



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

TATIANA MARTINS

**CARTILHA PARA A ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES
COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA: UMA
TECNOLOGIA EDUCATIVA**

**Florianópolis
2017**

TATIANA MARTINS

**CARTILHA PARA A ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES
COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA: UMA
TECNOLOGIA EDUCATIVA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, modalidade Mestrado Profissional, como requisito para obtenção do Título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof. Dra. Nádya Chiodelli Salum

Co-orientadora: Melissa Orlandi
Honório Locks

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Martins, Tatiana

Cartilha para a alta hospitalar de pacientes com
doença arterial obstrutiva periférica : uma
tecnologia educativa / Tatiana Martins ;
orientadora, Prof^a. Dra. Nádia Chiodelli Salum;
coorientadora, Melissa Orlandi Honório Locks - SC,
2017.

152 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Educação em
saúde. 4. Doença arterial periférica. 5. Alta
Hospitalar. I. Salum, Prof^a. Dra. Nádia Chiodelli .
II. Locks, Melissa Orlandi Honório . III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM

“CARTILHA PARA A ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES COM
DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA: UMA TECNOLOGIA
EDUCATIVA”.

TATIANA MARTINS

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO
EM ENFERMAGEM**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Gestão do Cuidado em Saúde e
Enfermagem**

Profa. Dra. Jane Cristina Anders
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em
Enfermagem

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Nádia Chiodelli Salum (Presidente)

Profa. Dra. Eliane Matos (Membro)

Profa. Dra. Maria Lígia dos Reis Bellaguarda (Membro)

Profa. Dra. Luciana da Rosa Martins (Membro)

Dedico este trabalho aos meus pais e avós pelo amor, pelos ensinamentos, pela confiança e pelo esforço incomensurável em me fazer feliz.

Ao meu marido por ser meu equilíbrio e minha fonte de paz em momentos de inquietude.

Ao meu filho por ser meu maior e melhor motivo para seguir em frente sempre.

AGRADECIMENTOS

Foram quase três anos para que esse momento chegasse: escrever os agradecimentos. Duvidei que eu conseguiria, todavia aqui estou. Percorri esse caminho gerando Luiz em meu ventre, o que me fez ser melhor, mais forte e grata.

Segui minha trajetória acadêmica, assim como inúmeras mulheres, dividida entre a maternidade, o trabalho, o lar e o mestrado. Vivi simultaneamente a tudo isso um pós-parto dolorido, longo, intenso e incompreendido por muitos.

Posso afirmar, com toda certeza, que, se hoje estou agradecendo, foi pelo apoio de pessoas que acreditaram em mim, que me tornaram capaz de superar todo e qualquer obstáculo que, muitas vezes, parecia intransponível. Sinto-me no dever de citar Bruno, meu marido e maior incentivador, que assumiu o seu papel de pai de maneira magistral. Esteve conosco em todos os momentos: mesmo quando ausente se fazia presente. Minha luz, meu guia, meu anjo e meu eterno companheiro. Obrigada por ter vivido junto a mim os dias mais difíceis de minha vida, mas também os mais felizes até a minha finitude.

Devo, pois, toda gratidão a minha irmã, Tamara, por permanecer ao meu lado durante as longas noites solitárias, por compreender meu choro e sorrir o meu riso. Quando você decidiu se mudar para Florianópolis, não achei que fosse sensato, relutei. Entretanto, a missão de cuidar-nos já era sua, de ser a tia, a ti-ti-tia de nosso Luiz (como ele mesmo fala). Ele te ama.

Guardo para você, meu filho, o meu mais especial obrigado, pois, desde que você chegou na minha vida, ela, de fato, faz todo o sentido. Nasci para ser sua mãe, para amá-lo e receber todo amor do mundo através de seus olhos. Peço a Deus e ao universo um longo caminho ao seu lado para que você encontre em mim a paz, a força, o amor e a fé sempre que precisar.

E, para finalizar esta retrospectiva para mim tão importante, gostaria de agradecer a tantas outras pessoas (anônimas ou nem tanto) que me fizeram forte suficiente para enfrentar os meus medos. Não poderia deixar de registrar a minha gratidão à querida Orcélia, pessoa de coração único que com sua radiância trouxe a confiança que eu precisava para não desistir de amamentar a minha cria.

Prossigo agradecendo aos meus pais, Fátima e Jailson, e aos meus avós, Luiz, Tecinha e Nenê pela obstinação em me fazerem feliz. Digo-lhes: vocês conseguiram! A vida foi muito generosa comigo por ter me dado a oportunidade de crescer ao lado de pessoas tão especiais.

Minha mãe, ser de luz e construção inigualável da natureza, mostrou-me que não existem motivos para desistir de nossos sonhos e que, por mais difícil que pareça, nada justifica deixar de sorrir. Ah, como ela sorri! Meu pai, fonte de sensatez e lealdade, embora muitas vezes duvidasse de si mesmo, jamais duvidou de mim. Meu amado pai, poucos fizeram da paternidade uma missão e você a fez e foi o melhor pai que alguém poderia desejar.

Meus queridos avós, é tão difícil falar de vocês sem chorar! Embora a ausência física nos deixe um profundo vazio, a presença espiritual nos fortalece e nos afaga a alma. Gostaria que soubessem que, ao fechar os meus olhos, sou capaz de ouvi-los, de sentir o calor de seus abraços e o toque suave de seus beijos em minha face. Vovô, vovó e Nenê, vocês viverão em mim eternamente. Gratidão infinita.

Agradeço a todos os colegas e amigos de trabalho, em especial a Cintia Junkes por partilhar suas manhãs junto a mim, por tornar nossa profissão mais leve, os dias mais coloridos e o sorriso fácil. A Márcia Gonzaga por escutar os meus lamentos, sofrer com os meus prazos e me mostrar soluções. A Cristiane Baldessar, minha chefe, por me entender e me incentivar diariamente. A Diana Coelho Gomes, amiga que a vida me trouxe e que me deu o ar que eu precisava para chegar até o fim.

