](http://doi.org/10.1016/S1646-706X(13)70035-1)
- Alarcão, I. (1991). Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores. *Cadernos CIDInE*, 1.
- Alavi, A., Sibbald, R. G., Phillips, T. J., Miller, O. F., Margolis, D. J., Marston, W., ... Kirsner, R. S. (2016). What's new: Management of venous leg ulcers: Approach to venous leg ulcers. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 74(4), 627–40. <http://doi.org/10.1016/j.jaad.2014.10.048>
- Anderson, I. (2012). Multidimensional leg ulcer assessment. *Nursing Times*, 108(13), 17–8, 20. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22536723>
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2011). *Alimentação Adequada! Faça mais pela sua Saúde!* (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, Ed.). Retrieved from <http://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/AlimentacaoAdequada.pdf>
- Australian Wound Management Association Inc. & New Zealand Wound Care Society Inc. (2011). *Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers*. Cambridge Publishing. Retrieved from https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/ext003_venous_leg_ulcers_aust_nz_0.pdf
- Benevides, J. P., Coutinho, J. F. V., Santos, M. C. L., Oliveira, M. J. A. de, & Vasconcelos, F. de F. (2012). Avaliação clínica de úlceras de perna em idosos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene*. http://doi.org/10.15253/rev_rene.v13i2.213
- Briggs, M., & Closs, S. J. (2003). The prevalence of leg ulceration: a review of the literature. *EWMA Journal*, 3(2), 14–20. Retrieved from http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/journals/EWMA_Journal_Vol_3_No_2.pdf
- Catela, A. I., & Amendoeira, J. (2010). Viver a Adesão ao Regime Terapêutico Experiências Vidas do Doente Submetido a Transplante Cardíaco. *Pensar Enfermagem*, 14(2), 39–54. Retrieved from [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_39-54\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_39-54(1).pdf)
- Chamanga, E. T. (2014). Understanding the impact of leg ulcer bandaging on patient quality of life. *Journal of Community Nursing*, 28(1), 40–47. Retrieved from <http://www.jcn.co.uk/files/downloads/articles/01-2014-understanding-the-impact-of-leg-ulcer-bandaging-on-patient-quality-of-life.pdf>

- Cruz, M. J., Baudrier, T., & Azevedo, F. (2011). Causas infrequentes de úlceras de perna e a sua abordagem. *Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia*. Retrieved from <http://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/view/74>
- Decreto-Lei n.º 118/2014 do Ministerio da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: II série, nº 149 (2014). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/EnfermeiroFamilia_DecLei_118_2014.pdf
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 81–100. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862001000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Dicionário Etimológico. (2016). Origem da palavra Adesão - Etimologia. Retrieved from <http://www.dicionarioetimologico.com.br/adesao/>
- Direção-Geral da Saúde. (2008a). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2008b). *Saúde reprodutiva e Planeamento familiar*. (Direção-Geral da Saúde, Ed.). Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. Norma nº 010/2013 – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013). Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Vacinação. Retrieved from <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2004). Circular Normativa Nº: 13/DGCG - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEER_CircularNormativaDGCG_ProgramanacionalSaudePessoasIdosas.pdf
- Edwards, S. (2014). Finding a place for story: looking beyond reflective practice. *International Practice Development Journal*, 4(2). Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=36bebf81-e416-408c-8ce3-132b2208c209%40sessionmgr4008&vid=28&hid=4113>
- Ferreira, R., Graça, L., & Calvino, M. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº8), 7–15. <http://doi.org/10.12707/RIV15070>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Finlayson, K., Wu, M.-L., & Edwards, H. E. (2015). Identifying risk factors and protective factors for venous leg ulcer recurrence using a theoretical approach: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1042–51. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.016>
- Fonder, M. A., Lazarus, G. S., Cowan, D. A., Aronson-Cook, B., Kohli, A. R., & Mamelak, A. J. (2008). Treating the chronic wound: A practical approach to the care of nonhealing wounds and wound care dressings. *Journal of the American*

Academy of Dermatology, 58(2), 185–206.
<http://doi.org/10.1016/j.jaad.2007.08.048>

Fonseca, C., Franco, T., Ramos, A., & Silva, C. (2012). A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 480–486. Retrieved from <http://redalyc.org/articulo.oa?id=361033316029>

Fortin, M.-F. (1999). *O processo de Investigação, da concepção à realização*. (Lusociência, Ed.) (1^a). Loures.

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do Processo de Investigação*. (Lusodidacta, Ed.). Loures.

Frykberg, R. G., Zgonis, T., Armstrong, D. G., Driver, V. R., Giurini, J. M., Kravitz, S. R., ... Vanore, J. V. (2006). Diabetic foot disorders. A clinical practice guideline (2006 revision). *The Journal of Foot and Ankle Surgery: Official Publication of the American College of Foot and Ankle Surgeons*, 45(5 Suppl), S1-66.
[http://doi.org/10.1016/S1067-2516\(07\)60001-5](http://doi.org/10.1016/S1067-2516(07)60001-5)

Garcia, A., Vasconcelos, L., Valentim, H., Gonçalves, F., Castro, J., Ferreira, E., ... Mota Capitão, L. (2007). Consulta de Úlcera de Perna do Hospital de Santa Marta. Retrieved from <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/304>

Gohel, M. S., & Poskitt, K. R. (2010). Chronic ulceration of the leg. *Surgery (Oxford)*, 28(6), 273–276. <http://doi.org/10.1016/j.mpsur.2010.02.005>

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. (2009). *Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior*. (EdikaMed S. L., Ed.). Retrieved from <http://gneaupp.info/conferencia-nacional-de-consenso-sobre-ulceras-de-la-extremidad-inferior/>

Hallinan, C. M., & Hegarty, K. L. (2016). Advanced training for primary care and general practice nurses: Enablers and outcomes of postgraduate education. *Australian Journal of Primary Health*, 22(2), 113–122.
<http://doi.org/10.1071/PY14072>

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. (Lusociência, Ed.). Loures.

Haynes, R. B., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A., & McDonald, H. P. (2005). Interventions to enhance medication adherence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD000011.
<http://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub2>

Henriques, J. M. D. (2011). *Adesão ao regime terapêutico proposto à pessoa com história de EAM - O papel do enfermeiro*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Retrieved from <http://biblioteca.versila.com/12898594/adeso-ao-regime-teraputico-proposto-pessoa-com-histria-de-eam-o-papel-do-enfermeiro>

Hossen, W. (2006). *Bioética: princípios ou referenciais. O Mundo da Saúde*. São Paulo.

Instituto Nacional de Estatística. (2015a). *Anuário Estatístico da Região Centro 2014*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=224764684&PUBLICACOESmodo=2

- Instituto Nacional de Estatística. (2015b). *Anuário Estatístico de Portugal*. (Instituto Nacional de Estatística IP, Ed.). Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=224787458&PUBLICACOESmodo=2
- Internacional Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.
- Kelechi, T. J., Johnson, J. J., & Yates, S. (2015). Chronic venous disease and venous leg ulcers: An evidence-based update. *Journal of Vascular Nursing : Official Publication of the Society for Peripheral Vascular Nursing*, 33(2), 36–46. <http://doi.org/10.1016/j.jvn.2015.01.003>
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. da P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura* Adherence to prescribed therapy: points for concepts and presuppositions discussion. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 775–782. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>
- Malaquias, S. G., Bachion, M. M., Sant'Ana, S. M. S. C., Dallarmi, C. C. B., Lino Junior, R. de S., & Ferreira, P. S. (2012). Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 46(2), 302–310. <http://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200006>
- Martins, L. C. G., Guedes, N. G., Teixeira, I. X., Lopes, M. V. de O., Araujo, T. L. de, & Araujo, T. L. de. (2009). Physical activity level in people with high blood pressure. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(4), 462–467. <http://doi.org/10.1590/S0104-11692009000400005>
- Ministério da Educação. (2007). *Educação e Formação em Portugal*. (Ministério da Educação, Ed.). Lisboa. Retrieved from [http://www.dgeec.mec.pt/np4/97/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=147&fileName=educacao_formacao_portugal.pdf](http://www.dgeec.mec.pt/np4/97/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=147&fileName=educacao_formacao_portugal.pdf)
- Ministério da Saúde. (2012a). Papel do Enfermeiro de Família nos CSP - Pressupostos para a sua implementação. ACSS. Retrieved from <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/22-papeldoenfermeirodesaudefamiliarinoscsp.pdf>
- Ministério da Saúde. (2012b). Reagrupamento dos centros de saúde - Aspectos e princípios a ter em conta. Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/aces_reagrupamentodoscentrosdesaude_v20120208.pdf
- Neidhardt, E. R., & Allen, J. A. (1993). *Family Therapy With the Elderly*. (Sage Publications, Ed.). California.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar - padroes de qualidade dos cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia Orientador de Boa Prática. *Cadernos Da OE*, 1(1). Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional

- para a Prática de Enfermagem (Cipe®). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Retrieved December 19, 2015, from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. Retrieved April 6, 2015, from http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 367/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, Pub. L. No. Diário da República, 2.ª série — N.º 124 (2015). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padrees_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf
- Peixoto, M. J., & Santos, C. (2009). Estratégias de coping na família que presta cuidados. *Cadernos de Saúde*, 2, 87–93. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/9877>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais - A Complementariedade do SPSS*. (Edições Sílabo, Ed.) (6ª). Lisboa.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Pina, E., Furtado, K., Franks, P., & Moffatt, C. (2004). Úlceras de Perna em Portugal: um Problema de Saúde Subestimado. Retrieved from <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/293>
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2000). *Investigacion científica em ciencias de la salud* (6ª Edição). Mexico: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Portaria n.º 394-A/2012 de 29 de novembro da Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Saúde, Pub. L. No. Diário da Republica: Iª Serie, Nº 231 (2012). Retrieved from <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/30511/0000200005.pdf>
- Porto Editora. (2015). Infopédia Dicionários Porto Editora. Retrieved from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>
- Regulamento nº 126/2011, Pub. L. No. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 (2011). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_126_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudFamiliar.pdf
- Regulamento nº 533/2014 de 2 de dezembro da Ordem dos Enfermeiros, Pub. L. No. Diário da República: 2ª Série, Nº 233 (2014). Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento>

- Reis, E., Melo, P., Andrade, R., & Calapez, T. (1996). *Estatística Aplicada, Volume 1*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família*. (E. Afrontamento, Ed.) (1996th ed.).
- Relvas, A. P. (2000). *Por detrás do Espelho - Da Terapia à Terapia com a Família*. (Quarteto Editora, Ed.). Coimbra.
- Ribeiro, P. (2013). Formação Contínua em Enfermagem – Quais as motivações? *Nursing*, 35–37. Retrieved from <http://www.sep.org.pt/~seporg/images/stories/sep/DOSSIER/2013/11/251113news8.pdf>
- Sá-Chaves, I. (2011). *Formação, conhecimento e supervisão - Contributo nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. (Universidade de Aveiro, Ed.) (3^a).
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). Management of chronic venous leg ulcers: A national clinical guideline. Retrieved from <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/120/>
- Sell, B. T., Souza, M. V. de, Martins, T., & Amante, L. N. (2015, September 16). Qualidade de Vida de Pessoas com Úlceras Vasculogênicas Segundo Ferrans e Powers: Versão Feridas. *Journal of Health Sciences*. Retrieved from <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/biologicas/article/view/3062>
- Silveira, L. M. C. da, & Ribeiro, V. M. B. (2004). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 91–104. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf>
- Sousa, F. (2009). *O “Corpo” que não cura*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Retrieved from [http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19159/2/Dissertao O corpo que no cura.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19159/2/Dissertao%20O%20corpo%20que%20no%20cura.pdf)
- Sousa, M. R. G., Landeiro, M. J. L., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*(4), 151–160. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200016&lng=pt&nrm=iso&tling=pt
- Sousa, M. R., Peixoto, M. J., & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 59–67. Retrieved from http://ui.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2121&id_revista=4&id_edicao=24
- Sousa, J. C. De. (2005). A doença crónica e o desafio da comorbilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 21(6), 533–4. Retrieved from <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10181>
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., & Monteiro, E. (2008). Validation of multidimensional adherence questionnaire for liver transplantated patients (MAQ). *Acta Médica Portuguesa*. <http://doi.org/10.20344/amp.765>
- Templeton, S., & Telford, K. (2010). Diagnosis and management of venous leg ulcers:

- a nurse's role? *Wound Practice and Research*, 18(2), 72–79. Retrieved from http://www.awma.com.au/journal/1802_02.pdf
- UCSP Vagos I. (2014). Candidatura à Unidade de Saúde Familiar Senhora de Vagos. Disponível para consulta nas instalações da unidade.
- Van Hecke, A., Grypdonck, M., & Defloor, T. (2008). Interventions to enhance patient compliance with leg ulcer treatment: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 17(1), 29–39. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01863.x>
- Van Hecke, A., Grypdonck, M., & Defloor, T. (2009). A review of why patients with leg ulcers do not adhere to treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 18(3), 337–49. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02575.x>
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331–42. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11679023>
- Vowden, K. R., & Vowden, P. (2006). Preventing venous ulcer recurrence: a review. *International Wound Journal*, 3(1), 11–21. <http://doi.org/10.1111/j.1742-4801.2006.00180.x>
- Woodward, M., Sussman, G., Rice, J., Ellis, T., & Fazio, V. (2009). Expert Guide for Healthcare Professionals: Nutrition Wound Healing. Retrieved from http://www.awma.com.au/publications/2009_vic_expert_guide_nutrition_wound_healing.pdf
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
- World Health Organization Europe. (1978). Declaration of Alma-Ata, 6–12. Retrieved from <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2002a). *Enfermeiras e Famílias*. (E. R. LTDA, Ed.). São Paulo.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2002b). *Enfermeiras e Famílias - Um guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (Editora Roca LTDA, Ed.) (3ª Edição). São Paulo.

ANEXOS E APÊNDICES

Apêndice 1 – Avaliação da família Santos segundo MDAIF

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MATRIZ OPERATIVA

In: Figueiredo, M. (2011). *Manual de apoio à aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. ISBN: 978-989-20-2670-1.

Avaliação Familiar

Contextualização da Família Santos

A Dona C. Santos frequenta a consulta de enfermagem desde 2012 para tratamento de uma úlcera vasculogénica na metade proximal da perna direita, com vários episódios de recidivas. Apresenta sequelas de traumático crânio-encefálico, resultante de atropelamento em 2012. Estas sequelas refletem -se na mobilidade e ao nível cognitivo, com esquecimento fácil das informações que lhe são dadas, manifestando dependência nas atividades instrumentais e diárias de vida (score de 92 da Escala Modificada de Barthel – Dependência leve).

Vive com o marido, mas tem apoio da família alargada, constituída por quatro filhos adultos e cada uma já com a sua própria família constituída. Esta família apresenta um nível de organização estruturada em torno da dependência da Dona C. Santos, distribuindo papéis e tarefas pelos quatro filhos, entre o controlo do regime terapêutico e idas às consultas.

A Família Santos teve necessidade de recorrer ao apoio de uma IPSS, que a Dona C. Santos frequenta em regime diurno, onde realiza cuidados de reabilitação funcional e terapia ocupacional. Esta medida permitiu uma gestão mais adequada de *stress* de cuidador manifestado pelo Sr. A. Santos, possibilitando que este ainda pratique a sua atividade de agricultor, de onde obtém rendimentos para complementar a reforma.

Os dados foram recolhidos em vários momentos em contexto de consulta de enfermagem durante o período em se deslocou ao centro de saúde para realizar tratamentos à úlcera vasculogénica.

As perguntas foram dirigidas tanto à própria D. C. Santos, como ao marido e à filha Dona I. Santos, que habitualmente a acompanham USF.

No momento da alta do tratamento da úlcera vasculogénica foi indicado o recurso a meia de compressão elástica. Para efeito foi solicitado a colaboração aos elementos da IPSS para vigilância da colocação da meia compressiva, uma vez que o marido tem dificuldade em a colocar, e as filhas ausentam-se cedo de casa para os seus locais de trabalho.

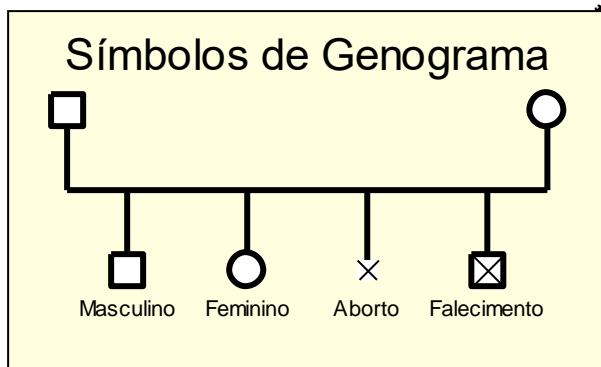
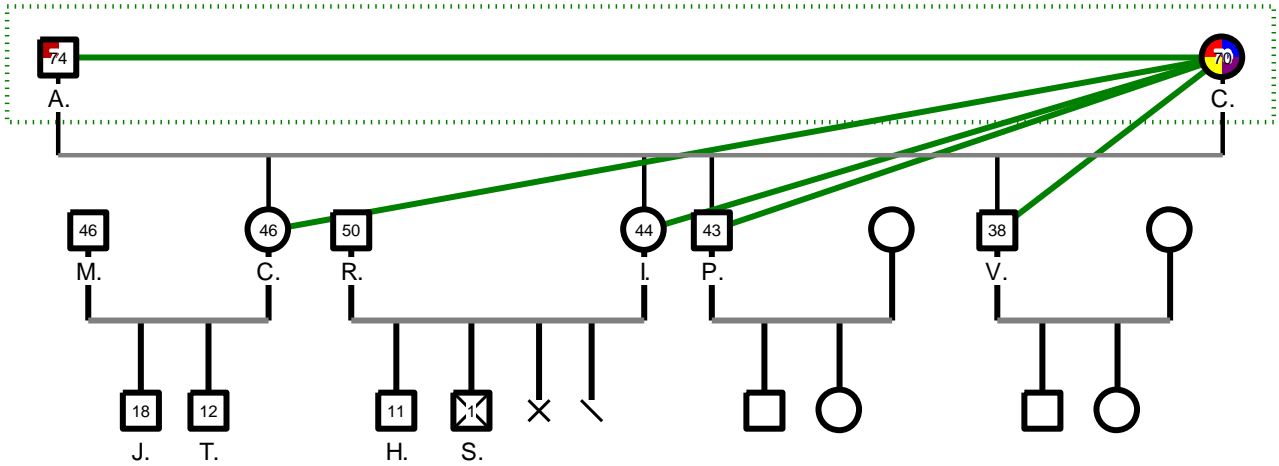
Foi realizado a avaliação das três dimensões familiares – estrutural, desenvolvimental e funcional segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo, recorrendo para o efeito à Matriz Operacional do mesmo.

Importa fazer a ressalva que foram tido em conta todos os procedimentos éticos e legais para a colheita, tratamento dos dados e a sua exposição neste documento.