Minha gratidão ao Hospital Universitário pelo incentivo à pesquisa e constante estímulo pela busca do conhecimento. Devo, pois, agradecer a minha orientadora, Nádia Chiodelli Salum e co-orientadora Melissa Onório Horlandi Lock pela paciência, troca de saberes e generosidade em nossa caminhada. Obrigada, ainda, aos componentes da minha banca de sustentação de mestrado pela disposição em compartilhar esse momento único e especial em minha formação, assim como seus ensinamentos.

Por fim, agradeço aos pacientes que se despiram de seus escudos, que compartilharam comigo a sua dor e que confiaram em mim para adentrar em suas vidas e guardar os seus segredos. A Deus por me permitir uma vida tão grandiosa e me amparar sempre que preciso. Grata!

Finalizo parafraseando William Shakespeare, que diz: “o tempo é muito lento para os que esperam, muito rápido para os que têm medo, muito longo para os que lamentam, muito curto para os que festejam. Mas, para os que amam o tempo é eterno”. Portanto, que vivamos com a sabedoria e a humildade de que somos finitos, porém capazes de vivermos eternamente.

MARTINS, TATIANA. CARTILHA PARA A ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA: UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 2017. 152p.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, com o objetivo geral de construir uma tecnologia educativa para alta hospitalar de pacientes com doença arterial obstrutiva periférica. Apresenta como objetivos específicos: identificar o conhecimento do paciente hospitalizado acerca da doença e as necessidades de cuidado no domicílio e, elaborar uma cartilha educativa para a alta hospitalar de pacientes com doença arterial obstrutiva periférica. O estudo foi realizado na unidade de clínica cirúrgica de um hospital escola no Sul do país. A coleta de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2016 através da aplicação de entrevista semiestruturada com 13 pacientes internados para tratamento da doença arterial obstrutiva periférica. Dentre os 13 pacientes entrevistados, quatro tiveram auxílio de seus familiares para responder aos questionamentos da entrevista. A análise dos dados se deu através da análise temática e resultou na elaboração de um manuscrito intitulado Viver com doença arterial obstrutiva periférica: conhecimento dos pacientes hospitalizados e na construção de uma cartilha educativa para melhor preparar o paciente com a doença arterial obstrutiva periférica para a alta hospitalar. Os dados apontam uma deficiência do processo de educação em saúde nas três esferas de assistência a saúde. Embora os pacientes internados para o tratamento da doença arterial obstrutiva periférica apresentassem, em sua maioria, as formas mais graves da doença, esses desconheciam o seu diagnóstico, como também demonstraram inabilidade quanto ao manejo adequado de suas comorbidades, tais como *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica. Percebem a doença arterial obstrutiva periférica como passageira e de início súbito, não estando, portanto, conscientes quanto a sua cronicidade. Todavia, apesar de um percentual expressivo do pacientes compreender a doença como um agravo agudo, esses reconhecem a necessidade de cessar o tabagismo e melhorar a alimentação com objetivo de evitar novas internações ou comprometer ainda mais sua condição de saúde. Foi identificado que a família representa a principal rede de apoio após a alta hospitalar, estando as unidades básicas de saúde,

na visão dos pacientes, restritas ao fornecimento de insumos para a realização dos curativos e dos medicamentos prescritos, fatos que apontam falhas no sistema de atenção à saúde. A cartilha foi elaborada com foco na alta hospitalar, tendo como base para a sua construção as principais necessidades e dúvidas dos pacientes portadores da doença arterial obstrutiva periférica quanto ao seu diagnóstico, evolução, tratamento e o manejo da doença no domicílio. A cartilha traz a perspectiva de aperfeiçoar o processo de educação em saúde, uma vez que o empoderamento do indivíduo o torna um agente ativo de seu processo de saúde/doença e o transforma no principal ator na busca de um viver com dignidade. Acredita-se que frente à intensa rapidez com que os eventos acontecem no âmbito hospitalar, facilitar e otimizar o momento destinado a educação é uma necessidade. Diante dessa perspectiva, a utilização de uma tecnologia educativa, tal como a cartilha, facilita a prática da educação em saúde pelos profissionais inseridos na esfera terciária de assistência à saúde, tornando o processo mais dinâmico, as informações discutidas mais uniformes. A cartilha permite, também, que o paciente leve o material educativo após a alta hospitalar, possibilitando que possíveis dúvidas sejam retiradas no domicílio, contribuindo, assim, com o seu processo de recuperação e manutenção do bem-estar.

Palavras chave: Enfermagem. Educação em saúde. Doença arterial periférica. Alta Hospitalar.

MARTINS, TATIANA. **BOOKLET FOR THE HOSPITAL DISCHARGE OF PATIENTS WITH PERIPHERAL ARTERIAL OCCLUSIVE DISEASE: AN EDUCATIONAL TECHNOLOGY.** Thesis (Master's in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing Care Management, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 2017. 152p.

ABSTRACT

This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach, with the general objective of constructing an educational technology for hospital discharge of patients with peripheral arterial occlusive disease. It has as specific objectives: identify the patient's knowledge about the disease and the necessity of home care, and create an educational booklet for the hospital discharge of patients with peripheral arterial occlusive disease. The study was conducted at the medical surgical unit of a school hospital in the south of the country. The data collection occurred from October to November 2016 through the application of a semi-structured interview with 13 patients hospitalized for treatment of peripheral arterial occlusive disease. Among the 13 patients interviewed, four had help from their relatives to answer the interview questions. Data analysis was done through thematic analysis and resulted in the elaboration of a manuscript entitled *Living with peripheral arterial occlusive disease: knowledge of hospitalized patients*, and the construction of an educational booklet to better prepare the patient with peripheral arterial occlusive disease for hospital discharge. The data point to a deficiency of the health education process in the three health care spheres. Although the majority of the patients hospitalized for the treatment of peripheral arterial occlusive disease presented the most severe forms of the disease, they were unaware of its diagnosis, and additionally they showed inability to manage their comorbidities, such as *diabetes mellitus* and systemic arterial hypertension. They see peripheral arterial occlusive disease as momentary and of sudden onset, therefore they are not aware of its chronicity. However, although a significant percentage of patients understand the disease as an acute illness, they recognize the need to stop smoking and improve nutrition in order to avoid further hospitalizations or compromise their health condition. It was identified that relatives represent the main support network after hospital discharge, and in the patient's opinion, the basic health units are restricted to the provision of supplies to make the bandages and the prescribed medicament, what shows flaws in the health system. The booklet was elaborated focusing hospital discharge, and it is

based on the main necessities and doubts of patients with peripheral arterial occlusive disease concerning its diagnostic, evolution, treatment and how to handle the disease at home. The booklet brings the perspective of improving the process of health education, once the empowerment of the individual turns him into an active agent of his health/illness process and into the main actor in the research of a decent livelihood. It is believed that due to the intense speed with which events take place in the hospital environment, it is a necessity to facilitate and optimize the time dedicated to education. From this perspective, the use of an educational technology, such as the booklet, facilitates the practice of health education by professionals inserted in the tertiary healthcare scope, making the process more dynamic and the information discussed more consistent. The booklet also allows that the patient takes the educational material with him after hospital discharge, making it possible to consult it in case of doubt and therefore contributing to the process of healing and maintenance of wellbeing.

Keywords: Nursing. Health education. Peripheral arterial occlusive disease. Hospital Discharge.

MARTINS, TATIANA. **MANUAL PARA EL ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL OBSTRUCTIVA PERIFÉRICA: UNA TECNOLOGÍA EDUCATIVA.** Tesis (Maestría en Enfermería) - Programa de Posgrado en Gestión del Cuidado de Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. 152p.

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo exploratorio de abordaje cualitativo que tiene como objetivo general construir una tecnología educativa para el alta hospitalaria de los pacientes con enfermedad arterial obstructiva periférica. Se presentan los siguientes objetivos específicos: identificar el conocimiento del paciente hospitalizado sobre la enfermedad y las necesidades de cuidado en el domicilio, y elaborar un manual educativo para el alta hospitalaria de los pacientes con enfermedad arterial obstructiva periférica. El estudio se realizó en la unidad de clínica quirúrgica de un hospital escuela en el sur del país. La recopilación de datos se realizó entre octubre y noviembre de 2016 a través de la aplicación de entrevistas semiestructuradas a 13 pacientes internados para el tratamiento de la enfermedad arterial obstructiva periférica. De los 13 pacientes entrevistados, cuatro tuvieron ayuda de sus familiares para responder las preguntas de la entrevista. El análisis de los datos se realizó mediante un análisis temático y dio como resultado la elaboración de un manuscrito titulado Vivir con la enfermedad arterial obstructiva periférica: conocimiento de los pacientes hospitalizados y construcción de un manual educativo para preparar mejor al paciente con la enfermedad arterial obstructiva periférica para el alta hospitalaria. Los datos apuntan hacia una deficiencia en el proceso de educación para la salud, en las tres esferas de asistencia a la salud. Aunque los pacientes internados para el tratamiento de la enfermedad arterial obstructiva periférica presentaban, en su mayoría, las formas más graves de la enfermedad, desconocían su diagnóstico y, asimismo, demostraban una incapacidad para el manejo adecuado de las comorbilidades, como la *diabetes mellitus* y la hipertensión arterial sistémica. Percibían la enfermedad arterial obstructiva periférica como pasajera y de inicio súbito, sin ser conscientes, por lo tanto, de su cronicidad. Sin embargo, a pesar de que un porcentaje significativo de pacientes comprende que la enfermedad es de gravedad aguda, reconoce que es necesario dejar de fumar y mejorar la alimentación con el objetivo de evitar nuevas internaciones o comprometer aún más su estado de salud. Se identificó que la familia representa la principal red de

apoyo después del alta hospitalaria. Las unidades básicas de salud, desde el punto de vista de los pacientes, están limitadas al suministro de medicamentos prescritos y de insumos para la realización de curaciones. Estos hechos apuntan a fallas en el sistema de atención a la salud. El manual se elaboró con un enfoque en el alta hospitalaria, con base para su construcción en las principales necesidades y dudas de los pacientes portadores de la enfermedad arterial obstructiva periférica, en cuanto a su diagnóstico, evolución, tratamiento y manejo en el domicilio. El manual ofrece una perspectiva para perfeccionar el proceso de educación para la salud, una vez que el empoderamiento del individuo lo convierte en un agente activo de su proceso de salud/enfermedad y lo transforma en el principal actor en la búsqueda de una vida digna. Se cree que frente a la intensa velocidad con la que se desarrollan los eventos en el ámbito hospitalario, facilitar y optimizar el momento destinado a la educación resulta una necesidad. Ante esta perspectiva, el uso de una tecnología educativa, como el manual, facilita la práctica de la educación para la salud por parte de los profesionales insertos en la esfera terciaria de la asistencia a la salud, lo cual vuelve el proceso más dinámico y las informaciones que se analizan, más uniformes. El manual también permite que el paciente se lleve el material educativo después del alta hospitalaria. Esto posibilita que se aclaren las posibles dudas en el domicilio, lo cual contribuye al proceso de recuperación y manutención del bienestar.