DIMENSÃO ESTRUTURAL

Composição da Família

Genograma



Rótulo da Relação Emocional

— Harmonia

Úlceras Vasculogénicas
 Insuficiência Venosa Periférica
 Diabetes
 Sequelas de Traumatismo Cranioencefálico
 Hipertensão Arterial

Tipo de Família

- Casal ■

Família extensa – Tipo de contacto

- Pessoal ■

Família extensa – Intensidade de contacto

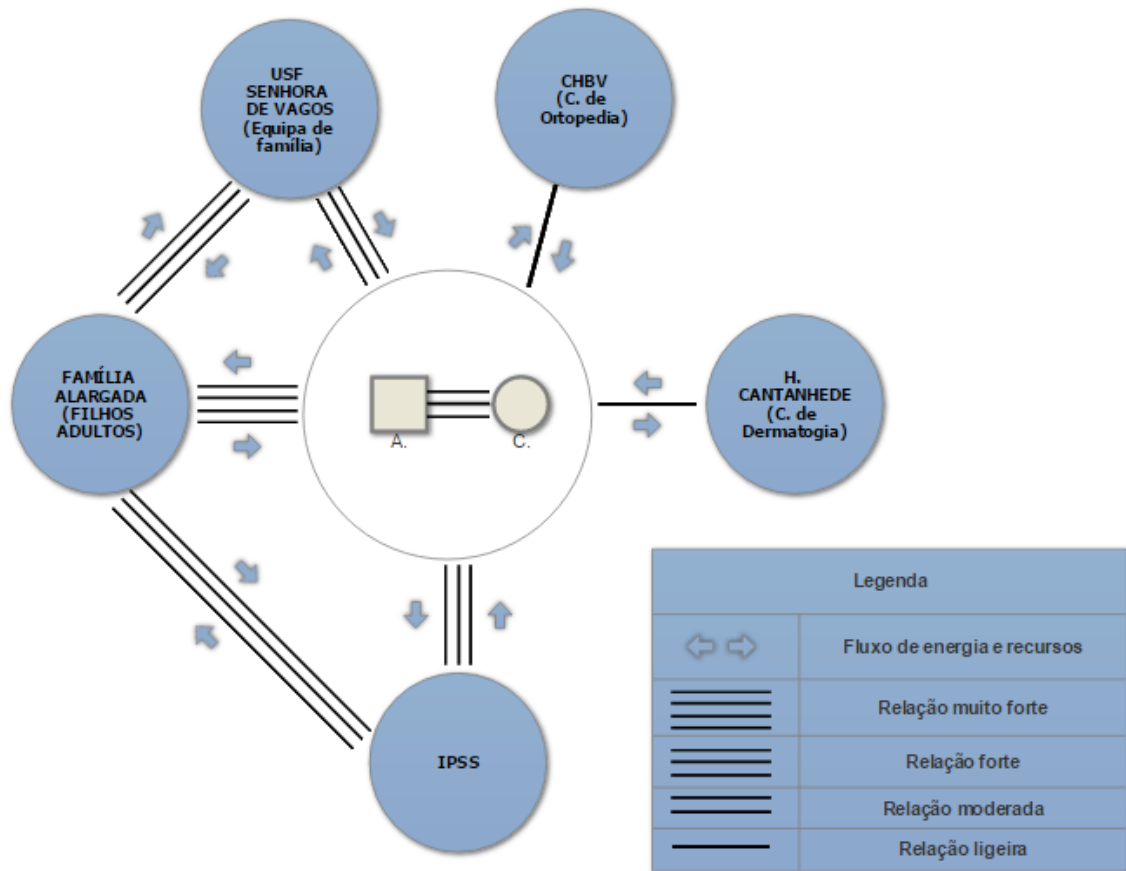
- Diário ■

Família extensa – Função das relações

- Companhia social ■
- Apoio emocional ■
- Guia cognitivo e conselhos ■
- Regulação social ■
- Ajuda material e de serviço ■
- Acesso a novos contactos ■

↻ Sistemas mais Amplos

▪ Ecomapa



↻ Classe Social (Escala de Graffar adaptada)

O teste de Graffar avalia a classe social em concordância com a soma dos pontos obtidos numa classificação de cinco critérios, sendo eles: a profissão, o nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro habitado, que apresentou o resultado (20 pontos) que permite enquadrar esta família no grau 4 – classe média baixa, conforme se pode verificar do quadro 1.

Profissão	Grau	Instrução	Graus	Origem do Rendimento Familiar	Graus	Tipo de Habitação	Graus	Local de Residência	Grau
Grandes empresários; Gestores de topo do sector público e privado (> de 500 empregados); Professores universitários; Brigadeiro, general, marechal; Profissões liberais (curso superior); Altos dirigentes políticos.	1	Licenciatura; Mestrado; Doutoramento.	1	Lucros de empresas, de propriedades; Heranças.	1	Casa ou andar luxuoso, espaçoso e com máximo de conforto.	1	Zona residencial elegante	1
Médios empresários; Dirigentes de empresas (de 500 empregados); Agricultores e proprietários; Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado; Oficiais das forças armadas; Professores do ensino básico e secundário.	2	Bacharelato.	2	Altos vencimentos e honorários (10 vezes o salário mínimo nacional);	2	Casa e andar bastante espaçoso e confortável.	2	Bom local	2
Pequenos empresários (de 50 empregados); Quadros médios; Médios agricultores; Sargentos e equiparados.	3	12º Ano; Nove ou mais anos de escolaridade.	3	Vencimentos certos.	3	Casa ou andar modesto em bom estado de conservação.	3	Zona intermédia	3
Pequenos agricultores e rendeiros; Técnicos Administrativos; Operários semiqualeificados; Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas.	4	Escolaridade ≥ 4 Anos e <9 anos.	4	Remunerações ao salário mínimo nacional; Pensionistas ou reformados; Vencimentos incertos.	4	Casa ou andar degradado.	4	Bairro social/operário. Zona antiga	4
Assalariados agrícolas; Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores.	5	Escolaridade <4 Anos; Analfabetos.	5	Assistência (subsídios).	5	Impróprio (barraca, andar ou outro); Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade.	5	Bairro de lata ou equivalente	5

Quadro 1 – Escala de Graffar

Fonte: Adaptado de Figueiredo (2012, p. 194)

↻ Edifício residencial

↻ Barreiras arquitetónicas SIM NÃO

↻ Aquecimento SIM NÃO

↻ Tipo de aquecimento

- Aquecedor elétrico
- Lareira
-

↻ Abastecimento de gás SIM NÃO

↻ Tipo de abastecimento de gás

- Gás de botija

↻ Higiene da habitação SIM NÃO

↻ Sistema de abastecimento

↻ Abastecimento de água

- Rede mista (pública e privada)

↻ Utilização da água da rede privada para consumo humano SIM NÃO

- Controle da qualidade da água SIM NÃO

↻ Serviço de tratamento de resíduos

- Fossa séptica

↻ Ambiente Biológico

↻ Animal doméstico SIM NÃO

- Se sim qual ou quais: *cão e coelhos*
- Vacinação SIM NÃO
- Desparasitação SIM NÃO
- Observações: O animal de companhia é um cão que frequenta tanto o interior como o exterior da habitação. Possuem coelhos que encontram-se em instalações próprias para o efeito e destinam-se ao consumo doméstico. Existe preocupação na higiene da habitação, assim como das instalações no exterior, para os animais.

DIMENSÃO DESENVOLVIMENTO

🕒 Etapa do Ciclo Vital Familiar

Família com filhos adultos

Satisfação Conjugal

🕒 Relação Dinâmica

- Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas
Identificação do cônjuge

SIM NÃO - C. Santos

SIM NÃO A. Santos

- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos
Identificação do cônjuge

SIM NÃO C. Santos

SIM NÃO A. Santos

- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos
Identificação do cônjuge

SIM NÃO C. Santos

SIM NÃO A. Santos

O Sr. A. Santos por vezes não é entendido pela esposa, porque esta nem sempre cumpre as orientações que lhe são dadas, para a realização de tarefas diárias básicas, como a sua higiene corporal, repouso durante a noite e preparação de pequenas refeições.

🕒 Comunicação

- O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um SIM NÃO
- O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião SIM NÃO
- Satisfação com o padrão de comunicação do casal
Identificação do cônjuge

SIM NÃO

SIM NÃO

O padrão de comunicação do casal encontra-se afetado pela limitação cognitiva da D. C. Santos.

🕒 Interação Sexual

- Satisfação do casal com o padrão de sexualidade
Identificação do cônjuge

SIM NÃO

Ambos manifestam desinteresse na sexualidade.

- Conhecimento do casal sobre sexualidade SIM NÃO

🔄 Função Sexual

- Disfunções sexuais

Identificação do cônjuge

SIM NÃO C. Santos

SIM NÃO A. Santos

- Tipo de disfunção
Perturbação do desejo sexual

Disfunção eréctil

- Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais SIM NÃO

Papel Parental

Família com filhos adultos

🔄 Conhecimento do papel

Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental SIM NÃO

🔄 Comportamentos de adesão

Adaptação da Família à saída dos filhos de casa:

Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto SIM NÃO

Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos SIM NÃO

Satisfação com o contacto mantido com o filho SIM NÃO

Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a) SIM NÃO

🔄 Consenso do Papel SIM NÃO

🔄 Conflitos de papel SIM NÃO

🔄 Saturação do papel SIM NÃO

DIMENSÃO FUNCIONAL

☞ Membro da família dependente SIM ■ NÃO

🕒 Dependência em:

▪ Autocuidado Higiene Prestador de cuidados SIM ■ NÃO

Membro da família SIM ■ NÃO

Se SIM quem: **marido**

Membro da família extensa SIM ■ NÃO

(filhas)

▪ Autocuidado Vestuário SIM ■ NÃO

▪ Autocuidado Comer SIM ■ NÃO

▪ Autocuidado Beber SIM ■ NÃO

▪ Autocuidado Ir ao sanitário SIM ■ NÃO

▪ Autocuidado Comportamento sono-reposo SIM ■ NÃO

▪ Autocuidado Atividade de lazer Prestador de cuidados SIM ■ NÃO
Membro da família SIM ■ NÃO

Se SIM quem: marido

Membro da família extensa SIM ■ NÃO

(filhos)

▪ Autocuidado Atividade Física Prestador de cuidados SIM ■ NÃO
Membro da família SIM ■ NÃO

Se SIM quem: marido

Membro da família extensa SIM ■ NÃO

(filhas)

▪ Gestão do regime terapêutico Prestador de cuidados SIM NÃO
Membro da família SIM ■ NÃO

Se SIM quem: **marido**

Membro da família extensa SIM ■ NÃO

(filha: C. Santos; filhos: I. Santos, P. Santos e V. Santos: gestão de datas e idas às consultas e tratamentos)

▪ Autovigilância Prestador de cuidados SIM ■ NÃO
Membro da família SIM ■ NÃO

Se SIM quem: marido

Membro da família extensa SIM NÃO

(filhas)

- Auto-Administração de medicamentos SIM NÃO
Prestador de cuidados

Membro da família extensa SIM NÃO

(filha: C.Santos)

Papel de Prestador de cuidados

☞Conhecimento do papel

Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)</p> <p>SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p>
<p>Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo</p> <p>SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p>
<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia</p> <p>SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p>
<p>Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia</p> <p>SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p>

**Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado
Atividade recreativa**

<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência</p> <p>SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p>
<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/></p>

**Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado
Atividade física**

<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência</p> <p>SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p>
<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)</p> <p>SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p>
<p>Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)</p> <p>SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p>
<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos</p>

SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos
SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> (compressão dos membros inferiores – meias elásticas)
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso
SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência
SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia
SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar
SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar
SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial
SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Auto-Administração de medicamentos

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

Comportamentos de adesão

O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
O Prestador de cuidados promove Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-repouso adequado ao membro da família dependente SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
O Prestador de cuidados promove actividades recreativas adequadas ao membro da família dependente SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

Consenso do Papel

SIM NÃO

Conflitos de papel

SIM NÃO

Saturação do papel

SIM NÃO

Se SIM, especificar _____

Processo Familiar

U Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

De acordo com os dados fornecidos pela família Santos, as únicas mudanças ocorridas recentemente na sua vida, relacionam-se com:

- Ocorrência do acidente grave com a D. C. Santos, em 2012 (53 pontos);
- Passagem à reforma (45 pontos),
- Doença grave na família – neto da D. C Santos, presença de ulcera vasculogénica na D. C Santos (44);
- Morte familiar próximo – neto da D. C. Santos, em 2012 (53);
- Alteração dos hábitos pessoais (24 pontos),
- Alteração atividades sociais (18 pontos)
- Mudança nos hábitos de sono (16 pontos)

A Escala apresenta um total de 277 pontos (valor compreendido entre 200 e 300), revelando que a família tem 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e /ou psíquica.

U Comunicação Familiar

U Comunicação Emocional

- Quem na família expressa mais os sentimentos – filha I. Santos
- Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos
SIM NÃO
- Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros
SIM NÃO
- Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família
Favorável
Não favorável

U Comunicação Verbal/ Não verbal

- Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem.
SIM NÃO
- Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros
SIM NÃO

U Comunicação Circular

- Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família
SIM NÃO

- Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa
Favorável
Não favorável

🕒 Coping Familiar

🕒 Solução de Problemas

- Quem na família habitualmente identifica os problemas: as Filhas C. e I.
- Quem tem a iniciativa para os resolver: as Filhas C. e I.
- Existe discussão sobre os problemas na família
SIM NÃO
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas
SIM NÃO
- A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas
SIM NÃO
- Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas
SIM NÃO

🕒 Papéis Familiares

🕒 Interação de Papéis

- Papel provedor
Quem desempenha: **A. Santos**
Consenso do Papel SIM NÃO
Conflitos de papel SIM NÃO
Saturação do papel SIM NÃO
- Papel gestão financeira
Quem desempenha: **A. Santos**
Consenso do Papel SIM NÃO
Conflitos de papel SIM NÃO
Saturação do papel SIM NÃO
- Papel Cuidado Doméstico
Quem desempenha: **A. Santos e filhas**
Consenso do Papel SIM NÃO
Conflitos de papel SIM NÃO
Saturação do papel SIM NÃO

- Papel Recreativo
Quem desempenha: **Filhos**
- Consenso do Papel SIM NÃO
- Conflitos de papel SIM NÃO
- Saturação do papel SIM NÃO
- .Papel de Parente
Quem desempenha: **A. Santos e filhos**
- Consenso do Papel SIM NÃO
- Conflitos de papel SIM NÃO
- Saturação do papel SIM NÃO

Relação Dinâmica

⌚.Influência e Poder

- Membro com maior poder na família: **A. Santos**
- Satisfação da família relativamente à influência de cada membro na, nos comportamentos dos outros
SIM NÃO

⌚Alianças e Uniões

Existem na família alianças entre alguns dos seus membros

SIM NÃO

Se Sim especificar (quem e que tipo de alianças)

Os filhos do casal estabelecem entre si união face às dificuldades manifestadas pela dependência da D. C. Santos e o stress manifestado pelo Sr. A. Santos, dividindo entre si, e conforme as disponibilidades pessoais, as tarefas e cuidados os mesmos.

- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união
SIM NÃO

⌚Funcionalidade da Família – percepção dos membros

APGAR Familiar de Smilkstein

Membro: Resultado: 9

C. Santos

Família altamente funcional

Família com moderada disfunção

Família com disfunção acentuada

Membro: Resultado:6

A. Santos

Família altamente funcional

Família com moderada disfunção

Família com disfunção acentuada

Membro: Resultado: 8

I. Santos

Família altamente funcional

Família com moderada disfunção

Família com disfunção acentuada

📌 Crenças Familiares

📌 Religiosas: católica

📌 Espirituais: acredita que Deus existe

📌 Valores: honestidade, humildade e respeito

📌 Culturais: próprias duma região rural

📌 Crenças da família sobre a intervenção dos profissionais de saúde: profissionais informam e ajudam a reconhecer situações de doença.

Dos Diagnósticos de Enfermagem de Família às Intervenções

Dimensão Estrutural

Foco	Rendimento Familiar
Juízo	Insuficiente
Critérios diagnósticos	Rendimento Familiar Insuficiente se Origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no grau 4 ou grau 5 Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares: Demonstrado

Dimensões	Juízo
Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com despesas familiares	Demonstrado

Rendimento Familiar Insuficiente	Intervenções Sugeridas
	Requerer serviços sociais (técnica de serviço social) Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social) Promover a gestão do rendimento familiar

Dos Diagnósticos de Enfermagem de Família às Intervenções

Dimensão de Desenvolvimento

Foco	Satisfação Conjugal
Juízo	Não Mantida
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: <ul style="list-style-type: none"> • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida

Dimensões	Dados de caracterização¹ (Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)	Juízo	Critérios diagnósticos
Relação Dinâmica do casal	1.Satisfação do casal com a divisão/partilha das tarefas domésticas 2.Satisfação do casal com o tempo que passam juntos	Disfuncional	Relação dinâmica disfuncional se: . Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO¹

	3. Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos		
Comunicação do casal	1. O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um 2. O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião 3. Satisfação com o padrão de comunicação do casal	Não Eficaz	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não Itens 1 ; 2: Não Itens 1 ; 2.; 3: Não
Interação Sexual	1.Satisfação do casal com o padrão de sexualidade 2.Conhecimento sobre sexualidade	Não Adequada	Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não Itens 1 ; 2: Não
Função sexual	1. Disfunções sexuais 2. Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	Comprometida/	Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim Item 1: Sim e Item 2: Não

Satisfação conjugal não mantida	Intervenções Sugeridas
	<p>Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas</p> <p>Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Promover a comunicação do casal</p> <p>Planear rituais familiares</p> <p>Motivar para atividades em conjunto</p> <p>Ensinar sobre sexualidade</p> <p>Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais</p> <p>Orientar para serviços médicos</p> <p>Orientar para terapia familiar</p> <p>Orientar para serviços (psicologia)</p>

Dos Diagnósticos de Enfermagem de Família às Intervenções

Dimensão Funcional

Foco	Papel Prestador de Cuidados		
Juízo	Não Adequado		
Critérios diagnósticos	Papel Prestador de Cuidados Não Adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do Papel Não Demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não Demonstrado e/ou • Consenso do papel <u>NÃO</u> e/ou Conflitos do papel <u>SIM</u> e/ ou Saturação do papel <u>SIM</u> 		
Dimensões	Dados de caracterização (Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)	Juízo	Critérios diagnósticos
Conhecimento do papel	Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar) Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia	Não Demonstrado	Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades Não demonstrado Se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no <u>NÃO</u>

	<p>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer</p>	Demonstrado	
	<p>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé) Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé) Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos</p>	Demonstrado	
	<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso</p>	Não Demonstrado	
	<p>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial</p>	Demonstrado	

	<p>Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés</p> <p>Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Auto-Administração de medicamentos</p> <p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos</p>	Demonstrado	
--	---	-------------	--

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
<p>Papel Prestador de Cuidados Não adequado</p> <p>Conhecimento do Papel Não demonstrado</p>	<p>Ensinar PC sobre a utilização do fio dentário Instruir PC sobre a utilização do fio dentário Treinar PC sobre a utilização do fio dentário</p> <p>Autocuidado Atividade Recreativa: Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre importância de manter atividades de lazer; Advogar PC para a promoção de atividades de lazer do dependente; Motivar PC para a promoção de atividades de lazer do dependente;</p> <p>Autocuidado Atividade Física: Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre padrão de exercício adequado; Ensinar / Instruir / Treinar PC sobre técnicas de mobilização;</p>

	<p>Gestão do regime terapêutico: Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre fisiopatologia da doença; Ensinar PC sobre medidas de prevenção de complicações; Ensinar PC sobre regime terapêutico; Envolver a comunidade – IPSS no processo de gestão do regime terapêutico – vigiar a colocação das meias elásticas.</p> <p>Motivar o prestador de cuidados a estimular a independência do membro da família dependente Motivar o prestador de cuidados a promover Higiene adequada ao membro da família dependente Motivar o prestador de cuidados a promover Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente Motivar o prestador de cuidados a promover atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente Motivar o prestador de cuidados a promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente</p>
--	--

Foco	Processo Familiar		
Juízo	Disfuncional/ Não disfuncional		
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação Não eficaz e/ou • <i>Coping</i> Familiar Não Eficaz e/ou • Interação de papéis Não eficaz/ Conflitual e/ou • Relação dinâmica disfuncional 		
Dimensões	Dados de caracterização (Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)	Juízo	Critérios diagnósticos
Comunicação Familiar	1. Comunicação Emocional <ul style="list-style-type: none"> • Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos da família • Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros • Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família 2. Comunicação Verbal/ Não verbal <ul style="list-style-type: none"> • Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem. 	Não eficaz	Comunicação Familiar Não Eficaz se: Um dos três itens de caracterização estiver alterado (Não/ Não Favorável)

	<ul style="list-style-type: none"> • Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros <p>3. Comunicação Circular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família • Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa 		
<i>Coping Familiar</i>	<p>Solução de Problemas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quem na família habitualmente identifica os problemas 2. Quem tem a iniciativa para os resolver 3. Existe discussão sobre os problemas na família 4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas 5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas 6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas 	Eficaz	Coping Familiar Não Eficaz se: Não existe (m) algum (s) membro (s) da família que identifica (m) os problemas e toma (m) a iniciativa para os resolver e os outros itens (2,3,4,5,6) se situam no <u>Não</u> .
Interação de Papéis Familiares	<p><i>1. Papel provedor</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quem desempenha • Consenso do Papel • Conflitos de papel • Saturação do papel <p><i>financeira</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quem desempenha • Consenso do Papel • Conflitos de papel • Saturação do papel <p><i>3. Papel Cuidado Doméstico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quem desempenha • Consenso do Papel • Conflitos de papel • Saturação do papel <p><i>4. Papel Recreativo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quem desempenha 	Eficaz Não Conflitual	<p>Interação de Papéis Familiares Não Eficaz Se: Nos itens 1,2,3,4,5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consenso do Papel <u>NÃO</u> e Saturação do Papel <u>SIM</u> <p>Interação de Papéis Familiares Conflitual Se : Nos itens 1,2,3,4,5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conflito do Papel <u>SIM</u>

	<ul style="list-style-type: none"> • Consenso do Papel • Conflitos de papel • Saturação do papel <p><i>5. Papel de Parente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quem desempenha • Consenso do Papel • Conflitos de papel • Saturação do papel 		
Relação Dinâmica	<p><i>1. Influência e Poder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Membro com maior poder na família • Satisfação da família relativamente à influência de cada membro na nos comportamentos dos outros <p><i>2. Alianças e Uniões</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existem na família alianças entre alguns dos seus membros • Se <u>Sim</u> especificar (quem e que tipo de alianças) • Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união <p><i>3. Coesão e Adaptabilidade da Família</i> FACES II</p> <p><i>4. Funcionalidade da Família – percepção dos membros</i> APGAR Familiar de Smilkstein</p>	Não disfuncional	<p>Relação Dinâmica Disfuncional Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A Família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro na nos comportamentos dos outros (Influência e Poder) - Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou - Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou - APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Processo Familiar Disfuncional Comunicação Familiar Não Eficaz	Promover a comunicação expressiva das emoções; Promover o envolvimento da família; Otimizar a comunicação na família; Planejar Rituais na Família Otimizar padrão de assertividade

Bibliografia

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*, Lisboa: Lusociência. ISBN 978-972-8930-83-7

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20Cuidar%20Maria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Figueiredo M., & Martins M. (2010). Avaliação Familiar: Do Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde, Jul/Set*; 9 (3), 552-559
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/12559/6651>

Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). From practice contexts towards the (co)construction of family nursing care models. *Rev. esc. enferm. USP*, 43 (3), pp. 612-618.

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a17v43n3.pdf>

Figueiredo, M., & Moreira, S. (2009). Cuidar a família: da concepção à documentação dos cuidados. *Revista Mineira de Enfermagem*, Jan/Mar 2009, 13(1), pp.56-64.
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=17847&indexSearch=ID>

Apêndice 2 – Apresentação da formação sobre Enfermagem de Saúde Familiar em reunião de serviço na USF Senhora de Vagos

Enfermagem de Saúde Familiar

Estágio integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

USF Senhora de Vagos

Isabel Lopes

Orientadora: Professora Doutora Elsa Melo

Co orientador: Professor Doutor João Simões

Tutor: Enfermeiro Especialista Mário Oliveira

Objetivos

- Definir Família; Saúde Familiar e Enfermagem de Saúde Familiar;
- Abordar o Papel de Enfermeiro de Família nos Cuidados de Saúde Primários;
- Apresentar Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar;
- Apresentar o Estudo Empírico “A pessoa com úlcera vasculogénica crónica: O papel do Enfermeiro de Família na adesão ao regime terapêutico. “

jul-16

2

FAMÍLIA

É mais que a junção do “eu” e “tu”, é o “nós” plural

Contexto privilegiado onde cada elemento se desenvolve na sua plenitude bio-psico-socio e espiritual



jul-16

3

SAÚDE FAMILIAR

- Estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar bio psico social espiritual e cultural do sistema familiar (Hanson, 2005)

ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR



jul-16

4

Papel do Enfermeiro de Família nos Cuidados de Saúde Primários

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - A família emerge como foco dos cuidados de enfermagem, numa equipa multidisciplinar

-Regulamento n.º 126/2011 de 18 de Fevereiro

-Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto

- Identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na dinâmica familiar
- Reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde
- Parceiro na gestão da saúde da família para a promoção da autonomia
- Elo de ligação entre a família e outros profissionais/ recursos da comunidade
- Mediador na definição das políticas de saúde

jul-16

5

Perfil do Enfermeiro de Família nos Cuidados de Saúde Primários



- Cuida da família como unidade de cuidados
- Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar - OE

jul-16

6

Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar

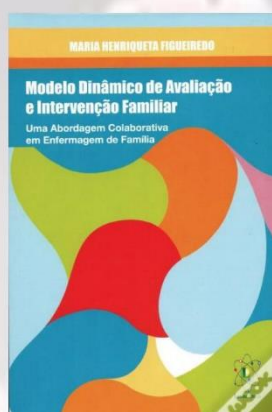
- Modelo de Avaliação Familiar de Calgary
- Modelo de Avaliação de Friedman
- Modelo de Avaliação e Intervenção da Família e IFPSF (Hanson)
- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – MDAIF (adotado pela MCEEC - OE)

jul-16

7

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – MDAIF

Matriz operativa:
Instrumento para
orientação e
sistematização dos
cuidados direcionados à
família



jul-16

8

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – MDAIF

Instrumentos de avaliação familiar – adequado a cada dimensão avaliada:

- Dimensão estrutural - Genograma, Ecomapa, Escala de Graffar;
- Dimensão desenvolvimental - Ciclo vital familiar (vários autores)
- Dimensão funcional - Apgar Familiar de Smilkstein, FACES II (Coesão e adaptabilidade da Família)



jul-16

9



jul-16

10

Estudo Empírico

A pessoa com úlcera vasculogénica crónica: O papel do Enfermeiro de Família na adesão ao regime terapêutico.

OBJETIVOS



jul-16

12

Objetivos gerais

- Caracterizar as alterações no autocuidado das pessoas com úlcera vasculogénica crónica;
- Planear intervenções de Enfermagem para a promoção da Adesão ao Regime Terapêutico da pessoa com úlcera vasculogénica crónica.



jul-16

13

Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográfica e clinicamente os participantes do estudo;
- Caracterizar as úlceras vasculogénicas crónicas;
- Caracterizar as alterações no autocuidado das pessoas com úlcera vasculogénica crónica;

jul-16

14

Objetivos específicos

- Identificar as estratégias de intervenção utilizadas pelos enfermeiros de família na capacitação dos utentes com úlcera vasculogénica para o autocuidado e adesão ao regime terapêutico.
- Elaborar um Manual de Procedimentos de Enfermagem para a abordagem da pessoa com Úlcera Vasculogénica crónica pelo Enfermeiro de Família.

jul-16

15

Considerações éticas

- Consentimento informado;
- Autodeterminação e liberdade de escolha da pessoa;
- Possibilidade destes recusarem participar no estudo ou desistirem de participar em qualquer momento do estudo;
- Individualidade e privacidade.

jul-16

16

Metodologia/ População

- Estudo descritivo e exploratório, recorrendo a metodologia quantitativa
- População I: Enfermeiros de família;
- População II: Pessoas com úlceras vasculogénicas

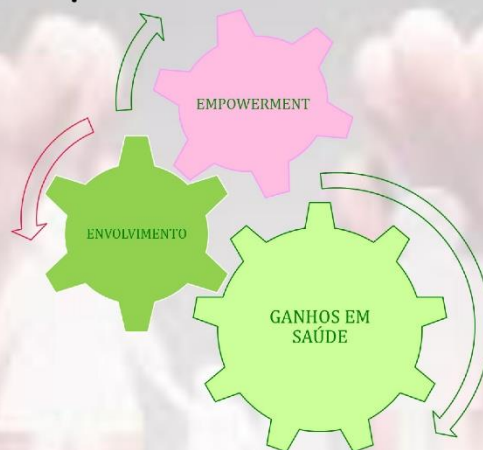
Instrumentos de colheita de dados/ Análise de dados

- Questionário dirigido aos enfermeiros de família
- Questionário dirigido à pessoa com úlceras vasculogénicas
- Análise de dados por SPSS

jul-16

17

Resultados esperados



jul-16

18

O nosso desafio:
Melhorar os cuidados prestados
ao outro, converter a perda em
ganho, transformar o sofrimento
em alívio e converter as
angústias em calma.

Jul-16

19

Bibliografia

- Abbade, L. P. F., & Lastória, S. (2006). Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 81(6), 509–522. <http://doi.org/10.1590/S036505962006000600002>
- Afonso, A., Barroso, P., Marques, G., Gonçalves, A., Gonzalez, A., Duarte, N., & Ferreira, M. J. (2013). Úlcera crónica do membro inferior — experiência com cinquenta doentes. *Angiologia E Cirurgia Vasculiar*, 9(4), 148–153. [http://doi.org/10.1016/S1646-706X\(13\)70035-1](http://doi.org/10.1016/S1646-706X(13)70035-1)
- Bisteanu, R. . M. T. (2009). Venous Leg Ulcer - Patient compliance to treatment and impact on quality of life. *Journal of Experimental Medical & Surgical Research*, XVI(2), 97–102. Retrieved from <http://jmed.ro/articole/4.pdf>
- Cruz, M. J., Baudrier, T., & Azevedo, F. (2011). CAUSAS INFREQUENTES DE ÚLCERAS DE PERNA E A SUA ABORDAGEM. *Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia*. Retrieved from <http://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/view/74>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência, Ed.. Loures.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Lusociência, Ed.. Loures.

Jul-16

20

Bibliografia

- Lino, L. A. V. (2013). *DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AUTO-ESTIMA NA PESSOA COM FERIDA CRÓNICA*. Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11625/1/Dissertação - MFVT - Dependencia Funcional e Auto-Estima da pessoa com Ferida Cronica.pdf>
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2009). *Missão Cuidados de Saúde Primários*. Retrieved from <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/revistaMCSP2.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe®)*. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Retrieved April 6, 2015, from http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf
- Pires, N. M. F. (2012). *Úlcera de perna : qualidade de vida dos utentes da UCSP de Alenquer*. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9436>
- Silva, R., Figueiredo, N., Meireles, I., Costa, M., & Silva, C. (2007). *Feridas fundamentos e atualizações em enfermagem*. (Y. E. Ltda, Ed.). São Paulo.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias*. Edições Roca LTDA, Ed.. São Paulo.

Jul-16

21

Apêndice 3 – Manual de boas práticas de enfermagem à pessoa com úlcera vasculogénica

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ÚLCERA VASCULOGÉNICA

Autora – Isabel Lopes – Aluna do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar –
ESSUA

Orientadora – Professora Doutora Elsa Melo – Professora Adjunta da ESSUA

Co- Orientador – Professor Doutor João Simões – Professor Adjunto da ESSUA

2016

Índice

NOTA INTRODUTÓRIA	4
1. FUNDAMENTAÇÃO DA TEMÁTICA.....	6
1.1 Conceito de úlcera vasculogénica	6
1.2 Epidemiologia.....	7
1.3 Etiologia e diagnóstico diferencial.....	8
2. CUIDADOS À PESSOA COM ÚLCERA VASCULOGÉNICA	12
2.1 Avaliação inicial e história clínica	16
2.2 Planificação de cuidados de enfermagem.....	19
a) Foco de atenção: Úlcera Venosa/Úlcera Arterial/Úlcera Diabética	19
b) Foco de atenção: Comportamento de adesão.....	23
c) Foco de atenção: Gestão do regime terapêutico	25
2.3 Avaliação da Planificação de Cuidados.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	
ANEXO 1 - Avaliação inicial e história clínica	
ANEXO 2 - Instrumentos de Avaliação Familiar	
ANEXO 3 - Avaliação do Índice de Pressão Tornozelo-Braço	
ANEXO 4 - Avaliação da dor	
ANEXO 5 - Escala de avaliação de feridas e úlceras do Sclínico	
ANEXO 6 - Educação para a saúde	
ANEXO 7 - Tratamento da úlcera vasculogénica	
ANEXO 8 - Avaliação dos níveis de risco de ulceração do pé diabético	

Índice de Quadros

Quadro 1 - Resumo da etiologia das úlceras vasculogénicas	8
Quadro 2 - Caraterísticas das úlceras vasculogénicas (adaptado de Weir et al., 2015) 9	
Quadro 3 - Diagnóstico diferencial de pé diabético neuropático e isquémico/neuroisquémico (adaptado de APDP, 2010 e Duarte & Gonçalves, 2011) . 11	
Quadro 4 - Intervenções educativas e comportamentais para aumentar níveis de adesão ao regime terapêutico	15

Índice de Figuras

Figura 1 - Algoritmo da avaliação inicial de úlcera vasculogénica.....	19
Figura 2 - Algoritmo de avaliação do plano de cuidados implementado	31

Abreviaturas e Siglas:

APDP - Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

Ex: - Exemplo

ESSUA - Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Aveiro

IMC - Índice de Massa Corporal

IPTB - Índice de Pressão Tornozelo Braço

USF - Unidade de Saúde Familiar

NOTA INTRODUTÓRIA

Através da reflexão da prática dos cuidados de enfermagem e das necessidades manifestadas pelo alvo desses cuidados – utentes e famílias, surge a necessidade de normalizar e uniformizar procedimentos com o intuito da obtenção de ganhos em saúde, nunca perdendo de vista a individualidade de cada caso, uma vez que cada pessoa vive a sua situação de doença de forma singular (Sibbald, Woo, & Ayello, 2008).

A úlcera vasculogénica constitui um problema de Saúde Pública, devido à sua cronicidade (elevado tempo de cicatrização e frequência de recidivas) com todas as suas repercussões socioeconómicas e por comprometerem a qualidade de vida dos utentes e suas famílias, produzindo forte impacto socioeconómico no utente/família e sociedade (Afonso et al., 2013).

O enfermeiro de família deve reconhecer no utente e sua família a capacidade de gerir o seu próprio projeto de saúde e estabelecer parceria no planeamento e prestação de cuidados, reforçando a relação terapêutica da tríade utente/família/enfermeiro de família.

Para Figueiredo (2012), faz sentido que o enfermeiro aborde a problemática de forma sistémica através duma filosofia colaborativa em que a família é envolvida como um todo, tendo em conta as suas características particulares, dinâmicas, fatores facilitadores e dificultadores do seu desenvolvimento global, facilitando a adesão a um regime terapêutico que se prevê longo, tendo em conta a cronicidade desta lesão.

Na sequência do projeto “A pessoa com úlcera vasculogénica crónica: O papel do Enfermeiro de Família na adesão ao regime terapêutico”, implementado no âmbito do estágio do Mestrado de Enfermagem em Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, na USF Senhora de Vagos, foi elaborado o presente Manual de Boas Práticas de Enfermagem, que tem como principal objetivo sistematizar a abordagem do enfermeiro à pessoa com úlcera vasculogénica e cuidadores significativos, avaliando corretamente o indivíduo de forma sistémica, envolvendo a família no processo de gestão e adesão ao regime terapêutico.

Pretende ainda auxiliar os profissionais de enfermagem na formulação do diagnóstico das diversas úlceras vasculogénicas e assim estabelecer intervenções de enfermagem focadas na educação para a saúde e na escolha do tratamento adequado, promovendo a otimização da qualidade de vida destes utentes e famílias. Portanto, pretende-se minimizar o tempo de cicatrização da úlcera, reduzir as recidivas, complicações e riscos de infeção associadas a esta lesão, através da sensibilização para a adoção de estilos de vida mais saudáveis, proporcionando conforto e segurança.

Neste manual será dado enfoque especial para a necessidade de implementar intervenções de enfermagem que promovam a adesão ao regime terapêutico, na maioria das

vezes impedido por se tratar duma lesão crónica, de evolução lenta e com sucessivos ciclos de ulceração/ cicatrização e re-ulceração, agravados pelo desconforto causado pela dor, edema, odor desagradável, exsudado abundante e as idas frequentes às unidades de saúde para a prestação de cuidados (Sousa, 2009).

Para dar resposta aos objetivos traçados, este manual encontra-se dividido entre duas partes principais, em que na primeira é realizada a fundamentação da temática e na segunda se evidenciam os cuidados de enfermagem a serem prestados à pessoa com úlcera vasculogénica e seu cuidador significativo, desde a avaliação inicial, passando pela formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem até à avaliação do plano de cuidados implementado.

1. FUNDAMENTAÇÃO DA TEMÁTICA

Neste capítulo é descrito o conjunto de conceitos fundamentais que permitem munir os profissionais de saúde com conhecimento adequado para se proceder ao correto diagnóstico diferencial das úlceras vasculogénicas e assim facilitar a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com este tipo de lesão e seus cuidadores significativos. Iniciamos por uma breve descrição do que é úlcera vasculogénica, de seguida destacamos os aspetos epidemiológicos deste tipo de lesões e finalmente abordamos a etiologia e o diagnóstico diferencial de cada género de úlcera vasculogénica.

1.1 Conceito de úlcera vasculogénica

Para o Internacional Council of Nurses (2011:82), úlcera é uma: “Ferida aberta ou lesão, perda de camada mais profunda de tecido, lesão circunscrita semelhante a uma laca, com diminuição do aporte sanguíneo, tecido de granulação vermelho, necrose do tecido celular subcutâneo, odor da ferida, sensibilidade em redor da periferia, dor, crosta de tecido inflamado e necrótico associado a um processo inflamatório, infeccioso ou maligno”.

É entendida como uma lesão no membro inferior que atinge desde a epiderme até tecidos mais profundos da pele, que surge de forma espontânea ou acidental, cuja etiologia está associada a um processo de doença sistémica e que não cicatriza no intervalo de tempo esperado (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, 2009).

Kelechi, Johnson, & Yates (2015) referem ainda que é uma lesão que permanece por quatro semanas ou mais. Fonseca, Franco, Ramos, & Silva (2012), Abbade & Lastória, (2005), (2006) e Afonso et al. (2013) referem que é uma lesão que permanece estagnada em qualquer fase do processo de cicatrização por um período de 6 semanas ou mais e localiza-se abaixo do joelho em qualquer parte da perna incluindo o pé, requerendo uma abordagem estruturada nos cuidados de enfermagem.

Dependendo da etiologia das úlceras vasculogénicas, estas localizam-se de forma diferenciada, uma vez que as úlceras de origem venosa estão presentes, geralmente, na região mais distal dos membros inferiores, no maléolo. As úlceras arteriais são mais frequentes na zona maleolar, calcâneos e proeminências ósseas dos pés e as úlceras neuropáticas localizam-se, em geral, na base dos metatarsos (Rafael, Ferreira, & Rafael, 2015).

Perante esta evidência, Benevides, Coutinho, Santos, Oliveira, & Vasconcelos (2012) classificaram três áreas de maior probabilidade do surgimento das úlceras, destacando na área do pé, a metade distal da perna e zona tibiotársica e a metade proximal da perna.

1.2 Epidemiologia

Segundo Briggs & Closs (2003) a prevalência de úlceras vasculogénicas ativas na Europa, Austrália e EUA, é de 0,11% a 0,18% da população e 1% a 2% sofrem de recidivas.