Palabras clave: Enfermería. Educación para la salud. Enfermedad arterial periférica. Alta hospitalaria.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação do estágio da Doença Arterial Obstrutiva Periférica de acordo com a sintomatologia do paciente segundo Fontaine e Rutheford.....	37
Quadro 2 – Categorias obtidas através da análise temática do conteúdo das entrevistas com pacientes portadores de Doença arterial obstrutiva periférica.	65

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CI	Claudicação Intermitente
DAC	Doença do Aparelho Circulatório
DCbV	Doença Cerebrovascular
DAOP	Doença Arterial Obstrutiva Periférica
DM	Diabetes Mellitus
DCV	Doença Cardiovascular
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SISREG	Sistema de Regulação Municipal
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	33
3.1 DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA E SEUS ASPECTOS CLÍNICOS	33
3.2 TRATAMENTO	39
3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR AO PACIENTE COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA	47
3.4 PREPARANDO O PACIENTE PARA ALTA HOSPITALAR.	50
3.5 REFERÊNCIAS E CONTRARREFERÊNCIA	55
3.6 TECNOLOGIA EDUCATIVA EM SAÚDE.....	57
4 MÉTODO.....	61
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	61
4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO	61
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	62
4.4 COLETA DE DADOS	63
4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	64
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	67
5. RESULTADOS.....	69
5.1 MANUSCRITO 01: VIVER COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA: CONHECIMENTO DOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.....	70
5.2 CARTILHA EDUCATIVA: ORIENTAÇÕES PARA A ALTA HOSPITALAR DOS PACIENTES PORTADORES DE DAOP	97
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	133
APÊNDICES.....	147
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA – PACIENTE/ FAMÍLIA/ CUIDADOR	148

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PACIENTES	150
--	-----

1 INTRODUÇÃO

A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) consiste no estreitamento da luz das artérias que irrigam os membros inferiores, ocasionando uma redução do fluxo sanguíneo aos tecidos. Essa patologia caracteriza-se como multifatorial e tem como principal causa à doença aterosclerótica (NUNES et al., 2012; TORRES et al., 2012).

Embora a DAOP comprometa diretamente os membros inferiores, pesquisas realizadas apontam que essa doença está fortemente associada a eventos cardiovasculares e cerebrovasculares, sendo considerado um alerta na prevenção de tais eventos (GABRIEL et al, 2007; NETO; NASCIMENTO, 2011).

Mota et al. (2008) pontuam que as doenças cardiovasculares (DCV) estão organizadas em dezenas de grupos, sendo a cardiopatia isquêmica, a isquemia cerebral, o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular encefálico (AVE) e a DAOP os exemplos mais comuns desse grupo e possuem a doença esclerótica como a principal etiopatogenia.

Diante de tais considerações, estudos realizados no Brasil e no mundo concordam que as DCV são as principais causas de morte, embora tenha sido observado um declínio desses números com o transcorrer dos anos (CARVALHO et al., 2008; CESSÉ et al., 2008). Diversos estudos demonstram que um percentual entre 5 a 10% da população com DAOP será acometida por DCV não fatais. (YOSHIDA, et al 2008; MORAES et al., 2009; VENÂNCIO, BURINI, YOSHIDA, 2010; BEZ, NAVARRO, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), as DCV são responsáveis por mais de 30% dos óbitos no Brasil, fato esse que gera um importante impacto econômico ao Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme Migowski, et al (2011) somente na alta complexidade os custos do SUS com o tratamento dessas doenças no ano 2000 foi de 395 milhões de reais e em cinco anos esses custos elevaram-se para 736 milhões de reais. Conforme os dados disponíveis no DATASUS, em 2013 as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 56,37% das internações hospitalares no Brasil.

Embora os valores acima sejam considerados altos, representa apenas uma parcela dos custos acarretados pelas DVC, pois é preciso somar a essa realidade os gastos com a seguridade social e reembolso dos empregadores diante do afastamento do trabalhador de suas atividades laborais, como também a perda da produtividade do indivíduo gravemente acometido pela DCV, fato que corresponde a mais de 50% dos custos

anuais ocasionados por tais doenças. Portanto, um impacto econômico das DCV vai muito além do campo da saúde (AZAMBUJA et al, 2008).

O aumento da prevalência das DCV bem como seus fatores de risco, sugere uma mudança nas características das doenças no Brasil, pois as mudanças demográficas, nos padrões de consumo e estilo de vida da população e o aumento da perspectiva de vida modificaram o perfil epidemiológico no país, levando a predominância das condições crônicas de saúde (CONASS, 2006).

O envelhecimento populacional no Brasil é fato conhecido e traz como desafio o manejo das doenças crônico-degenerativas. Visando o enfrentamento dessa nova condição, faz-se necessário que as práticas em saúde voltem-se a prevenção da doença e, portanto, a identificação precoce dos fatores de risco para seu desenvolvimento, conforme indicado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, as doenças crônico-degenerativas geram elevados gastos em todo seu processo de morbimortalidade, sendo o caso da previdência social, uma vez que se caracterizam como a segunda principal causa para concessão de auxílio-doença no Brasil, ficando atrás apenas das doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo. No que se refere à aposentadoria por invalidez as DCV encontram-se em primeiro lugar, seguido dos transtornos mentais e doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (MOURA et al, 2007).

Fica, pois, claro, que o modelo centrado nas doenças agudas necessita ser adaptado diante das características da população atual, onde a doença deixa de ser a protagonista para ser parte do processo, assim, os fatores de risco ganham os holofotes. Torna-se notório que investir em prevenção é a forma mais eficaz de evitar o adoecimento da população, como também um colapso da alta complexidade (CONASS, 2006).

Nesse contexto, é possível apontar a DAOP como um problema da população contemporânea brasileira, uma vez que a sua prevenção consiste no controle dos fatores de risco, de caráter crônico, para o seu desenvolvimento e evolução. Pesquisas apontam como principais fatores de risco para a DAOP a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o *Diabetes Mellitus* (DM), a hiperlipidemia, obesidade e o tabagismo (PINTO, MANDIIL, 2005; MARKDISSE et al, 2008; SCHERR; RIBEIRO, 2009).