A Australian Wound Management Association Inc. e a New Zealand Wound Care Society Inc. (2011) referem que em 2003 estimavam que 0.1 a 1.1% da população mundial era portadora de úlceras de perna.

Em Portugal, a Equipa Nacional da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2009) refere que 1 a 2% da população em idade adulta desenvolve esta lesão.

Ainda no que concerne a dados epidemiológicos referentes às etiologias das úlceras vasculogénicas a generalidade dos estudos apontam para maior prevalência das úlceras de origem venosa, seguidas das úlceras de origem mista (arterial e venosa) e em menor escala as de origem arterial.

Em Portugal os números variam entre 56% a 80% para as úlceras venosas, 15% a 26% para as de origem mista e 5% a 18% para as úlceras de origem arterial (Pina, Furtado, Franks, & Moffatt, 2004; Afonso et al., 2013).

No que se refere a outros países, Finlayson, Wu, & Edwards (2015) e Fonseca et al. (2012) referem que cerca de 70% das úlceras são de origem venosa, provocadas por hipertensão venosa crónica e Briggs & Closs, (2003) apontam valores entre 37% a 81% para a mesma etiologia.

Abbade & Lastória (2006) referem que 10% a 20% das úlceras vasculogénicas são de origem arterial e 10% a 15% são de etiologia mista. Para os mesmos autores a insuficiência arterial é o principal fator responsável pelo aparecimento deste tipo de lesões.

Cerca de 10% das ocorrências de úlceras vasculogénicas têm como causa os traumatismos físicos e químicos, infeções, neuropatias, vasculites, doenças hematológicas, doenças metabólicas, alterações da coagulação, tumores ulcerados, dermatoses ulceradas e fármacos (Cruz, Baudrier, & Azevedo, 2011).

Segundo Abbade & Lastória, (2005) e (2006) cerca de 3,5% dos doentes não têm a causa de úlceras identificada e, em alguns casos, é multicausal.

1.3 Etiologia e diagnóstico diferencial

Pannier & Rabe (2013) definem úlcera de origem venosa toda a lesão que ocorre em pele que apresenta alterações provocadas por doença venosa crónica (lipodermatoesclerose e atrofia branca) e úlcera de origem arterial, toda a lesão que surge em tecidos com défice de oxigénio devido a oclusões arteriais. A úlcera mista surge devido à combinação dos fatores atrás descritos, em que na maioria das vezes a origem é venosa, mas devido à presença de doença arterial oclusiva, a cicatrização é dificultada.

Dentro das úlceras de origem arterial destacam-se as úlceras do pé diabético, por se tratar de uma condição crónica que causa grande morbilidade e por ser a principal causa das amputações dos membros inferiores de origem não traumática (Ferreira et al., 2014 ; Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2010).

Esta complicação surge da associação de dois ou mais fatores, como o desenvolvimento de neuropatia periférica (sensitiva, motora ou autonómica), presença de infeção, doença vascular periférica, traumatismo e/ou alterações da biomecânica do pé (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2010).

Para além das etiologias descritas anteriormente, existem causas menos frequentes tais como traumatismos físicos e químicos, infeções, neuropatias, vasculites, doenças hematológicas, doenças metabólicas, alterações da coagulação, tumores ulcerados, dermatoses ulceradas e fármacos (Cruz, Baudrier, & Azevedo, 2011).

No quadro 1 encontra-se sistematizado a etiologia das úlceras vasculogénicas, distinguindo as causas mais e menos frequentes.

Quadro 1 - Resumo da etiologia das úlceras vasculogénicas

Mais frequentes	Menos frequentes
<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência venosa • Oclusão arterial • Distúrbios micro-circulatorios • Neuropatia diabética 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos físicos e químicos • Infeções • Vasculites • Doenças hematológicas • Doenças metabólicas • Alterações da coagulação • Neoplasias • Dermatoses ulceradas • Fármacos

Tendo em conta a etiologia é importante estabelecer o diagnóstico diferencial, porque disso vai depender a abordagem ao utente com úlcera vasculogénica, assim

como o sucesso do tratamento e as medidas preventivas de recidivas (Rafael, Ferreira, & Rafael, 2015).

Para o efeito deverá ser realizada uma avaliação inicial cuidadosa acerca de antecedentes clínicos, existências de comorbilidades e situação atual de saúde, tais como: valores analíticos da glicemia e hemoglobina glicada, valores de tensão arterial, IMC, avaliação das características da úlcera – profundidade, características dos bordos da úlcera, tipo de tecido, sinais de infeção, exsudado, dor ou prurido; pulsos periféricos (Anderson, 2012).

No quadro 2 é estabelecido o diagnóstico diferencial entre os tipos de úlceras mais frequentes.

Quadro 2 - Características das úlceras vasculogénicas (adaptado de Weir et al., 2015)

CARACTERÍSTICA	ÚLCERA VENOSA	MISTAS	ÚLCERA ARTERIAL
Pulsos periféricos	-Presentes	◀ ▶	-Diminuídos/ ausentes
Aparência do membro	-Pele acastanhada e quente -Manchas varicosas -Eczema/descamativa -Atrofia branca	◀ ▶	-Pele brilhante, fria e descorada -Cianose se membros pendentes -Unhas dos pés com alterações tróficas
Edema	-Presente (+ ao fim do dia), predominante no maléolo	◀ ▶	-Edema de estase (que aumenta com a imobilidade)
Dor	-Moderada (provocada pela infeção e edema) -Maior ao final do dia, que alivia com a elevação do membro ou com exercício ou com compressão	◀ ▶	-Altamente dolorosas (alívio quando membro é posicionado num nível inferior ao corpo)
Prurido	-Presente	◀ ▶	-Ausente
Localização	-Maléolo interno e perna (se traumático)	◀ ▶	-Distal (calcanhar, dedos, face antero-externa da perna)
Bordos da ferida	-Irregulares, rosados, encovados e arredondados	◀ ▶	-Regulares -Arredondados
Leito da ferida	-Escurecido com presença de tecido de granulação	◀ ▶	-Pálido, com tecido necrótico
Profundidade	-Superficiais	◀ ▶	-Profundas
Exsudado	-Abundante, purulento	◀ ▶	-Moderado
Evolução	-Lenta	◀ ▶	-Rápida

Como já foi mencionado anteriormente, a úlcera do pé diabético constitui uma problemática que por si só merece ser evidenciada. Estas estão relacionadas com a

existência de doença vascular periférica e neuropatia periférica que na maioria das vezes se combinam.

Importa aqui estabelecer o diagnóstico diferencial entre o pé diabético neuropático, que surge devido a alterações da sensibilidade e cujas lesões que são localizadas sobretudo na planta do pé estão associadas a calosidades, hiperqueratoses a altas pressões plantares, do pé diabético isquémico, que é consequência da doença arterial obstrutiva dos grandes vasos da coxa e perna, agravada por fatores como a hipertensão arterial, dislipidémia, tabagismo e/ou deformidades ósseas como o *hallux abductus valgus*, artroses e outras.

Com a evolução da diabetes, grande parte dos utentes com pé neuropático desenvolve problemas de isquemia associada a aterosclerose oclusiva nas artérias da perna classificando-se assim pé neuroisquémico ou pé misto que é caracterizado por ausência dos pulsos pedioso e tibiotársico, história de claudicação intermitente e que é associado a úlcera isquémica (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2010; Duarte & Gonçalves, 2011).

No pé neuropático as lesões surgem pela presença de *stress* repetitivo ou traumatismos contínuos, aos quais o utente não tem perceção sensitiva, promovendo hemorragia subcutânea (por se tratar dum pé hipervascularizado) e que associadas à carga microbiana levam à infeção da úlcera podendo mesmo comprometer o osso adjacente evoluindo para osteomielite.

Relativamente ao pé isquémico, as lesões podem surgir de forma espontânea com a tendência a necrosar com facilidade, mas na sua origem também podem estar os traumatismos mecânicos (ex. sapato apertado, corte de unhas desadequado), térmicos (ex. água quente) e químicos (ex. produtos para calos) (Duarte & Gonçalves, 2011).

No quadro 3 são apresentadas as características do pé diabético com neuropatia e o pé diabético isquémico e neuroisquémico, estabelecendo assim o diagnóstico diferencial entre a úlcera neuropática e úlcera isquémica e neuroisquémica.

Quadro 3 - Diagnóstico diferencial de pé diabético neuropático e isquémico/neuroisquémico (adaptado de APDP, 2010 e Duarte & Gonçalves, 2011)

CARATERÍSTICA	PÉ NEUROPÁTICO	PÉ ISQUÉMICO/ NEUROISQUÉMICO
Temperatura	Quente	Frio
Coloração	Rosado	Cianosado com o declive Pálido com elevação
Textura	Pela seca e fissurada	Pele fina e brilhante
Estrutura do pé	Deformação óssea evidente	Sem deformação óssea
Dor	Insensível à dor	Dor intensa
Pulsos	Presentes	Diminuídos ou ausentes
Edema	Presente	Sem edema
Circulação	Veias ingurgitadas	Aumento do tempo de enchimento capilar
Localização da úlcera	Zona plantar dos pés Dorso dos dedos	Parte distal dos dedos Zona media e lateral dos pés Calcânhar
IPTB	>0,9	<0,9
Outras	Ausência de reflexos Aquilianos	Sintomas de claudicação
Exemplo		

2. CUIDADOS À PESSOA COM ÚLCERA VASCULOGÉNICA

Segundo Templeton & Telford (2010) cerca de 80% dos casos de úlceras crónicas são tratadas em contexto de cuidados de saúde primários, pelo que o enfermeiro de família, integrado na equipa multidisciplinar, é peça fundamental para a avaliação, diagnóstico e tratamento destas lesões porque conhecem o contexto socioeconómico e cultural do utente e família.

Este envolvimento permite ao enfermeiro de família prestar cuidados de enfermagem de uma forma global, visando não só a identificação dos problemas de saúde do utente e família, mas as suas potencialidades – recursos intrínsecos e extrínsecos, no sentido de os direcionar para a solução dos mesmos (Figueiredo, 2012).

É deveras importante que o enfermeiro de família seja proativo na procura de informação sobre o contexto social do mesmo, profissão e hábitos de vida, na abordagem para o controlo da dor, existência de comorbilidades e outros dados que complementam informação para um correto diagnóstico diferencial da etiologia da úlcera, estabelecendo uma relação de confiança com o utente, mobilizando competências ao nível da relação de ajuda em concordância com um bom desempenho técnico-científico (Fonseca et al, 2012 ; Templeton & Telford, 2010 ; Benevides, Coutinho, Santos, Oliveira & Vasconcelos 2012).

Corroborando esta ideia, Garcia et al. (2007) defendem que o conhecimento adequado da etiologia e subsequente atuação correta são responsáveis pelo sucesso da cicatrização em 43% da população em estudo e evidente melhoria em cerca de 30% dos casos.

Para além da avaliação dos comportamentos e da identificação dos problemas de saúde, as intervenções de enfermagem passam pela transmissão de conhecimentos, que permitam à pessoa construir o seu projeto de saúde, considerando-a capaz de definir a sua autodeterminação comportamental com base nos seus valores, crenças e desejos individuais, e estender a ação ao seu contexto familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O enfermeiro de família no papel de educador permite que a família possa desenvolver as suas competências e adquirir novas aprendizagens de forma a promover o bem-estar integrando atividades satisfatórias para o tratamento da lesão (Carvalho & Carvalho, 2006).

Nesta lógica para Wright & Leahey (2002), as intervenções deste visam a mudança de comportamento e a capacitação do utente e família para maximizar o “seu potencial da saúde” apoiando-os a ser proactivos na “consecução do seu projeto de saúde” (Figueiredo, 2012, p. 69).

Por conseguinte, o enfermeiro de família através dessas intervenções vai fornecendo ferramentas que permitam identificar o que mudar e o porquê, como o fazer e assim adotar atitudes apropriadas à sua nova condição de saúde.

No que concerne à pessoa com úlcera vasculogénica e sua família, o enfermeiro de família acompanha e ajuda, em todos os processos de adaptação, incluindo as tomadas de decisão e no autocuidado (Redman, 2003).

A esta ação, Haynes et al. (2005) e Vermeire et al. (2001), chamam de adesão ao regime terapêutico, ou seja é a aptidão do utente em cumprir o tratamento instituído, conferindo a este a possibilidade de cooperar no seu próprio projeto de saúde baseado numa relação terapêutica de proximidade e onde se estabelece um compromisso entre o profissional de saúde e o primeiro.

Mas para Sousa et al (2011) a adesão ao regime terapêutico depende de como cada pessoa percebe a sua própria saúde e como se adapta à doença, através de diferentes estratégias de *coping* ou formas de lidar com a mesma.

No que toca ao contexto mais abrangente da família, e segundo Figueiredo (2012), esta realiza uma gestão distinta e individual da doença, através de estratégias de *coping* familiar como forma de se auto-organizar e que visam manter a estabilidade funcional e autonomia da unidade familiar. Esta reorganização face a esta fonte de *stress* traduz-se na maioria das vezes por alterações dos hábitos (como por exemplo o deslocamento à unidade de saúde para a realização dos tratamentos), redistribuição de papéis e que culmina no desenvolvimento de uma relação de parceria com o enfermeiro de família (Hanson, 2005).

Esta relação de parceria é complementada quando o enfermeiro contextualiza a família ao nível das dimensões estruturais, desenvolvimentais e funcionais, conhecendo todos os processos familiares estabelecidos no seu seio e com o meio que o rodeia (Figueiredo, 2012).

Cada uma destas dimensões é avaliada através de instrumentos (Anexo 2) aplicados nos diferentes contactos com o utente e seu cuidador significativo e que traduzem desde a sua estrutura familiar, acontecimentos vivenciais passados, problemas potenciais no futuro, condições socioeconómicas e laços estabelecidos com as diferentes redes sociais com quem interagem (Figueiredo, 2012).

Para a mesma autora, a avaliação familiar, através da aplicação destes instrumentos, permite o fortalecimento da relação terapêutica, porque ao identificar a fase de desenvolvimento do ciclo vital familiar, percebe-se quais as tarefas desenvolvimentais que a família está sujeita e o género de interação existente entre os seus membros, definindo assim a dimensão funcional da mesma.

Ainda na base do sucesso da relação terapêutica, o enfermeiro de família deve promover a livre expressão de sentimentos do utente e seus cuidadores significativos, uma vez que a ansiedade, a depressão, o medo e a dor assume grande significância no processo de cicatrização (Sousa, 2009).

Mas independentemente da etiologia da úlcera vasculogénica é fundamental instituir com o utente e sua família metas alcançáveis de tratamento, prevenção de complicações e ao alcance das limitações destes, fornecendo toda a informação necessária para o envolvimento adequado, englobando-os em todas as decisões tomadas (Weir et al., 2015). Deve haver permanente feedback sobre o que foi aprendido e compreendido, com reforços positivos (Redman, 2003). As evidências de sucesso no decurso do tratamento reforçam a continuidade e a manutenção da saúde através do desenvolvimento de novas competências no autocuidado e conseqüentemente a redução das recidivas da úlcera vasculogénica, traduzindo-se em altos níveis de adesão ao regime terapêutico.

No quadro 4 encontram-se esquematizadas as intervenções de enfermagem educativas e comportamentais sugeridas por Haynes et al (2005), Ordem dos Enfermeiros (2009) e World Health Organization (2003) que facilitam a adesão ao regime terapêutico por parte do utente e cuidador significativo.

Quadro 4 - *Intervenções educativas e comportamentais para aumentar níveis de adesão ao regime terapêutico*

Intervenções educativas e comportamentais para aumentar níveis de adesão ao regime terapêutico
• Avaliar comportamentos de adesão por intermédio de questões não ameaçadoras que permitam compreender os níveis de adesão
• Avaliar que efeitos secundários estão a ser vivenciados e suas consequências na qualidade de vida
• Envolver os utentes e família na auto-monitorização dos valores da tensão arterial, diabetes e outras comorbilidades
• Explicar os benefícios da adesão e as consequências da não adesão, explicar os possíveis efeitos secundários e ensinar estratégias para lidar com os mesmos
• Recorrer a lembretes e outras estratégias para evitar esquecimentos de toma de medicação
• Proceder a um acompanhamento mais estreito recorrendo a sessões de educação para a saúde através da disponibilização de material educativo visual e escrito com instruções concretas ao utente e direcionados às patologias e complicações, educando para a autogestão do regime terapêutico e autocuidado
• Incentivar a pessoa a estabelecer relações terapêuticas com os profissionais de saúde e a falar com grupos de pares e suas famílias

Face ao exposto, considera-se que os cuidados de enfermagem no âmbito da pessoa com úlcera vasculogénica e seus cuidadores significativos processam-se segundo a concretização das etapas do processo de enfermagem no decurso da relação terapêutica. Por intermédio de uma abordagem sistemática procede-se inicialmente à colheita cuidadosa de dados de saúde e doença e sua análise, de forma a estabelecer diagnósticos de enfermagem que fundamentem as intervenções a seguir (Hanson, 2005). A formalização de diagnósticos de enfermagem permite ao enfermeiro de família tomar um conjunto de decisões acerca do utente e família e estabelecer um plano de cuidados de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades dos mesmos. Após a implementação dos cuidados planeados, com base num grupo concertado de intervenções de enfermagem e posterior avaliação das mesmas, pretende-se chegar a um resultado de enfermagem, que neste caso particular é a redução do tempo de cicatrização e diminuir o número de recidivas (Ordem dos Enfermeiros, 2009b).

2.1 Avaliação inicial e história clínica

Para o sucesso dos cuidados à pessoa com úlcera vasculogénica é importante realizar uma avaliação inicial e uma cuidadosa colheita de dados sobre a sua história clínica. Esta abordagem deve ser de forma holística e sistémica tendo em conta não só o seu histórico clínico pessoal mas também o seu contexto familiar e social, suas preocupações e experiência.

Num primeiro momento procede-se a avaliação da história clínica permitindo identificar antecedentes clínicos como as comorbilidades que possam interferir com o aparecimento da úlcera vasculogénica e/ou curso normal da cicatrização, onde se inclui história anterior de existência de úlcera, sua evolução e estratégias usadas no tratamento nas recidivas anteriores. É igualmente importante colher dados sobre os estilos de vida, tais como hábitos alimentares, de atividade física e hábitos tabágicos, alcoólicos ou outro tipo de consumos aditivos (Australian Wound Management Association Inc. & New Zealand Wound Care Society Inc., 2011).

A avaliação das características do membro e da lesão (tipo de tecido, fase da cicatrização, presença de inflamação, dor, odor, exsudado e tipo de bordos da lesão) é importante para estabelecer um correto diagnóstico diferencial e assim conseguir melhores resultados na abordagem à úlcera e seu tratamento (Anderson, 2012).

O preenchimento do instrumento de avaliação inicial (Anexo1) irá permitir conhecer a história clínica do utente, nomeadamente acerca dos seus antecedentes clínicos/ comorbilidades e estilos de vida – hábitos tabágicos, alcoólicos e alimentares, para que se proceda a ensinamentos adequados às necessidades para eventuais mudanças comportamentais.

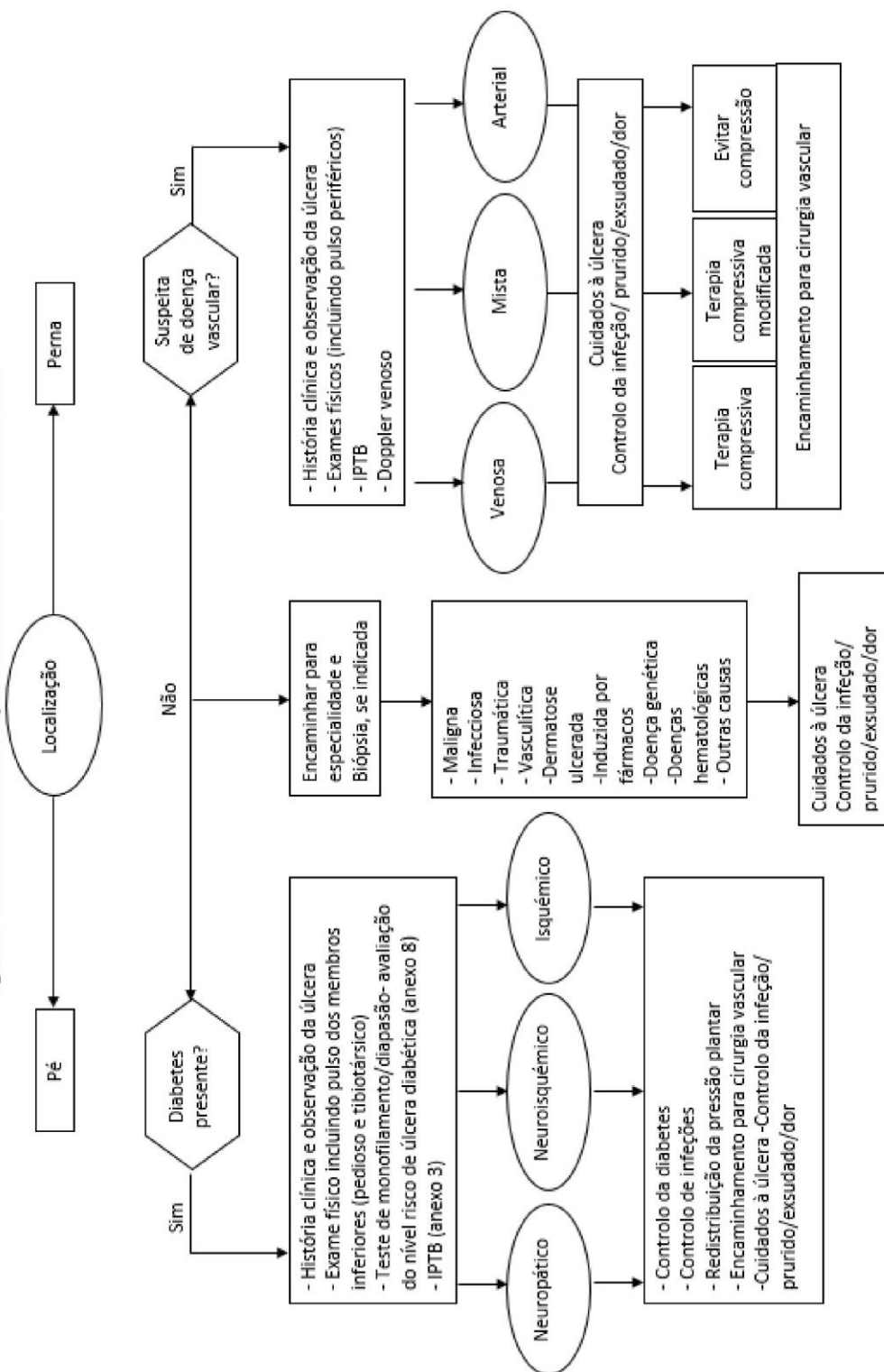
O recurso a instrumentos de avaliação familiar complementam a avaliação do utente com úlcera vasculogénica e sua família. Instrumentos como o Ecomapa e Genograma (Anexo 2) avaliam a dimensão estrutural da família, evidenciando, sob ponto de vista transgeracional, o sistema relacional dos elementos da família e destes com a comunidade. São também importantes para se estabelecer história clínica de comportamentos de saúde e comorbilidade da família. Nesta mesma dimensão é avaliada a classe social com o recurso da Escala de Graffar - Notação Social da Família (Anexo 2), porque esta reflete as condições socioeconómicas da família (Figueiredo, 2012).

O Ciclo Vital Familiar de Duvall avalia a dimensão desenvolvimental e este instrumento é importante para localizar a família num determinado patamar do seu desenvolvimento e que tipo de tarefas desenvolvimentais são expeáveis para aquela fase do ciclo (Figueiredo, 2012).

A avaliação da dimensão funcional é realizada por intermédio do Índice de APGAR Familiar de Smilkstein (Anexo 2). Este instrumento complementa a avaliação do utente e família, uma vez que possibilita observar os laços estabelecidos entre si e qual o grau de satisfação percecionado por cada elemento sobre o seu papel na dinâmica familiar (Figueiredo, 2012).

O algoritmo da Figura 1 esquematiza a avaliação da úlcera vasculogénica, de forma a realizar o diagnóstico diferencial da mesma, abordando a localização, a presença de diabetes ou doença vascular e orientando procedimentos necessários conforme a avaliação inicial.

Figura 1 - ALGORITMO DA AVALIAÇÃO INICIAL DE ÚLCERA VASCULOGÉNICA



2.2 Planificação de cuidados de enfermagem

a) Foco de atenção: Úlcera Venosa/Úlcera Arterial/Úlcera Diabética

Diagnóstico de enfermagem: Presença de Úlcera Venosa/Presença de Úlcera Arterial/Presença de Úlcera Diabética

Intervenções de enfermagem	Justificação da intervenção
-Registo do local anatómico da úlcera -Avaliar úlcera – escala de avaliação (Anexo 5) <ul style="list-style-type: none"> • Localização • Dimensão • Profundidade (epiderme/derme) • Exsudado (características e quantidade) • Edema • Tipo de tecido presente (epitelização; granulação; necrose) • Dor (Anexo 4) • Odor • Estado da pele circundante • Existência de história de úlcera anterior (atrofia branca em forma de estrela) • Avaliação do IPTB (anexo 3) 	-Permite estabelecer o diagnóstico diferencial; -Permite uniformizar a avaliação e procedimentos; -Permite caracterizar a ferida quanto ao seu estágio; -Permite a escolha do tratamento adequado; -Permite avaliar presença de inflamação e infeção.
-Avaliar conhecimento sobre úlcera -Identificação de fatores de risco (Anexo 1) <ul style="list-style-type: none"> • Idade • Tabagismo/Alcoolismo • Obesidade/IMC • Sedentarismo/ocupação • Nutrição • Comorbilidades • Higiene -Ensinar sobre processo patológico -Ensinar sobre complicações	-Permite estabelecer estratégias de educação para a saúde dirigidos ao utente e família no sentido de reduzir ou eliminar fatores de risco do utente.
-Executar penso a úlcera (Anexo 7) <ul style="list-style-type: none"> • Limpeza da ferida • Secagem da pele circundante • Seleção do agente terapêutico 	-A limpeza deve ser realizada com soro fisiológico ou água a uma temperatura tépida (35/37°C), porque a hipotermia retarda a cicatrização; -A secagem previne a maceração; -A escolha do tratamento adequado ao tipo de úlcera facilita a cicatrização, otimizando os resultados
-Gerir dor na substituição do penso	-A remoção do penso anterior deve ser de forma não traumática, recorrendo a

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ÚLCERA VASCULOGÉNICA



	solução salina isotónica, ou água a uma temperatura tépida (35/37°C), permitindo alívio na dor, evitar agravamento da úlcera e lesar tecidos circundantes.
-Vigiar penso • Quantidade de exsudado	-O equilíbrio da quantidade de exsudado é fundamental, entre uma quantidade excessiva que pode permitir proliferação microbiana, e uma quantidade diminuta que pode permitir a desvitalização dos tecidos.
-Referir para o serviço médico (em sos)	-Na presença de sinais inflamatórios e na demora do processo de cicatrização, necessitando de intervenção ao nível sistémico (analgésia/antibioterapia/antifúngico).

Diagnóstico de enfermagem: Risco de úlcera venosa

Intervenções de enfermagem	Justificação da intervenção
<p>-Avaliar risco de úlcera venosa</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD A["-Veias varicosas -Antecedentes de TVP -Antecedentes de úlcera venosa"] --> B["Incentivar uso de meias elásticas"] </pre> </div> <p>-Ensinar acerca do autocuidado da pele</p>	<p>-Favorece o retorno venoso; -Diminui o edema; -Diminui sensação de cansaço ou dor e aumenta o conforto do utente; -Retarda o reaparecimento de novas úlceras.</p> <p>-A manutenção de uma pele cuidada e hidratada, retarda e/ou evita a ulceração ou a recidiva da mesma.</p>

Diagnóstico de enfermagem: Conhecimento sobre prevenção de complicações (utente ou pelo cuidador significativo)

Intervenções de enfermagem	Justificação da intervenção
<p>-Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera venosa/arterial/diabética</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processo patológico • Fatores de risco • Cuidados com a pele • Sinais de úlcera venosa <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 150px;"> Não demonstra/ Demonstra </div>	<p>-Permite estabelecer estratégias de educação para a saúde dirigidos ao utente e família no sentido de retardar/evitar recidivas.</p>

Diagnóstico de enfermagem: Potencial para melhorar o conhecimento sobre a prevenção de complicações (utente ou prestador de cuidados)

Intervenções de enfermagem	Justificação da intervenção
<p>-Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade cognitiva • Consciencialização das mudanças no seu estado de saúde • Força de vontade expressa na aprendizagem • Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 100px;"> Não/Sim </div>	<p>-Permite conhecer a capacidade que o utente possui para compreender as informações que lhe são transmitidas;</p> <p>-Permite avaliar a capacidade e a motivação na mudança de comportamentos no sentido de retardar/evitar recidivas e reduzir ou eliminar fatores de risco do utente.</p>

Diagnóstico de enfermagem: Risco de úlcera diabética


Intervenções de enfermagem	Justificação da intervenção
<p>Registo de valores de risco de úlcera de pé diabético – exame ao pé (Anexo 8)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Presente em grau elevado Presente em grau moderado Presente em grau reduzido</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar a prevenir úlceras do pé • Ensinar processo patológico • Ensinar sobre complicações do processo patológico • Instruir autovigilância do pé • Instruir a cortar unhas do pé • Instruir a tratar do pé • Ensinar a autovigilância do pé • Incentivar a autovigilância do pé 	<p>-A avaliação periódica permite a deteção precoce de fatores de risco que possam levar ao aparecimento de úlcera de pé diabético.</p> <p>-A categorização em três graus permite orientar o enfermeiro de família a realizar uma vigilância adequada:</p> <p>Grau reduzido (<u>ausência de fatores de risco</u>): vigilância anual pelo enfermeiro de família;</p> <p>Grau moderado (<u>presença de neuropatia</u>): vigilância semestral pelo enfermeiro de família;</p> <p>Grau elevado (<u>presença de isquemia ou neuropatia com deformidades do pé ou história de úlcera cicatrizada ou amputação</u>): Encaminhamento para consulta diferenciada de pé diabético, para vigilância de 1 a 3 meses.</p> <p>-Permite proceder ensinamentos para o autocuidado e autovigilância dos fatores de risco.</p>

Diagnóstico de enfermagem: Conhecimento sobre prevenção de úlcera diabética (utente ou pelo cuidador significativo)

Intervenções de enfermagem	Justificação da intervenção
<p>-Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera diabética</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processo patológico • Fatores de risco de úlcera de pé diabético • Cuidados com os pés • Autovigilância dos pés • Sinais de úlcera de pé diabético • Atuação em caso de aparecimento de úlcera de pé diabético <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p>Não demonstra/ Demonstra</p> </div>	<p>-Permite identificar o grau de conhecimento do utente e da família sobre fatores de risco e cuidados na autovigilância, por forma a estabelecer estratégias de educação para a saúde dirigidas ao utente e família no sentido de evitar o aparecimento de úlcera de pé diabético.</p>

b) Foco de atenção: Comportamento de adesão

Diagnóstico de Enfermagem: Adesão ao regime terapêutico/não adesão ao regime terapêutico

Intervenções de enfermagem	Justificação da intervenção
<p>-Avaliar adesão ao regime terapêutico</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Segue as recomendações sobre regime terapêutico/ Não segue as recomendações sobre regime terapêutico</p> </div> <p>-Avaliar adesão ao regime de exercício</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Segue o regime decidido/acordado Não segue o regime decidido/acordado</p> </div> <p>-Avaliar adesão ao regime dietético</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Segue o regime decidido/acordado Não segue o regime decidido/acordado</p> </div> <p style="text-align: center;"></p> <ul style="list-style-type: none"> • Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão • Ensinar/ incentivar comportamento de adesão • Incentivar adesão à dieta <p>-Avaliar adesão ao regime medicamentoso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos prescritos? • Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos? • Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se ter sentido melhor? 	<p>-Permite avaliar o nível de adesão ao regime terapêutico e conseqüentemente estabelecer com o utente e família compromisso de cumprimento do regime terapêutico.</p> <p>-Permite avaliar se o utente e a família reconhecem os benefícios da atividade física para estabelecimento de hábitos de vida saudáveis, melhorando a sua condição de saúde e controlo de comorbilidades (manutenção de valores normais de glicemia/hemoglobina glicada, de tensão arterial, IMC e ativação da bomba muscular);</p> <p>-Permite avaliar se o utente e família compreendem o tipo de regime alimentar a seguir, reconhecendo os benefícios de uma alimentação e hidratação equilibrada consoante as necessidades nutricionais de cada situação em particular.</p> <p>-Permite avaliar a capacidade do utente e família fazer uma gestão correta da medicação prescrita ao nível da posologia, conservação e finalidade dos medicamentos.</p>



- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?
- Alguma vez tomou um ou vários comprimidos, por sua iniciativa após se ter sentido pior?
- Alguma vez interrompeu a terapêutica por ter deixado acabar os medicamentos?
- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por alguma razão que não seja a indicação do médico?

Sempre
Quase sempre
Com frequência
Por vezes
Raramente
Nunca

-Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão

- Procurar auxílio dos profissionais de saúde
- Adquirir os medicamentos prescritos
- Tomar medicação de forma apropriada
- Obter imunizações
- Adotar modificações comportamentais (ex: dieta, exercício)
- Importância de comparecer às consultas de seguimento

Não demonstra/
Demonstra

-Permite conhecer a capacidade de cada utente e família em aderir ao regime terapêutico sob ponto de vista da motivação em mudar comportamentos e em compreender a importância e dinâmica dos cuidados de saúde;
-Permite estabelecer estratégias de educação para a saúde dirigidos ao utente e família no sentido aumentar a motivação na adesão ao regime terapêutico.

c) Foco de atenção: Gestão do regime terapêutico

Diagnóstico de Enfermagem: Gestão do regime terapêutico comprometida ou Sem gestão do regime terapêutico comprometida

Intervenções de enfermagem	Justificação da intervenção
<p>- Avaliar gestão do regime terapêutico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade para gerir regime medicamentoso • Capacidade para gerir regime de exercício • Capacidade para gerir regime dietético <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <ul style="list-style-type: none"> - Não demonstra - Demonstra - Não aplicável </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar na tomada de decisão • Assistir a identificar crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico • Assistir na gestão do regime terapêutico • Encorajar na tomada de decisão para o comportamento de adesão • Ensinar sobre autovigilância • Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz • Ensinar sobre padrão alimentar (Anexo 5) • Ensinar sobre padrão de exercício • Ensinar sobre padrão de repouso • Ensinar sobre regime medicamentoso • Incentivar adesão ao regime terapêutico • Incentivar aprendizagem de habilidades para otimizar gestão do regime terapêutico • Incentivar envolvimento do prestador de cuidados • Incentivar envolvimento na gestão do regime terapêutico • Incentivar hábitos alimentares saudáveis • Incentivar ingestão de líquidos 	<p>-Permite identificar a capacidade do utente e família em conseguir gerir as mudanças necessárias ao nível do regime medicamentoso, de exercício/repouso e dietético para melhorar a sua condição de saúde.</p> <p>-Permite identificar as dificuldades e potencialidades do utente e família na gestão do regime medicamentoso, de exercício/repouso e dietético.</p> <p>-Permite estabelecer estratégias de educação para a saúde que visem a mudança de comportamento de saúde.</p>

- Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime de exercício; na gestão do regime terapêutico
- Providenciar material de literatura sobre gestão do regime terapêutico
- **Avaliar conhecimento sobre regime dietético**
- Descreve dieta recomendada (consistência, horário, quantidade)
- Descreve alimentos adequados/a evitar
- Descreve orientações para a preparação dos alimentos

Não/Sim

- Ensinar sobre padrão alimentar

- **Avaliar conhecimento sobre regime de exercício**

- Descreve o tipo, frequência e intensidade de exercício
- Descreve equipamento de proteção e segurança adequado ao tipo de exercício

Não/Sim

- Ensinar sobre padrão de exercício
- Ensinar sobre padrão de repouso
- Ensinar a gerir atividade
- Ensinar a gerir o repouso

- **Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso**

- Descreve a via de administração do medicamento
- Descreve o efeito pretendido com o medicamento
- Descreve efeitos secundários/interação do medicamento
- Descreve o armazenamento do medicamento

Não/Sim

-Permite avaliar se o utente e família compreendem o tipo de regime alimentar a seguir, reconhecendo os benefícios de uma alimentação e hidratação equilibrada consoante as necessidades nutricionais de cada situação em particular.

-Permite avaliar se o utente e a família reconhecem os benefícios da atividade física para estabelecimento de hábitos de vida saudáveis, melhorando a sua condição de saúde e controlo de comorbilidades (manutenção de valores normais de glicemia/hemoglobina glicada, de tensão arterial, IMC e ativação da bomba muscular);

- Permite avaliar a capacidade do utente e família fazer uma gestão correta da medicação prescrita ao nível da posologia, conservação e finalidade dos medicamentos.

-Permite o conhecimento de fatores de risco que condicionem o aparecimento de



- Avaliar potencial para melhorar a capacidade

- Capacidade física
- Consciencialização das mudanças no seu estado de saúde
- Força de vontade expressa para a aprendizagem
- Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem



Não/Sim

úlceras e/ou condicionam o atraso na cicatrização de úlceras

-Permite conhecer a capacidade da utente e família de proceder ao autocuidado e aderir ao regime terapêutico

2.3 Avaliação da Planificação de Cuidados

A uniformização de práticas, tendo em conta os princípios da fisiopatologia da úlcera vasculogénica, é fundamental no sucesso da cicatrização e diminuição de recidivas, porém é de extrema importância não perder de vista a unicidade de cada utente e sua família para complementar a consolidação dos ganhos em saúde.

Estes ganhos serão visíveis se periodicamente for realizada avaliação do Plano de Cuidados, nomeadamente ao nível da mudança de estilos de vida e da evolução da cicatrização da úlcera, pois permite reajustar, reforçar medidas de acompanhamento ou mesmo levantar outros diagnósticos de enfermagem, decorrentes de novas necessidades observadas e manifestadas pelo utente e família (Sheehy, 2001).

No momento da avaliação através do Algoritmo da Figura 2, será monitorizado o nível de bem-estar atingido pelo utente e família, tendo em conta as metas inicialmente negociadas e estabelecidas, assim como suas expectativas relativas aos cuidados de enfermagem (Potter & Perry, 2009).

Além da avaliação contínua realizada em todas as consultas de Enfermagem, estipula-se aplicar mensalmente a escala de avaliação das úlceras, registando dimensão, profundidade, existência e tipo de exsudado, existência da dor e/ou prurido, existência de edema, tipo de tecido do leito da úlcera e características dos bordos da mesma.