Contudo, embora essa doença em estágios avançados possa levar a mutilações e à morte, se diagnosticada precocemente, pode ser tratada clinicamente sem a necessidade de intervenções cirúrgicas. Para tal, é necessário que o paciente seja orientado acerca de seu diagnóstico, visando, com isso, esclarecê-lo sobre sua doença, evolução e a terapêutica proposta de maneira clara e objetiva. Ressalta-se que um viver saudável

dentro das possibilidades de cada indivíduo torna-se imprescindível, a fim de evitar-se o seguimento da DAOP (MAKDISSE et al, 2008; REIS et al, 2012).

No que diz respeito aos sintomas da doença, a claudicação intermitente (CI) é apontada como o sintoma mais frequente entre os portadores da DAOP e caracteriza-se pela dor ao deambular com interrupção do desconforto ao cessar o exercício. A dor pode manifestar-se nos membros inferiores, coxas, glúteos, ou ainda acometer mais de uma região, o que irá depender da extensão e local da lesão vascular. Observa-se que a evolução da patologia aumenta o grau de comprometimento e o impacto na qualidade de vida do paciente (SILVA et al, 2012).

Diante de tais considerações, observei durante a minha prática assistencial, enquanto enfermeira de uma Unidade de Internação Cirúrgica referência no tratamento de doenças vasculares que os pacientes com diagnóstico de DAOP mostram-se, muitas vezes, surpresos com a manifestação da patologia e sua cronicidade, uma vez que a compreendem como uma condição aguda, devido ao seu aparente início súbito.

Nesse sentido, embora essa unidade de internação atenda, com frequência, pacientes da cirurgia vascular com DAOP, tal clínica não dispõe de um instrumento escrito que otimize o processo de educação em saúde do paciente e promova uma conscientização acerca de seu diagnóstico e da necessidade de continuação do tratamento após a alta hospitalar. Acredita-se que a utilização de uma tecnologia educativa durante a internação hospitalar possa facilitar o processo de educação em saúde realizado pelo enfermeiro durante a internação, encurtando a distância entre os profissionais e o paciente, tornando as informações mais acessíveis.

Percebi, diante dessa realidade, que a maior parte dos pacientes hospitalizados para o tratamento da DAOP compreende a doença como uma condição aguda, levando-os a crer que após o tratamento hospitalar, seja ele, clínico ou cirúrgico, estarão curados e que sua condição enquanto doente é passageira. Tal entendimento é baseado no pressuposto de que as doenças agudas apresentam início abrupto e recuperação (cura) ou morte mais rápidas, não havendo necessidade de uma continuidade do tratamento ao longo prazo. Este fato pode estar relacionado também a pouca orientação que o paciente recebe durante sua internação acerca da doença, suas complicações e os cuidados necessários a prevenção de tais agravos.

Entretanto, esse entendimento de cura após a alta hospitalar é um equívoco, pois, a DAOP é uma doença crônica e que exige tratamento contínuo e permanente. Tal cronicidade favorece a reinternações, muitas

vezes, com agravamento acentuado do quadro clínico, requerendo procedimentos invasivos e mutilações físicas.

Embora Neto e Nascimento (2011) afirmem que os pacientes com diagnóstico de DAOP que necessitam de intervenções cirúrgicas representem a menor parcela dos indivíduos com a doença em um contexto geral, essa não é a realidade encontrada na esfera terciária de assistência à saúde e representa um grande impacto no que se refere aos custos hospitalares.

Yoshida et al. (2008) colocam que 25% dos pacientes com DAOP evoluem com piora da claudicação, 5 a 10% necessitam de revascularização de membros inferiores e um número entre 2 e 5% desses doentes serão submetidos à amputação maior.

Embora a DAOP seja uma condição crônica e potencialmente fatal, quando diagnosticada precocemente, é possível prevenir a sua evolução para estágios mais graves, de modo que a utilização da esfera terciária não seja necessária ou adiada. Para isso, além do diagnóstico precoce, é fundamental a adesão do paciente à terapêutica proposta, de modo que esteja disposto a um novo estilo de viver: o viver saudável (REIS et al., 2012).

Nessas condições, o controle dos fatores de risco para a doença representa a base para tratamento no domicílio e exige, sobretudo, a manutenção dos níveis adequados da pressão arterial, glicemia, colesterol e uma dieta saudável dentro da realidade de cada indivíduo (MAKDISSE et al., 2008; REIS et al., 2012).

Assim, sendo o autocuidado uma etapa indispensável, é fundamental que a educação em saúde seja realizada junto ao paciente hospitalizado, pois o pouco conhecimento acerca de seu diagnóstico perpetua os erros anteriormente cometidos, favorece a baixa adesão ao tratamento e pode levar a reinternações em piores condições de saúde (TEIXEIRA, RODRIGUES, MACHADO, 2012).

Desta forma, os profissionais inseridos no cuidado ao paciente hospitalizado devem iniciar o processo de educação em saúde desde o acolhimento do paciente na instituição até seu retorno ao domicílio, com a certeza de continuidade na atenção básica de saúde. Além disso, é necessário que a equipe multiprofissional perceba a alta hospitalar como um momento delicado, havendo, neste momento, uma fusão de sentimentos, tais como: medo, ansiedade, decepção, contentamento, pela saída do hospital. A alta hospitalar deve ser compreendida como uma etapa crucial na terapêutica proposta ao paciente, uma vez mal planejada pode ocasionar resultados ineficazes o que se refere à continuidade do tratamento e manutenção do bem estar no domicílio (REIS, et al., 2013).