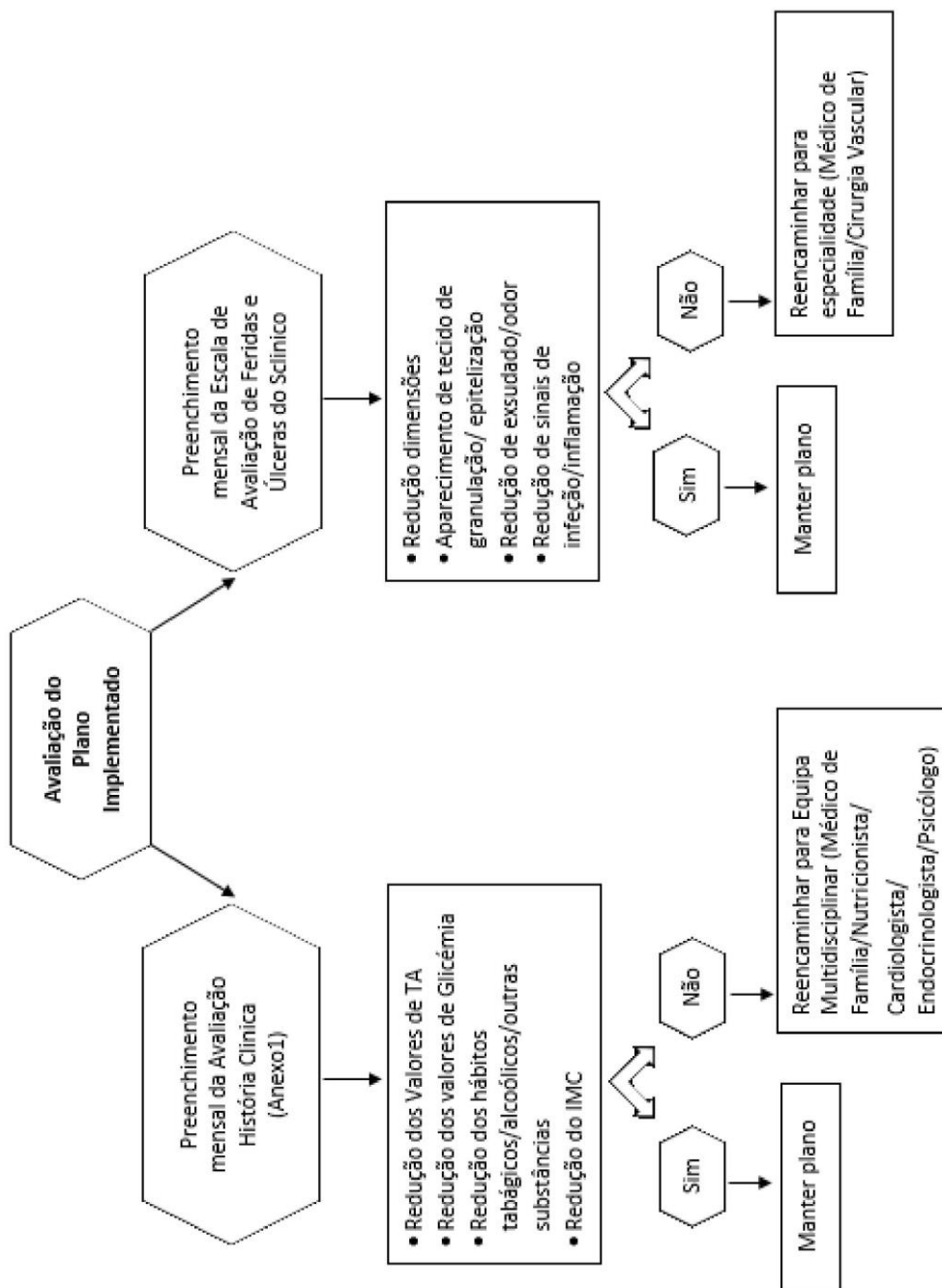
Ao nível da avaliação dos estilos de vida, deve-se aplicar mensalmente o instrumento de Avaliação de História Clínica (Anexo 1), percecionando assim, através dos registos dos valores solicitados se existiram mudanças de comportamento. Esta avaliação periódica permite conhecer os níveis de adesão ao regime terapêutico na adoção de estilos de vida cada vez mais saudáveis, porque uma vez que as comorbilidades estejam controladas, os hábitos tabágicos e alcoólicos sejam reduzidos ou mesmo cessados, que a alimentação e hidratação sejam equilibradas e a atividade física e o repouso adequados, consequentemente produzir benefícios na cicatrização. A manutenção de hábitos de vida saudáveis irá prevenir a reincidência de úlceras vasculogénicas.

Os instrumentos de avaliação familiar (Anexo2) serão aplicados no decurso das consultas de enfermagem e atualizados sempre que necessário para conhecer as relações e dinâmicas familiares coadjuvantes ou impeditivas de uma adequada adesão ao regime terapêutico e assim identificar quais as estratégias necessárias para ajustamento e adaptação familiar no sucesso do tratamento, que pode ser prolongado.

Através do processo dinâmico entre o enfermeiro de família/utente/cuidadores significativos observam-se e avaliam-se

continuamente sinais da adesão ao regime terapêutico por parte destes últimos, no seguimento dos cuidados em contexto domiciliário e em práticas de vida mais saudáveis.

Figura 2 - ALGORITMO DE AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADAS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbade, L. P. F., & Lastória, S. (2005). Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. *International Journal of Dermatology*, 44(6), 449–56. <http://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2004.02456.x>
- Abbade, L. P. F., & Lastória, S. (2006). Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 81(6), 509–522. <http://doi.org/10.1590/S0365-05962006000600002>
- Afonso, A., Barroso, P., Marques, G., Gonçalves, A., Gonzalez, A., Duarte, N., & Ferreira, M. J. (2013). Úlcera crónica do membro inferior — experiência com cinquenta doentes. *Angiologia E Cirurgia Vasculiar*, 9(4), 148–153. [http://doi.org/10.1016/S1646-706X\(13\)70035-1](http://doi.org/10.1016/S1646-706X(13)70035-1)
- Agostinho, M. (2007, May 1). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. Retrieved from <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10366>
- Amaro, F. (2010). *A Classificação das Famílias segundo a Escala de Graffar*. (Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, Ed.). Lisboa.
- Anderson, I. (2012). Multidimensional leg ulcer assessment. *Nursing Times*, 108(13), 17–8, 20. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22536723>
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. (2010). *Pé Diabético, Caminhando para um futuro melhor* (Lidel-Ed.). Lisboa.
- Australian Wound Management Association Inc. & New Zealand Wound Care Society Inc. (2011). *Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers*. Cambridge Publilshing. Retrieved from https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/ext003_venous_leg_ulcers_aust_nz_0.pdf
- Benevides, J. P., Coutinho, J. F. V., Santos, M. C. L., Oliveira, M. J. A. de, & Vasconcelos, F. de F. (2012). Avaliação clínica de úlceras de perna em idosos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene*. http://doi.org/10.15253/rev_rene.v13i2.213
- Briggs, M., & Closs, S. J. (2003). The prevalence of leg ulceration: a review of the literature. *EWMA Journal*, 3(2), 14–20. Retrieved from http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/journals/EWMA_Journal_Vol_3_No_2.pdf
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. (LUSOCIÊNCIA, Ed.). Retrieved from repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5396
- Cruz, M. J., Baudrier, T., & Azevedo, F. (2011). Causas infrequentes de úlceras de perna e a sua abordagem. *Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia*. Retrieved from <http://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/view/74>
- Duarte, N., & Gonçalves, A. (2011). Pé diabético. *Angiologia E Cirurgia Vasculiar*, 7(2). Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ang/v7n2/v7n2a02.pdf>
- Equipa Nacional da Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2009). Manual de Práticas Recomendadas - Tratamento de feridas com compromisso vascular. *Missão Para Os Cuidados de Saúde*, 35–39. Retrieved from <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/revistaMCSP2.pdf>
- European Wound Management Association. (2003). *Understanding compression therapy*. Londron: Medical Education Partnership Ltd. Retrieved from

http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/Position_Documents/2003/Spring_2003__English_.pdf

- Ferreira, V., Martins, J., Loureiro, L., Loureiro, T., Borges, L., Silveira, D., ... Almeida, R. (2014). Consulta multidisciplinar do pé diabético – avaliação dos fatores de mau prognóstico. *Angiologia E Cirurgia Vascular*, 10(3), 146–150. <http://doi.org/10.1016/j.ancv.2014.08.005>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Finlayson, K., Wu, M.-L., & Edwards, H. E. (2015). Identifying risk factors and protective factors for venous leg ulcer recurrence using a theoretical approach: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1042–51. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.016>
- Fonseca, C., Franco, T., Ramos, A., & Silva, C. (2012). A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 480–486. Retrieved from <http://redalyc.org/articulo.oa?id=361033316029>
- Garcia, A., Vasconcelos, L., Valentim, H., Gonçalves, F., Castro, J., Ferreira, E., ... Mota Capitão, L. (2007). Consulta de Úlcera de Perna do Hospital de Santa Marta. Retrieved from <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/304>
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. (2009). *Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior*. (EdikaMed S. L., Ed.). Retrieved from <http://gneaupp.info/conferencia-nacional-de-consenso-sobre-ulceras-de-la-extremidad-inferior/>
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Haynes, R. B., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A., & McDonald, H. P. (2005). Interventions to enhance medication adherence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD000011. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub2>
- Internacional Council of Nurses. (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - versão 2. Ordem dos Enfermeiros.
- Kelechi, T. J., Johnson, J. J., & Yates, S. (2015). Chronic venous disease and venous leg ulcers: An evidence-based update. *Journal of Vascular Nursing: Official Publication of the Society for Peripheral Vascular Nursing*, 33(2), 36–46. <http://doi.org/10.1016/j.jvn.2015.01.003>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar_-_padroes_de_qualidade_dos_cuidados.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia Orientador de Boa Prática. *Cadernos Da OE*, 1(1). Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009a). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe®). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2009b). Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®. Ordem dos Enfermeiros.

- Pannier, F., & Rabe, E. (2013). Differential diagnosis of leg ulcers. *Phlebology*, 28(1), 55–60. <http://doi.org/10.1177/0268355513477066>
- Pina, E., Furtado, K., Franks, P., & Moffatt, C. (2004). Úlceras de Perna em Portugal: um Problema de Saúde Subestimado. Retrieved from <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/293>
- Potter, P., & Perry, A. (2009). *Fundamentos de enfermagem*. (Elsevier, Ed.) (7ª Edição). Rio de Janeiro.
- Rafael, H., Ferreira, Ó., & Rafael, L. (2015). *Da apreciação ao diagnóstico diferencial de Enfermagem na pessoa com úlcera de perna*. (Lusodidata, Ed.). Lisboa.
- Redman, B. K. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. (Lusociência, Ed.) (Nona Edição). Loures.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família*. (E. Afrontamento, Ed.) (1996th ed.).
- Sarkar, P. K., & Ballantyne, S. (2000). Management of leg ulcers. *Postgraduate Medical Journal*, 76(901), 674–82. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1741806&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência, da Teoria à Prática* (4ª). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Sibbald, R. G., Woo, K. Y., & Ayello, E. (2008). Wound bed preparation: DIM before DIME. *Wound Healing Southern Africa*, 1, 29–34. Retrieved from <http://woundhealingsa.co.za/index.php/WHSA/article/viewFile/9/10>
- Sousa, F. (2009). *O “Corpo” que não cura*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Retrieved from [http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19159/2/Dissertao O corpo que no cura.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19159/2/Dissertao%20O%20corpo%20que%20no%20cura.pdf)
- Sousa, M. R. G., Landeiro, M. J. L., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*(4), 151–160. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Templeton, S., & Telford, K. (2010). Diagnosis and management of venous leg ulcers: a nurse’s role? *Wound Practice and Research*, 18(2), 72–79. Retrieved from http://www.awma.com.au/journal/1802_02.pdf
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331–42. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11679023>
- Weir, G., Smart, H., Van Marle, K., Marshall, M., Fourie, A., Berzen, A., ... Reynolds, J. (2015). WHASA consensus document on the management of lower limb ulcers. *Wound Healing Southern Africa*, 8(1), 6–16. Retrieved from <http://www.woundhealingsa.co.za/index.php/WHSA/article/view/186>
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias - Um guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (Editora Roca LTDA, Ed.) (3ª Edição). São Paulo.

ANEXOS

ANEXO 1 - Avaliação inicial e história clínica

A) ANTECEDENTES CLINICO PESSOAIS/COMORBILIDADES

1. Diabetes tipo I
 Diabetes tipo II Hemoglobina A1C: _____
2. HTA Valores médios: _____
3. Insuficiência Venosa: 8. Doença hepática:
4. Neuropatia diabética: 9. Doença dermatológica:
5. Nefropatia diabética: 10. Doença oncológica:
6. Doença cardíaca: 11. Obesidade (IMC):
7. Doença respiratória:
12. AVC:
 Sequelas: SIM NÃO
 Quais: _____
13. Outras: Quais: _____
14. Já foi operado às varizes? SIM NÃO
15. Faz medicação habitualmente? SIM NÃO
 Qual?

-
16. Tem a vacina antitetânica atualizada? SIM NÃO

B) ESTILOS DE VIDA

1. HÁBITOS TABAGICOS SIM NÃO
- Avaliação Carga tabagica em UMA (Unidades/Maço/ano)
 Nº Cigarros/dia Nº de anos de consumo
 - Se ex-fumador, deixou de fumar há:
 <10 Anos >10 Anos
2. HÁBITOS ALCOOLICOS ATUAIS SIM NÃO

Se sim, que quantidade (em copos de 200ml):

Tipos de bebidas	1-2 Copos	3-4 copos	>5copos
Cerveja			
Vinho			
Bebidas brancas (dose)			

3. OUTRAS SUBSTÂNCIAS ADITIVAS

SIM NÃO

Se sim, quais?

4. ALIMENTAÇÃO/HIDRATAÇÃO

4.1 Quantos copos de água/chá/sumos (200 ml) bebe por dia:

1-2 3-4 > 5

4.2 Quantas refeições faz por dia:

1-2 3-4 > 5

4.3 Na última semana que tipo de alimentos ingeriu e com que frequência?

	Sempre (Todos os dias)	Quase sempre (3 vezes por semana)	Às vezes (2 vezes por semana)	Raramente (1 vez por semana)	Nunca
Ingeriu carnes brancas, ovos e/ou peixe					
Ingeriu carne de porco, vaca					
Ingeriu fruta					
Ingeriu legumes: cozidos, em salada ou sopa					
Ingeriu lacticínios (leite, iogurtes, queijo)					
Ingeriu leguminosas (feijão seco, ervilhas, grão de bico, lentilhas)					
Ingeriu Hidratos de carbono (pão, cereais, massas, arroz e batatas)					
Como confecionou os alimentos?					
Cozidos e Grelhados					
Estufados					
Fritos ou assados (uso de gorduras – azeite e/ou óleo)					

ANEXO 2 – Instrumentos de Avaliação Familiar

GENOGRAMA: Esquema gráfico da estrutura familiar através de símbolos que espelham as gerações passadas da família, que reflete o sistema relacional dos seus membros e os eventos mais marcantes. São habitualmente são representadas três gerações (Figueiredo, 2012)

Exemplo de Genograma:

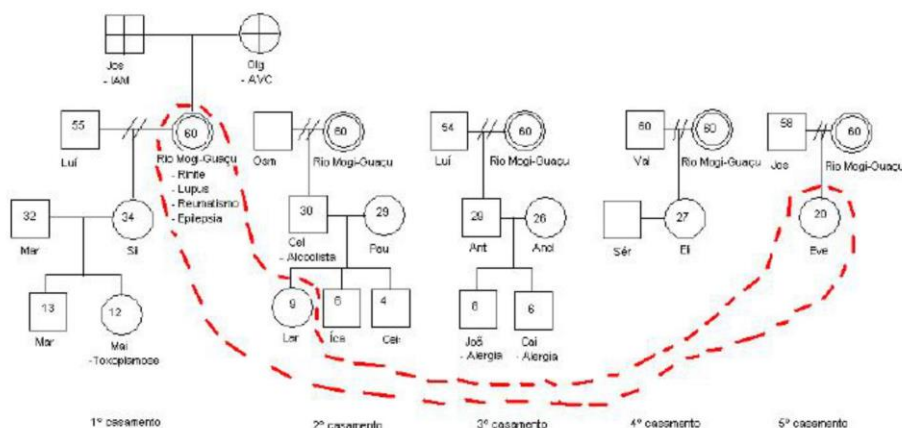


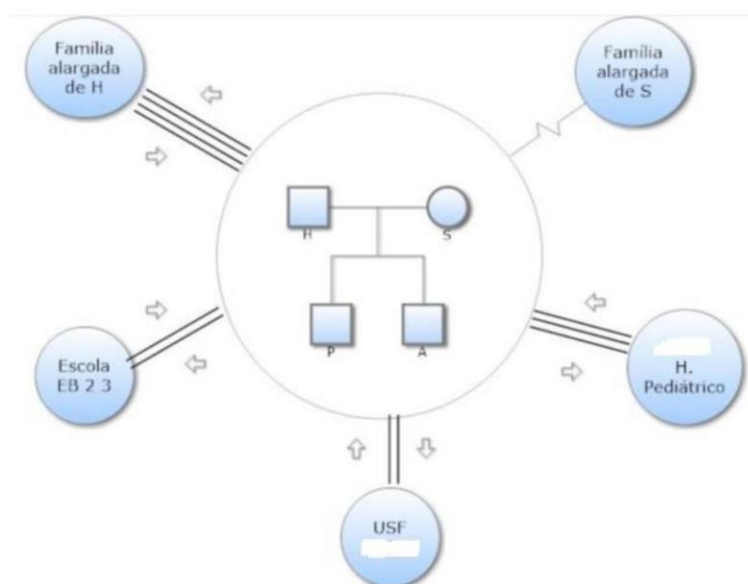
Figura 4: Estrutura familiar da idosa "Rio Mogi-Guaçu"

Legenda dos símbolos:

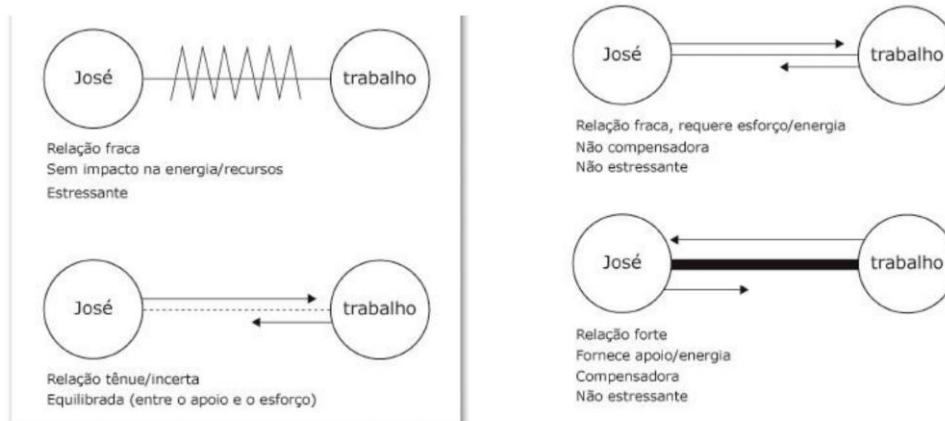
SÍMBOLOS DO GENOGRAMA			
CLIENTE ENTREVISTADO		LIGAÇÃO SANGUÍNEA	
HOMEM		LIGAÇÃO NÃO-SANGUÍNEA	
MULHER		LIGAÇÃO DISTANTE	
GRAVIDEZ		LIGAÇÃO PRÓXIMA	
ABORTO		LIGAÇÃO ESTREITA	
ÓBITO		SEPARAÇÃO	
CASAL COM FILHOS		LIGAÇÃO CONFLITUOSA	
GÊMEOS		ADOÇÃO PARA DENTRO DA FAMÍLIA	
GÊMEOS IDÊNTICOS		ADOÇÃO PARA FORA DA FAMÍLIA	
LINHA CONTÍNUA INDICANDO INDIVÍDUOS QUE VIVEM JUNTOS			

ECOMAPA: representação gráfica que reflete as ligações da família com as organizações sociais e família extensa, traçando a harmonia ou os conflitos e os fluxos de energia (necessidade e recursos) destes elementos (Agostinho, 2007).