Continuando nessa linha de pensamento, a alta hospitalar se configura como um período de transição da assistência profissional para o autocuidado ou cuidado familiar e é importante aliar a contrarreferência como parte do processo para a alta, haja vista que a comunicação entre os diferentes níveis de assistência à saúde contribui com a adesão à terapêutica proposta durante a internação hospitalar.

Partindo dessa premissa, tem-se a educação em saúde como um instrumento fundamental na promoção da saúde do paciente, uma vez que o tratamento não tem somente como foco a recuperação do doente de sua condição aguda, mas também a manutenção da saúde e bem-estar físico, emocional e psíquico do indivíduo (FUNASA, 2007).

A educação em saúde caracteriza-se como o eixo estrutural das ações propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pode ser compreendida como um processo amplo e que envolve os indivíduos de forma coletiva, a fim de promover a cidadania (BRASIL, 2007). Nesse sentido, essa ação pode ser vislumbrada como o encontro entre os diferentes saberes, que une práticas do âmbito educacional e da saúde, com o conhecimento inerente ao indivíduo (MARINHO; SILVA, 2015).

O conhecimento do paciente deve representar o ponto de partida de todas as etapas do educar, visando empoderá-lo quanto à busca de ações em prol de sua saúde. Desse modo, tem-se como objetivo estimular o paciente a ser o ator principal de seu processo de saúde/doença, torná-lo um cidadão ativo e um indivíduo consciente de seus direitos e deveres civis e políticos.

Nestas condições, entende-se que a educação em saúde caracteriza-se como um agente transformador da sociedade, capaz de mudar a realidade em que o indivíduo está inserido. Pois, é a partir da compreensão da realidade vivenciada que essa pode ser modificada, contudo o saber adquirido ao longo da trajetória de cada cidadão jamais deve ser subestimado (TELXEIRA et al, 2011).

Relacionando tais considerações à dinâmica hospitalar, sugere-se que os profissionais inseridos no nível terciário de assistência à saúde iniciem o processo educacional do paciente hospitalizado desde o seu acolhimento na instituição, até o seu retorno à comunidade. Além disso, é necessário que a equipe multiprofissional perceba a alta hospitalar, ou seja, a passagem do cuidado profissional para o cuidado domiciliar, como um momento delicado da hospitalização, havendo, nesse momento, uma fusão de sentimentos, tais como: medo, ansiedade, decepção, contentamento (REIS et al., 2013).

Baseando-se nas informações supracitadas, o preparo do paciente para o momento de sua alta hospitalar caracteriza-se como um ponto

fundamental a ser trabalhado, já que a continuação do cuidado no domicílio é indispensável para o êxito de sua terapêutica que exige, muitas vezes, a adesão a um novo estilo de vida.

Contudo, compreende-se que muitas são as atividades dos profissionais de saúde no contexto hospitalar e, portanto, otimizar o tempo dedicado a educação em saúde representa uma realidade necessária. A utilização de instrumentos educativos que facilitem o entendimento do paciente acerca de seu diagnóstico e os cuidados necessário no domicílio configura-se como uma alternativa para um melhor gerenciamento do tempo dedicado ao processo de educação (REIS et al., 2013).

Nessas condições, faz-se necessário compreender que a alta hospitalar representa o retorno do paciente do contexto hospitalar para a comunidade, dessa forma a informações acerca do tratamento do doente durante a internação hospitalar devem ser perpetuadas através da integração das redes de saúde, proposto pelo sistema de referência e contrarreferência. Pois, a comunicação entre os diferentes níveis de assistência a saúde possibilita uma melhor continuidade do cuidado, refletindo, também, na adesão do paciente a terapêutica. É fora de dúvida que a comunicação intersetorial representa uma etapa fundamental do tratamento proposto, pois é possível que o paciente hospitalizado retorne ao seu domicílio com diferentes necessidades, sendo indispensável a troca de informações com os profissionais que irão acolher esse paciente e sua família em sua comunidade (SERRA; RODRIGUES, 2010).

A esse respeito, Protasio et al. (2014) ratificam que o princípio da integralidade proposto pelo SUS assegura a assistência a saúde em todos os níveis de complexidade, ou seja, nas esferas primária, secundária e terciária. Configurando-se, assim, como uma rede de apoio ao paciente que prevê a articulação de ações de caráter curativo, preventivo, individuais ou coletivo que atendem às necessidades sociais em saúde.

Acredita-se que a inexistência de um instrumento facilitador para a realização de educação em saúde na esfera terciária, muitas vezes, corrobora com orientações inadequadas, repetidas ou incompletas entre os profissionais, o que dificulta a compreensão do paciente acerca de sua doença, fato esse que diminui a adesão ao tratamento no domicílio e, portanto pode ocasionar dano à saúde do paciente a curto ou longo prazo.

Dessa forma, a implementação de uma cartilha direcionada, exclusivamente, a pacientes com DAOP em um serviço especializado em doenças vasculares como a Unidade de Internação Cirúrgica II estimula o processo de educação em saúde desses pacientes, de maneira que o tempo dedicado a essa atividade seja melhor aproveitado, como também, facilita o entendimento do paciente não somente da doença, mas ainda das

mudanças necessárias em seu estilo de vida para uma convivência mais saudável entre a DAOP e sua vida social. Também possibilita que o paciente leve para casa as informações e possa consultar quando necessário.

Perante tais considerações o estudo tem como questão norteadora: quais as orientações são necessárias para compor uma cartilha educativa para alta hospitalar de pacientes com doença arterial obstrutiva periférica?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir uma tecnologia educativa para alta hospitalar de pacientes com doença arterial obstrutiva periférica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar o conhecimento do paciente hospitalizado acerca da doença e sobre as necessidades de cuidado no domicílio.

Elaborar uma cartilha educativa para a alta hospitalar de pacientes com doença arterial obstrutiva periférica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura narrativa propõe uma discussão ampla acerca de um tema, possibilitando, o desenvolvimento ou o estado da arte sobre determinado assunto. Para tal, o pesquisador deve ter um pensamento crítico quanto aos caminhos escolhidos para a pesquisa. Nesse tipo de revisão a subjetividade do autor representa um elemento do grande influência no desenvolvimento do estudo (POLIT; BECK, 2011; RIBEIRO; JÚNIOR, 2016).

Neste capítulo foi exposta a revisão narrativa da literatura, abrangendo a doença arterial obstrutiva periférica, seus conceitos; aspectos clínicos; tratamento e a importância da educação em saúde na esfera terciária, visando o preparo do paciente para o retorno ao domicílio.

3.1 DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA E SEUS ASPECTOS CLÍNICOS

A DAOP é um processo obstrutivo, que ocasiona a redução gradual do fluxo sanguíneo nas regiões periféricas, tal como os membros inferiores. Esse fenômeno ocorre devido ao estreitamento da luz das artérias que irrigam essa região e está fortemente associada à doença aterosclerótica, caracterizada pelo depósito de lipídios e tecido fibroso no leito dos vasos sanguíneos (MARKDISSE et al., 2007; VENÂNCIO; BURINI, 2010; DIAS et al., 2012).

A aterosclerose é definida como uma doença multifatorial e que apesar de largamente estudada ainda possui pontos obscuros no que se refere ao seu desenvolvimento. Somado a essa problemática, essa patologia representa uma das principais causas das doenças do aparelho circulatório, estando relacionada com 95% das coronariopatias, 85% da claudicação intermitente e 75% dos acidentes vasculares cerebrais (YOSHIDA et al., 2008).

Infelizmente a doença aterosclerótica tem apresentado um crescimento progressivo na população ocidental, acometendo, inclusive, indivíduos jovens. Calcula-se que no Brasil 10,5% da população maior de 18 anos seja portadora dessa doença (DIAS et al., 2012). Tal número é semelhante aos dados epidemiológicos na população mundial, pois é estimado que 10% dessa população apresente a doença aterosclerótica. Contudo, nos adultos com idade superior a 70 anos a aterosclerose atinge entre 15% a 20% (YOSHIDA et al., 2008; CASTEX et al., 2015).

Nesse sentido, pesquisadores alertam acerca da associação entre a DAOP e outras Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), uma vez que

essa arteriopatia prediz a aterosclerose sistêmica e, portanto, o provável comprometimento de outros leitos arteriais além dos membros inferiores. Dentro desse grupo de doenças do aparelho circulatório, a Doença Isquêmica do Coração (DIC) e a Doença Cerebrovascular (DCbV) possuem lugar de destaque no que se trata de morte por DAC (BENZ, 2007, 2013; YOSHIDA et al., 2008; MARKDISSE, et al., 2008; CARVALHO et al., 2009; SILVA et al., 2012).

A este propósito, um estudo realizado no Brasil com 113 pacientes submetidos à angiografia coronariana no Hospital Santa Lucinda em Sorocaba – SP e que teve como um de seus objetivos avaliar a prevalência de DAOP em coronariopatas revelou que 90,76% desses apresentavam obstrução arterial nos membros inferiores (GABRIEL et al., 2007).

No que diz respeito às doenças cerebrovasculares, um trabalho realizado em Londrina- PR, no período de 1997 a 2000 e 2002 a 2005, mostrou que das 3.262 mortes causadas por doença do aparelho circulatório, as cerebrovasculares foram as mais prevalentes, com uma incidência superior a 40% e uma média de 38,65% em todo o período (CARVALHO et al., 2009).

Diversos estudos concordam que, sendo a redução do fluxo arterial nos membros inferiores um preditor de doença arterial coronariana e cerebrovascular, é possível utilizar tal diagnóstico como um marcador para doença aterosclerótica sistêmica (GABRIEL et al., 2007; MEDEIROS et al., 2007; VENÂNCIO et al., 2010; SILVA et al., 2012).

Dias, et al. (2012) apontam que 20% dos indivíduos com doença arterial periférica apresentam doenças cardíacas associadas, com uma prognose cardiovascular desfavorável e taxa de mortalidade superior à população sem a doença. Nesse sentido, Mansilha, Brandão e Costa (2012) ratificam o exposto pelos autores supracitados quando pontuam que os pacientes com DAOP apresentam uma taxa de mortalidade entre 10% a 15% após diagnóstico da doença, sendo que as doenças cardiovasculares respondem por 75% dessas mortes.

Corroborando com estes achados, Markdisse, et al. (2008) acrescentam que o diagnóstico precoce da DAOP pode reduzir a ocorrência de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e conseqüentemente a mortalidade por doenças cardiovasculares.

Todavia os dados epidemiológicos referentes à DAOP são preocupantes, pois essa patologia já atinge de 3 a 10% da população ocidental em geral, chegando a 20% nos indivíduos com idade superior a 70 anos (MANSILHA; BRANDÃO; COSTA, 2011). No Brasil o número total de casos existentes de DAOP corresponde a 10,5% da população com mais de 18 anos, contudo no que se refere a população idosa esse valor

alcança 21,6% dos indivíduos (MAKDISSE et al., 2008; MENÊSES et al., 2011).

No Brasil, estudos apontam também que muitos pacientes portadores dessa patologia encontram-se assintomáticos (MAKIDISSE et al., 2008; AZIZI et al., 2015). Ratificando tal achado uma pesquisa do Projeto Corações do Brasil identificou que somente 9% dos pacientes apresentaram o sintoma clássico da doença, que é a claudicação intermitente (CI) (MAKDISSE et al., 2008).

Torres, et al. (2012) afirmam que 27,95% dos participantes de sua pesquisa não apresentaram nenhum sintoma no que tange a DAOP. Nesse sentido, um fato ainda mais alarmante foi identificado por Gabriel. et al. (2007) quando associa tal patologia com as doenças cardiovasculares (DCVs), uma vez que a DAOP foi diagnosticada em 90,76% dos coronariopatas submetidos a angiografia coronariana.