Exemplo de Ecomapa:



Legendas dos símbolos (Agostinho, 2007):



CICLO VITAL FAMILIAR DE DUVALL (Relvas, 1996)

Fases do ciclo de vida familiar	Tarefas necessárias ao desenvolvimento familiar
1. Família sem filhos (do casamento ao nascimento do 1.º filho)	1. – Estabelecimento de um casamento mutuamente satisfatório – Preparação para uma gravidez e para o nascimento do 1.º filho (funções parentais) – Consolidação das novas relações familiares
2. Família com filhos pequenos (do nascimento do 1.º filho até à idade pré-escolar, 3 anos)	2. – Preocupação com a educação dos filhos – Conseguir adaptar a casa a contento quer dos pais quer dos filhos
3. Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)	3. – Corresponder às necessidades e interesses dos filhos, estimulando a descoberta de novos horizontes – Como pais, adaptarem-se ao desgaste físico e à falta de intimidade
4. Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até à adolescência, 13 anos)	4. – Ser capaz de integrar os filhos na comunidade escolar – Encorajar os filhos a terem sucesso escolar
5. Família com adolescentes (da saída da escola ao início de estudos superiores, 20 anos)	5. Contribuir para o equilíbrio entre a liberdade e a emancipação nos adolescentes – Procura de novas áreas de interesse e mesmo carreiras profissionais para além da educação dos filhos
6. Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa)	6. Dar assistência adequada e proporcionar rituais apropriados à saída dos filhos à procura de trabalho, para o serviço militar, para casarem, etc.
7. Família na meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma)	7. – Reconstrução da relação matrimonial – Manter relações intergerações
8. Família idosa (da reforma à viuvez)	8. – Conseguir adaptar-se à viuvez e a viver só – Reagir bem à situação de reforma – Ser capaz de deixar a sua casa de família ou adaptá-la às suas necessidades atuais

ESCALA DE GRAFFAR - NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (Amaro, 2010)

a) Segundo a classificação abaixo, assinale (X) a profissão da pessoa da sua família com um emprego de nível superior.

___ (1) Grandes Industriais/comerciantes; Gestores de topo de sector público ou privado (> 500 empregados);

Professores Universitários (com doutoramento); Brigadeiro/General/Marechal; -Profissões liberais de topo; Altos dirigentes políticos.

___ (2) Médios Industriais e comerciantes; Dirigentes de empresas médias; Agricultores proprietários; -Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado; Oficiais das forças armadas; Profissões liberais;

Professores do Ensino Básico; Professores Universitários (sem doutoramento).

___ (3) Pequenos Industriais e comerciantes; Quadros médios; Chefes de secção; Empregados de escritório (grau superior); Médios agricultores; Sargentos e Equiparados.

___ (4) Pequenos agricultores/redeiros; empregados de escritório (grau inferior); Operários semiqualeificados;

Funcionários públicos e membros das Forças Armadas ou militarizadas de nível inferior.

___ (5) Assalariados agrícolas; Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores.

b) De acordo com a classificação seguinte, assinale (X) a instrução da pessoa da sua família com mais escolaridade.

___ (1) Licenciatura, mestrado ou doutoramento

___ (2) Bacharelato ou curso superior com duração < 3 anos

___ (3) 12º ano ou nove ou mais anos de escolaridade

___ (4) Escolaridade > 4 anos e < 9

___ (5) Não sabe ler ou escrever ou escolaridade < 4 anos.

c) Conforme a classificação abaixo indique (X) a origem do rendimento familiar da sua família.

___ (1) Lucros de empresas, de propriedades; heranças; rendimentos profissionais de elevado nível

___ (2) Altos vencimentos e honorários (> 10 vezes o ordenado mínimo)

___ (3) Vencimentos certos

___ (4) Remunerações < ao salário mínimo nacional; pensionistas ou reformados; vencimentos incertos

___ (5) Assistência (subsídios); Rendimento social de inserção

d) Assinale (X) o seu tipo de habitação (deve reunir todas as características descritas).

___ (1) Espaçosa e bem conservada, com aquecimento central/ar condicionado, eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa), com água/saneamento básico/eletricidade, boa ventilação, luz natural e pelo menos 3 dos seguintes critérios (casa com domótica, court de ténis, condomínio privado, acabamentos de luxo, peças de decoração raras e caras, piscina, ginásio).

___ (2) Espaçosa, bem conservada, aquecimento central/ar condicionado, eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa), com água/saneamento básico/eletricidade, boa ventilação, luz natural.

___ (3) Casa de banho, cozinha, sala e quartos, bem conservada, eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa), com água/saneamento básico/eletricidade, boa ventilação, luz natural.

___ (4) Condições exíguas (espaços muito pequenos), mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado), sem todos os eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa), escassa ventilação, sem um dos seguintes elementos: água/ saneamento básico/eletricidade, escassa ventilação, luz natural.

___ (5) Barraca em mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado), sem ventilação, condições exíguas (espaços muito pequenos), sem água/saneamento básico/eletricidade, sem ventilação, sem luz natural.

e) De acordo com a seguinte classificação, indique (X) o local da sua residência.

___ (1) Zona residencial elegante

___ (2) Bom local

___ (3) Zona intermédia

___ (4) Bairro social/operário ou zona antiga

___ (5) Bairro de lata ou equivalente

Pontuação:

A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social, conforme a classificação que se segue:

Classe I: Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9.

Classe II: Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13.

Classe III: Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17.

Classe IV: Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21.

Classe V: Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25.

ESCALA DE APGAR DE SMILKSTEIN

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

APGAR é uma sigla que integra cinco variáveis de avaliação do funcionamento familiar (Figueiredo, 2012):

- *Adaptability* (Adaptação) que considera a distribuição de recursos e a maneira como cada membro da família se encontra ou não satisfeito com a assistência que recebe dos outros membros;
- *Partnership* (Participação) que observa a satisfação de cada membro em relação à forma como participa na tomada de decisões e como se comunicam entre si;
- *Growth* (Crescimento) que diz respeito à forma como as mudanças de papéis são percebidos e aceites pelos outros membros, significando o crescimento individual de membro;
- *Affection* (Afeição) que significa a satisfação que cada um manifesta sobre a partilha de sentimentos com os outros;
- *Resolve* (Decisão) significando a satisfação que cada membro tem sobre a partilha dos recursos dentro da família.

ANEXO 3 - Avaliação do Índice Pressão Tornozelo-Braço

Avaliação do **IPTB** (Índice de Pressão Tornozelo-Braço) – é um método não evasivo de avaliar a existência de doença arterial periférica, cujos valores e determinam o recurso ou não à terapia compressiva e qual o tipo de compressão a utilizar. (Paulino, A. & Inácio, C., 2015 e European Wound Management Association, 2003).

Como se processa a avaliação do IPTB:

- Faz-se o acolhimento do utente, explicando o procedimento e coloca-se o mesmo em decúbito dorsal, em repouso durante 10 a 15 min.
- Avalia-se a pressão sistólica em ambos os braços com recurso à braçadeira do esfigmomanómetro e ao doppler (colocar gel de ultrassons), insuflando-a até o sinal do doppler desaparecer. Depois deve-se desinsuflar até voltar a ouvir o sinal de doppler. Nesse momento regista-se o valor.
- Repete-se o procedimento anterior nos dois membros inferiores, colocando a braçadeira imediatamente acima dos tornozelos e com o doppler na artéria pediosa e tibial. Se existir úlcera deve-se protegê-la com uma compressa esterilizada.
- Com os valores adquiridos calcula-se o IPTB, para cada membro inferior, segundo a seguinte equação:

$$\text{IPTB} = \frac{\text{Pressão sistólica mais elevada do tornozelo}}{\text{Pressão sistólica mais elevada do braço}}$$

Pulso
Braqueal
Direito



Pulso
Braqueal
Esquerdo



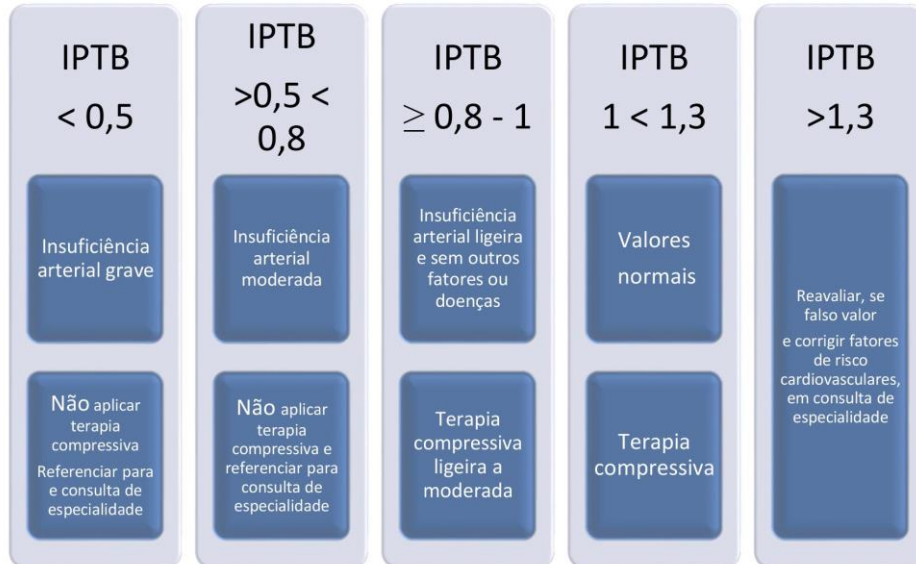
Pulso
Pedioso



Pulso
Tibial
Posterior



Critérios de aplicação de terapia compressiva segundo valores do IPTB



ANEXO 4 - Avaliação da dor

A dor, quinto sinal vital, tem grande preponderância na avaliação, não só por condicionar o bem-estar do utente, como também a cicatrização da úlcera. Assim sendo é fundamental a sua avaliação e para isso recomenda-se o uso de uma escala dor, nomeadamente a escala numérica (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Esta escala deve ser aplicada em vários momentos ao longo do tratamento, no sentido da melhor perceção da evolução da úlcera.

Escala numérica da dor

Sem dor					Dor máxima				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

A dor está na maioria das vezes associadas a outros fatores como presença do edema, prurido, colonização fúngica e outros sinais de inflamação e/ou infeção (Weir et al., 2015).

Importa avaliar a origem da dor e considerar as suas características que ajudam a definir a etiologia da úlcera, pois se diminui com o membro elevado poderemos estar na presença de úlcera de origem venosa ou com a cabeceira elevada, estaremos perante uma úlcera de origem arterial).

Para controlo da dor, devemos também ter em consideração atitudes não farmacológicas que quando associadas com a medicação analgésica potenciam o efeito terapêutico global, e assim reduzir a dose de fármacos, diminuindo efeitos secundários e custos financeiros. Dentre as estratégias não farmacológicas podemos englobar cognitivo-comportamentais (ex: informação prévia, relaxamento, distração), físicas (ex: imobilização, estimulação elétrica transcutânea, massagem) e de suporte emocional (ex: presença de alguém significativo, toque terapêutico) (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A troca do penso deve ser o mais cómoda possível, evitando estímulos desnecessários, utilizando solutos de limpeza ou água a uma temperatura tépida, e assim evitar a remoção traumática e dolorosa do penso. Deve-se igualmente prevenir pressão excessiva dos adesivos sobre a úlcera.

ANEXO 5 – Escala de avaliação de feridas e úlceras do Sclínico

Registo e apreciação de ferida / úlcera

Identificação do Utente

Nome: _____ Nº Processo: _____ Idade: _____ Enfermeiro: _____ Data: _____ Hora: _____

Especificação: _____

Categoria da UP: _____

Dimensões da ferida

Comprimento: _____ Ruborizada Secca
 Largura: _____ Macerada Edemaciada
 Área: _____ Bordos: _____

Classificação queimadura: _____

Pele circundante

Tipo cicatrização: _____

Profundidade / tecidos envolvidos: _____

Sensibilidade: _____

A fazer antibioterapia sistémica dirigida à ferida

Sinais de infeção / inflamação

Dor crescente Exsudado purulento Hipergranulação
 Eritema perilesional Tecido friável Aumento dimensões da ferida
 Edema perilesional Ferida estagnada Odor
 Febre Tecido empaltecido Tecido compatível com biofilme
 Aumento exsudado Lesões satélite

Exsudado

Quantidade: _____

Cor: _____

Odor: _____

Viscosidade: _____

Tunelização

Score: _____

Tecidos presentes no leito da ferida

Ferida fechada %
 Tecido epitelial %
 Tecido granular %
 Tecido necrosado e/ou desvitalizado %
 Tecido necrosado

Evolução da cicatrização

Data: _____ Score: _____

Apagar Gravar Salir

ANEXO 6 - Educação para a saúde

Adaptado de Australian Wound Management Association Inc. & New Zealand

Wound Care Society Inc. (2011), Menoita, (2015) e Sarkar & Ballantyne (2000).

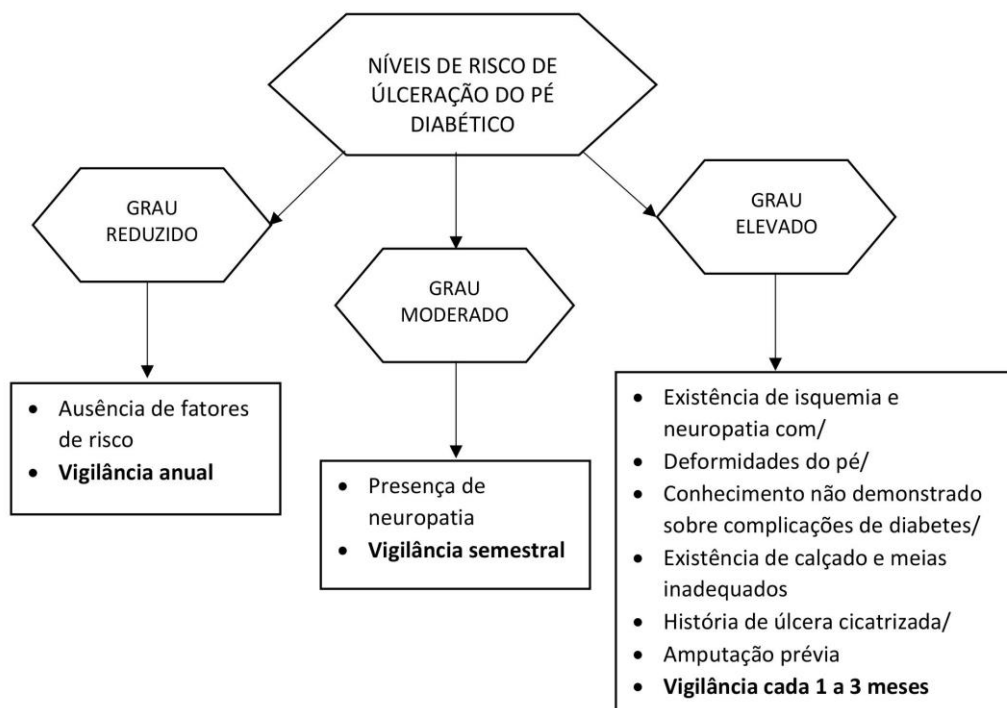
Item da educação para a saúde	Úlcera venosa	Úlcera arterial	Pé-diabético
Informação compreensiva sobre fisiopatologia	Sim	Sim	Sim
Nutrição – aporte adequado de nutrientes (proteínas, Hidratos de Carbono, vitaminas e sais minerais)	Sim	Sim	Sim
Hidratação oral (1,5l diário de água, sumos naturais e chá)	Sim	Sim	Sim
Controlo do peso – evitar obesidade (controlo de pressão sanguínea)	Sim	Sim	Sim
Controlo de obstipação intestinal (controlo de pressão sanguínea)	Sim	Sim	Sim
Cuidados com a pele do membro afetado – higiene e hidratação	Sim	Sim	Sim
	Massagem dos membros de baixo para cima, com creme hidratante		-Remoção de calosidades e cuidados às unhas com limas/líxas -Evitar creme entre os dedos
Exercício físico – escolher um desporto apropriado a cada indivíduo (caminhada, ciclismo, dança) com calçado adequado	Sim	Não – por agravar a dor durante o tratamento Sim – após tratamento	Não
Repouso	Sim	Tronco elevado ou membro pendente	Sim Com apoio nos pés
Facilitar circulação sanguínea durante o sono	Membro inferior elevado acima do nível do coração Fazer movimentos de pedalar antes de dormir	Não aplicável	Não aplicável
Evicção de longos períodos em posição estática (em pé ou sentado) e de sentar de pernas cruzadas	Sim	Sim	Sim
Evitar fontes diretas de calor como lareiras, botijas e outros	Sim	Sim	Sim
Compressão do membro (uso de terapia compressiva para tratamento e meias de compressão após cicatrização da úlcera)	Sim	Não	Não
Vestuário e calçado apropriado (evitar roupa e calçado apertado)	Sim	Sim	Sim
			Atenção: evitar andar descalço
Eliminação de hábitos tabágicos e alcoólicos	Sim	Sim	Sim
Controlo de comorbilidades – Diabetes, HTA, outros	Sim	Sim	Sim
Gestão correta da polimedicação (conforme prescrição médica – posologia e frequência)	Sim	Sim	Sim
Vigilância periódica	Sim	Sim	Sim
			- Diariamente pelo utente e sua família - De 3 em 3 meses a anualmente pelo enfermeiro de família

ANEXO 7 - Tratamento da úlcera vasculogénica

PROCEDIMENTO	PRODUTO	JUSTIFICAÇÃO
Limpeza da úlcera e do membro	-Soro fisiológico ou água potável à temperatura tépida -evitar soluções antissépticas -Polihexametileno (na presença de biofilmes) Autolítico ↓ Hidrogéis Hidrocolóides Químico ↓ Enzimas (colagenase) Mecânico ↓ Instrumentos cirúrgicos	- A temperatura deve ser tépida para evitar vasoconstricção e assim retardar o fluxo sanguíneo à úlcera -As soluções antissépticas são citotóxicas (só em curtos períodos e em situações pontuais para reduzir a carga bacteriana) -Ambas as situações podem retardar a cicatrização -A remoção dos tecidos inviáveis facilita a epitelização -Evitar desbridamento se IPTB <0,5
Avaliar leito da úlcera – verificar existência de tecidos inviáveis – desbridamento (autolítico; químico e mecânico)		
Avaliação e controlo da quantidade de exsudado	- Se excesso de exsudado – Alginatos (de cálcio), hidropolímeros, pensos com prata e carvão, espumas - Se quantidade de exsudado diminuta – Hidrocolóides e hidrogéis	-Prevenção do excesso de humidade, evitando a proliferação bacteriana, e o desconforto do utente -Prevenção da desidratação, evitando o aparecimento de tecidos desvitalizados
Tratamento de úlcera com sinais Inflamatórios/Infecção	- Pensos com prata e carvão - Pensos com mel -Compressas impregnadas com iodopovidona - Pensos com carvão	-A prata, o carvão e o mel possuem propriedades antibacterianas -Encaminhar para avaliação médica e posterior prescrição de antibioterapia sistémica - Evitar uso de antibióticos tópicos devido ao risco de sensibilização e resistência - Associados com penso secundário de espuma para absorção de exsudado
Controlo do odor	- Pensos com carvão	
Terapia compressiva	- Se existência de critérios após avaliação do IPTB e em concomitância com pensos adequados ao leito da úlcera - Ligaduras de zinco (compressão inelástica)	-Promoção de aporte sanguíneo adequado e retorno venoso ajustado -As ligaduras de zinco são utilizadas para facilitar a epitelização, favorecendo alívio do eczema e inflamação associada
Proteção da pele circundante	- Solução de barreira não-alcóolica -Corticoides tópicos (se eczema)	- Promoção da integridade cutânea, evitando maceração da pele, dor e prurido.

ANEXO 8 – Avaliação dos níveis de risco de ulceração do pé diabético

Exame aos pés		Pé direito		Pé esquerdo	
		Sim	Não	Sim	Não
1	Integridade cutânea alterada (secura, calosidades, gretas ou infeção fúngica)				
2	Presença de edema				
3	Deformidades dos pés (nas proeminências ósseas ou dos dedos)				
4	Neuropatia – diminuição da sensibilidade por monofilamento				
5	Neuropatia – diminuição da sensibilidade por diapasão				
6	Neuropatia – diminuição da sensibilidade por “teste de sensibilidade com algodão)				
7	Neuropatia – diminuição dos reflexos tendinosos				
8	Isquemia – ausência do pulso pedioso				
9	Isquemia – ausência do pulso tibial posterior				
10	Isquemia – claudicação da marcha ou dor dos gêmeos em repouso				
11	Isquemia – cor e temperatura da pele alterada				
12	Isquemia – índice tíbio-braquial alterado (<0.9)				
13	Antecedentes de úlcera				
14	Antecedentes de amputação do membro inferior (minor ou major)				



Apêndice 4 – Consentimento informado e Instrumento de recolha de dados da amostra das pessoas com úlcera vasculogénica

I Curso de mestrado em Enfermagem Saúde Familiar

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E LIVRE DIRIGIDO À PESSOA COM ÚLCERA VASCULOGÉNICA CRÓNICA

TÍTULO DO ESTUDO: A pessoa com úlcera vasculogénica crónica: O papel do Enfermeiro de Família na adesão ao regime terapêutico.

IDENTIFICAÇÃO DO INVESTIGADOR: Isabel Lopes, Enfermeira N° de OE 2-E-30118, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Aveiro.

INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES SOBRE O ESTUDO:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, concretamente na unidade curricular de Estágio pretendemos desenvolver um estudo sobre o papel dos enfermeiros de família na adesão ao regime terapêutico em utentes com úlcera vasculogénica crónica da perna e suas famílias. Neste sentido definimos os seguintes objetivos:

- Caracterizar as alterações no autocuidado das pessoas com úlcera vasculogénica crónica;
- Planear intervenções de Enfermagem para a promoção da Adesão ao Regime Terapêutico da pessoa com úlcera vasculogénica crónica.

Trata-se de uma investigação do tipo descritivo e exploratório através da aplicação de um Questionário dirigido às pessoas com úlcera vasculogénica crónica.

O conhecimento obtido com este estudo facilitará a adequação das intervenções dos profissionais de saúde dirigidas às necessidades das pessoas e contribuirá para as boas práticas de atuação dos enfermeiros na assistência à pessoa com úlcera vasculogénica crónica.

CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial. A informação colhida durante o preenchimento do questionário será codificada, sendo conservada num local seguro à responsabilidade do investigador. Os resultados de grupo poderão ser apresentados posteriormente, mas nunca identificados de forma individual. Os referidos resultados de grupo serão colocados à disposição a pedido dos interessados.

PARTICIPAÇÃO: A participação no estudo é voluntária. Se decidir participar poderá desistir por sua vontade, em qualquer momento. Os cuidados que lhe são prestados serão sempre os mesmos que a instituição lhe pode proporcionar, seja qual for a sua opção.

CONTACTOS DO INVESTIGADOR:

Correio eletrónico: icsl@ua.pt

Contacto Telefónico: 965235117 Assinatura/s

de quem pede consentimento:

.....

Eu, abaixo assinado, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina, consentido assim livremente a aplicação do estudo.

Assinatura:..... Data: / /

I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A PESSOA COM ÚLCERA VASCULOGÉNICA CRÓNICA: O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO.

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO À PESSOA COM ÚLCERA VASCULOGÉNICA CRÓNICA

O questionário encontra-se dividido em cinco partes relativas à caracterização sociodemográfica, antecedentes clínicos pessoais, estilos de vida, caracterização da úlcera vasculogénica e comportamentos de adesão ao regime terapêutico. Para cada questão pretende-se que assinale com uma cruz a opção que corresponde à sua realidade.

A sua colaboração é essencial e voluntaria e o questionário é anónimo e confidencial.

Obrigada pela colaboração.

QUESTIONÁRIO

Nº _____

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

1. Género

Feminino:

Masculino:

2. Idade (anos): _____

3. Estado civil:

Casado (a):

Solteiro (a):

Viúvo (a):

União de facto:

Divorciado (a):

4. Escolaridade:

Analfabeto

Sabe ler e escrever

1º Ciclo do ensino básico

2º Ciclo do ensino básico

3º Ciclo do ensino básico

Ensino secundário

Ensino superior

5. Situação Profissional:

Empregado

Desempregado

Reformado

Estudante

Doméstica

6. Área de residencia

Rural Urbana

PARTE II – ANTECEDENTES CLINICO PESSOAIS/COMORBILIDADES

1. Diabetes tipo I

Diabetes tipo II

Se sim; valor da última hemoglobina A1C: _____

2. HTA

Se sim, valores médios: _____

3. Insuficiência Venosa:

4. Neuropatia diabética:

5. Nefropatia diabética:

6. Doença cardíaca:

7. Doença respiratória:

8. Doença hepática:

9. Doença dermatológica:

10. Doença oncológica:

11. Obesidade: IMC: _____

12. AVC:

Se sim, há quanto tempo: _____

Sequelas: SIM NÃO Quais: _____

13. Outras: Quais: _____

14. Já foi operado às varizes? SIM NÃO

15. Faz medicação habitualmente? SIM NÃO

Qual? _____

16. Tem a vacina antitetânica atualizada? SIM NÃO

PARTE III – ESTILOS DE VIDA

1. HÁBITOS TABAGICOS ATUAIS SIM NÃO

Se sim, qual o consumo:

<10 Cigarros/dia > 10 Cigarros/dia

Se não, mas já foi fumador, deixou de fumar há quanto tempo?

<5 Anos 5- 10 Anos >10 Anos

2. HÁBITOS ALCOOLICOS ATUAIS SIM NÃO

Se sim, que quantidade (em copos de 200ml/dia):

Tipos de bebidas	1-2 Copos	3-4 copos	>5copos
Cerveja			
Vinho			
Bebidas brancas (dose)			

3. OUTRAS SUBSTÂNCIAS ADITIVAS

SIM NÃO

Se sim, quais? _____

4. ALIMENTAÇÃO/HIDRATAÇÃO

4.1 Quantos copos de água/chá/sumos (200 ml) bebe por dia:

1-2 3-4 ≥ 5

4.2 Quantas refeições faz por dia:

1-2 3-4 ≥ 5

Na última semana que tipo de alimentos ingeriu e com que frequência?

	Sempre (Todos os dias)	Quase sempre (3 vezes por semana)	Às vezes (2 vezes por semana)	Raramente (1 vez por semana)	Nunca
Ingeriu carnes brancas, ovos e/ou peixe					
Ingeriu carne de porco, vaca					
Ingeriu fruta					
Ingeriu legumes: cozidos, em salada ou sopa					

Sem dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

8. Qual o período do dia em que sente ou sentia mais dor:

De manhã De tarde De noite

9. Tem edema (inchaço) dos membros inferiores? SIM NÃO

Se sim, o que faz para prevenir o edema? _____

10. A sua ferida apresenta ou apresentava odor? SIM NÃO

11. Sente prurido (comichão) no membro afetado? SIM NÃO

Se sim, o que faz habitualmente? _____

TRATAMENTO

(Se respondeu não à pergunta 1 do Parte IV, avance para a Parte V)

12. Qual a frequência do tratamento (nº de vezes por semana):

Diário

1x

2x

3x

13. No último mês foi-lhe prescrito antibiótico para tratamento da sua úlcera?

SIM NÃO

14. Onde realiza o tratamento:

Centro de Saúde

Como se desloca ao Centro de saúde: _____

Quem o leva ao Centro de saúde: _____

Domicílio

PARTE V - COMPORTAMENTOS DE ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Instruções: Responda com uma x na resposta correta, nos três diferentes itens: Conhecimento/Comportamento de adesão/Quem lhe transmitiu a informação.

Legenda: S: Sabe; NS: Não sabe C: Cumpre; NC: Não cumpre
E: Enfermeiro; O: Outro profissional

Afirmação	Conhecimento (sabe que deve:)		Comportamento de adesão (costuma fazer)		Quem lhe transmitiu a informação	
	S	NS	C	NC	E	O
Evitar posições prolongadas de pé ou sentado (caso o seu trabalho assim o exija, caminha por períodos durante o dia).						
Evitar permanecer sentado de pernas cruzadas.						
Em viagens longas (carro, comboio ou avião) caminhar um pouco para permitir circulação do sangue nas veias.						
Praticar caminhadas ou outra atividade física como ginástica, ciclismo.						
Intervalar períodos de atividade física com repouso						
Fazer movimentos de pedalar antes de dormir.						
Levantar os pés da cama 10 a 15 cm.						
Usar calçado ajustável e com saltos de 3 a 4 cm.						
Usar vestuário confortável e largo (evito uso de meias com elásticos, calças justas e cintos apertados).						
Evitar andar descalço						
Evitar lugares quentes, como exposição a lareiras ou outras fontes de calor						
Recorrer a duche de água tépida a fria nas pernas.						
Evitar prisão de ventre, recorrendo a hidratação oral adequada (1,5 l água/dia).						
Recorrer alimentação rica em fibras, (ex: vegetais) para evitar prisão de ventre.						
Evitar gorduras saturadas (ex: manteiga, carne de porco).						
Evitar fritos e assados, preferindo os cozidos e grelhados.						
Evitar excesso de peso, mantendo uma alimentação equilibrada.						
Massajar as pernas, de baixo para cima com creme hidratante.						
Não remover o penso e/ou ligadura antes do dia de tratamento.						

Não molhar o penso e/ou ligadura, durante a sua higiene.						
Cumprir as indicações que o seu Enfermeiro de Família lhe prescreveu						
Cumprir a medicação que o seu Médico de Família lhe prescreveu.						

Obrigada pela sua colaboração

Apêndice 5 – Consentimento informado e instrumento de colheita de dados da amostra dos enfermeiros de família

I Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Familiar

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E LIVRE DIRIGIDO AO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

TÍTULO DO ESTUDO: A pessoa com úlcera vasculogénica crónica: O papel do Enfermeiro de Família na adesão ao regime terapêutico.

IDENTIFICAÇÃO DO INVESTIGADOR: Isabel Lopes, Enfermeira N° de OE 2-E-30118, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde familiar da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Aveiro.

INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES SOBRE O ESTUDO:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, concretamente na unidade curricular de Estágio pretendemos desenvolver um estudo sobre o papel dos enfermeiros de família na adesão ao regime terapêutico em utentes com úlcera vasculogénica crónica da perna e suas famílias. Neste sentido definimos os seguintes objetivos:

- Caracterizar as alterações no autocuidado das pessoas com úlcera vasculogénica crónica;
- Planear intervenções de Enfermagem para a promoção da Adesão ao Regime Terapêutico da pessoa com úlcera vasculogénica crónica.

Trata-se de uma investigação do tipo descritivo e exploratório através da aplicação de um Questionário dirigido aos Enfermeiros de Família que prestam cuidados à pessoa com úlcera vasculogénica crónica.

O conhecimento obtido com este estudo facilitará a adequação das intervenções dos profissionais de saúde dirigidas às necessidades das pessoas e contribuirá para as boas práticas de atuação dos enfermeiros na assistência á pessoa com úlcera vasculogénica crónica

CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial. A informação colhida durante o preenchimento do questionário será codificada, sendo conservada num local seguro à responsabilidade do investigador. Os resultados de grupo poderão ser apresentados posteriormente, mas nunca identificados de forma individual. Os referidos resultados de grupo serão colocados à disposição a pedido dos interessados. PARTICIPAÇÃO: A participação no estudo é voluntária. Se decidir participar no estudo, poderá desistir por sua vontade em qualquer momento.

CONTACTOS DO INVESTIGADOR:

Correio eletrónico: icsl@ua.pt

Contacto Telefónico: 965235117

Assinatura/s de quem pede consentimento:

.....

Eu, abaixo assinado, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina, consentido assim livremente a aplicação do estudo.

Assinatura:..... Data: /..... /.....



I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A PESSOA COM ÚLCERA VASCULOGÉNICA CRÓNICA: O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO.

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

O questionário encontra-se dividido em três partes relativas à caracterização sociodemográfica, formação anterior sobre Úlcera Vasculogénica e às estratégias para a adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa com úlcera vasculogénica. Para cada questão pretende-se que assinale com uma cruz a opção que corresponde à sua realidade.

A sua colaboração é essencial e voluntária e o questionário é anónimo e confidencial.

Obrigada pela colaboração.

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

1. Género:
- Feminino:
- Masculino:
2. Idade (anos):
- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- ≥60
3. Escolaridade:
- Bacharelado
- Licenciatura
- Mestrado
- Área: _____
- Especialidade Área: _____
- Doutoramento
- Área: _____

PARTE II – ÁREA DO CONHECIMENTO SOBRE ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS

- 1- No último ano frequentou alguma formação sobre Tratamento de feridas e Viabilidade tecidual?
- Sim Não
- 2- Sente necessidade de ter mais formação na área de Tratamento de Feridas e Viabilidade Tecidual?
- Sim Não
- 3- Sente necessidade de ter mais formação na área de Tratamento de Feridas e Viabilidade Tecidual?
- Sim Não
- 4- Sente necessidade da existência de um Manual de Procedimentos para a Consulta de Enfermagem à pessoa com Úlcera Vasculogénica?
- Sim Não
- 5- Recorre a algum tipo de escala para caracterizar Feridas/Úlceras?
- Sim Não
- Se sim, qual? _____

PARTE III – ESTRATÉGIAS DE ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Instruções: Responda com uma x na resposta que para si é a mais correta:

Educação para a Saúde acerca de:	Aplica	Não aplica
Períodos de repouso durante do dia.		
Posicionamento a adotar com os membros inferiores (ex: evitar cruzar as pernas).		
Períodos de exercício durante viagens longas (ex: caminhar por curto período).		
Prática de exercício físico (ex: caminhadas ou outra atividade física como ginástica, ciclismo, natação ou dança).		
Proceder a movimentos de pedalar antes de dormir.		
Elevação dos pés da cama 10 a 15 cm, se úlcera venosa.		
Elevação da cabeceira da cama, se úlcera arterial.		
Uso de calçado ajustável e com saltos de 3 a 4 cm.		
Uso de vestuário confortável e largo (ex: evitar uso de meias com elásticos, calças justas e cintos apertados).		
Evicção da exposição a lugares quentes (ex: lareiras ou depilação a cera quente).		
Recurso a duche de água tépida a fria nas pernas.		
Promoção de hábitos de hidratação oral adequada (1,5 l água/dia) para evitar obstipação.		
Promoção de hábitos alimentares equilibrados evitando excesso de peso e controlo das comorbilidades existentes.		
Recurso a massagem das pernas, de baixo para cima com creme hidratante.		
Manutenção de penso limpo e seco até à próxima consulta.		
Cumprimento do regime terapêutico prescrito pelo Enfermeiro e médico de família.		

Obrigada pela sua colaboração.

Apêndice 6 – Pedidos de autorização da realização do estudo empírico

Exmo. Senhor
Diretor Executivo do ACES Baixo Vouga
Dr. Manuel Sebe

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização de um estudo sobre “A pessoa com Úlcera Vasculogénica Crónica: O papel do Enfermeiro de Família na adesão ao regime terapêutico”

Eu, Isabel Cristina Silva Lopes, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, pretende concretizar um estudo cujos principais objetivos são caracterizar as alterações no autocuidado das pessoas com úlcera vasculogénica crónica e planejar intervenções de Enfermagem para a promoção da Adesão ao Regime Terapêutico da pessoa com úlcera vasculogénica crónica.

Proponho desenvolver um estudo descritivo e exploratório, com recurso a metodologia quantitativa e realizar a recolha de dados através de questionário. Será previamente solicitado aos participantes o consentimento livre e esclarecido, sendo mantida a confidencialidade dos dados.

O trabalho de investigação tem orientação científica da Professora Doutora Elsa Melo e coorientação científica do Professor Doutor João Simões, docentes da Universidade de Aveiro.

Anexo o projeto da investigação, com o instrumento de recolha de dados e o pedido de consentimento livre e esclarecido para os participantes.

Neste sentido solicitamos a V. Exa a autorização para a realização do referido estudo.

Ao dispor para qualquer esclarecimento.

Contatos:

Isabel Lopes
Telemóvel: 965235117
E-mail: icsl@ua.pt

Com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,
Ílhavo, 23 de julho de 2015

Isabel Cristina Silva Lopes

Ministério da Saúde
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL
DE SAÚDE DO CENTRO

RECEBIDO - Requerimento
24/07/15
Manuel Sebe

Exmo. Senhor
Coordenador da UCSP Vagos I
Dr. Carlos Maia

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização de um estudo sobre “A pessoa com Úlcera Vasculogénica Crónica: O papel do Enfermeiro de Família na adesão ao regime terapêutico”

Eu, Isabel Cristina Silva Lopes, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, pretende concretizar um estudo cujos principais objetivos são caracterizar as alterações no autocuidado das pessoas com úlcera vasculogénica crónica e planear intervenções de Enfermagem para a promoção da Adesão ao Regime Terapêutico da pessoa com úlcera vasculogénica crónica.

Proponho desenvolver um estudo descritivo e exploratório, com recurso a metodologia quantitativa e realizar a recolha de dados através de questionário. Será previamente solicitado aos participantes o consentimento livre e esclarecido, sendo mantida a confidencialidade dos dados.

O trabalho de investigação tem orientação científica da Professora Doutora Elsa Melo e coorientação científica do Professor Doutor João Simões, docentes da Universidade de Aveiro.

Anexo o projeto da investigação, com o instrumento de recolha de dados e o pedido de consentimento livre e esclarecido para os participantes.

Neste sentido solicitamos a V. Exa o parecer favorável à realização do estudo na unidade que V. Exa coordena, obviamente condicionada ao parecer da Comissão de Ética da ARS – Centro.

Ao dispor para qualquer esclarecimento.

Contatos:

Isabel Lopes
Telemóvel: 965235117
E-mail: icsl@ua.pt

Com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,
Ílhavo, 23 de julho de 2015

Isabel Cristina Silva Lopes

**Anexo 1 – Documento de homologação da Comissão de Ética para a Saúde da
Administração Regional de Saúde do Centro**

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL: Parecer favorável.</p>	<p>DESPACHO: <i>Homologar o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde</i> <i>19.11.2015</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.</p> <p><i>[Assinatura]</i> Dr. José Manuel Azenha Tereso Presidente,</p>
--	---

ASSUNTO: 63/2015 - A pessoa com úlcera vasculogénica crónica: o papel do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico

[Assinatura]
Dr.ª Maria Augusta Mota
Vice-Presidente,

[Assinatura]
Dr. Luís Manuel Militão Mendes Cabral
Vogal,

- Projeto bem estruturado e descrito. A investigadora pretende, mediante a aplicação de um questionário a utentes enfermeiros de família, perceber melhor quais as implicações que a presença da úlcera vasculogénica tem na pessoa emergindo consequentemente a importância da autogestão do regime terapêutico no que toca ao autocuidado e assim favorecer a cicatrização e diminuição de recidivas. Em última análise a investigadora pretende melhorar a prática dos cuidados de enfermagem.

Coimbra, 18 de novembro de 2015

O Relator
[Assinatura]
(Dra. Carla Barbosa)

O Presidente da CES
[Assinatura]
(Prof. Doutor Fontes Ribeiro)