Nessa perspectiva, é possível que o diagnóstico da DAOP colabore na prevenção de outros agravos no que se refere à doença aterosclerótica. A esse respeito, um importante instrumento para o diagnóstico da DAOP é o Índice Tornozelo/Braço (ITB), que se trata de um método não-invasivo, de simples execução e que permite o diagnóstico da doença em pacientes sintomáticos e assintomáticos (MAKDISSE et al., 2007; SANTOS et al., 2015).

Diferentes estudos sustentam que o índice tornozelo-braço representa um método padrão de referência na identificação da doença arterial periférica, caracterizando-se como um instrumento de grande sensibilidade e especificidade (GABRIEL, et al., 2007; MAKDISSE, et al., 2007; SILVA, CONSOLIM-COLOMBO, 2010; FRAZÃO, et al., 2012).

O ITB é obtido por meio da razão entre a maior das duas pressões sistólicas no tornozelo (artéria tibial posterior ou pediosa) com a maior pressão sistólica da porção braquial (artéria braquial). Define-se como padrão de normalidade para o índice tornozelo-braço valores entre 0,9 e 1,3, portanto, valores inferiores a 0,9 e superiores a 1,3 representam fortes indícios de doença aterosclerótica disseminada, com provável comprometimento do fluxo sanguíneo arterial nos membros inferiores e alterações na compressibilidade das artérias (MAGGI, et al., 2014).

Dito isso, pacientes que apresentam o ITB inferior a 0,9 são classificados como portadores da DAOP, aqueles que possuem ITB maior que 1,40 demonstram uma diminuição da compressão das artérias, sendo um indicativo de doença arterial, bem como sugestivo de outras patologias do aparelho circulatório em virtude da associação da DAOP com doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (PEREIRA, et al., 2011; NUNES et

al, 2012). Nesse sentido, a utilização do ITB como método diagnóstico para a DAOP possibilita não somente o diagnóstico da doença, como também a identificação de seu estágio e evolução (GABRIEL, et al., 2007; MAKDISSE, et al., 2007).

É relevante pontuar a necessidade de associar o ITB aos demais aspectos clínicos do paciente, sobretudo os diabéticos que tendem a apresentar calcificação da camada média das artérias e, com isso, redução da compressibilidade desses vasos, originando um ITB inveridicamente elevado. Fato que dificulta o diagnóstico da DAOP e pode ocultar o real estágio em que a patologia se encontra (SANTOS, et al., 2015).

Tais observações levam a compreender que o diagnóstico da doença em sua fase inicial e o controle de sua evolução são etapas imprescindíveis no que tange o tratamento da DAOP e a qualidade de vida do paciente. Estudiosos apresentam pontos de vista convergentes no que se refere ao diagnóstico precoce da DAOP, sendo a identificação e controle dos fatores de risco os principais aliados no diagnóstico, evolução e profilaxia da doença. A investigação desses fatores de risco está relacionada, ainda, com a redução da mortalidade por outras doenças do aparelho circulatório, uma vez que estudos apontam a relação entre a DAOP e tais patologias (GABRIEL, et al., 2007; MARKDISSE, et al., 2008; PEREIRA, et al., 2011; NUNES, et al, 2012; REIS, et al., 2012).

Neste ponto, estudos realizados demonstram como principais fatores de risco para o desenvolvimento da DAOP a HAS, o DM, a obesidade, a hiperlipidemia, e o tabagismo, sendo este último, o fator mais fortemente associado ao surgimento e evolução da doença (GABRIEL, et al., 2007; MARKDISSE, et al., 2008; YOSHIDA, et al., 2009; SILVA, et al., 2011). Tais fatores podem e devem ser investigados e associados à DAOP nos espaços da Atenção Primária a Saúde, pois essa associação contribui para diagnóstico precoce da doença e a prevenção de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares.

No que tange à sua sintomatologia, essa irá depender do grau de comprometimento do fluxo sanguíneo arterial nos membros inferiores, sendo o paciente classificado de acordo com o estágio da doença em que se encontra (BENZ, et al., 2013). Desse modo, dentre as classificações encontradas, as de Fontaine e Rutherford são as mais amplamente utilizadas. Tais classificações permitem avaliar o estágio em que a doença se encontra de acordo com os seus sinais e sintomas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR, 2014).

Quadro 1 - Classificação do estágio da Doença Arterial Obstrutiva Periférica de acordo com a sintomatologia do paciente segundo Fontaine e Rutherford.

CLASSIFICAÇÃO DE FONTAINE	CLASSIFICAÇÃO DE RUTHERFORD
Estágio I – Assintomático	Categoria 0 – Assintomático
Estágio II a) - Claudicação intermitente Limitante	Categoria 1 - Claudicação leve
	Categoria 2 - Claudicação moderada
Estágio II b) - Claudicação intermitente Incapacitante	Categoria 3 - Claudicação severa
Estágio III - Dor isquêmica em repouso	Categoria 4 - Dor em repouso
Estágio IV - Lesões tróficas	Categoria 5 - Lesão trófica pequena
	Categoria 6 - Necrose extensa

Projeto Diretrizes: Doença arterial Periférica Obstrutiva - Diagnóstico e Tratamento.

Fonte: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, 2014

O sintoma clássico da doença é definido pela Claudicação Intermitente (CI), caracterizada por fortes dores nos membros inferiores, ou nádegas durante o exercício físico, com posterior alívio quando em repouso. Estudos afirmam que a sua intensidade está diretamente relacionada com a progressão da patologia (YOSHIDA, et al., 2008; GRAMS, et al., 2009; PEREIRA, et al., 2011).

Embora a claudicação intermitente seja o principal sintoma da DAOP, um percentual expressivo da população portadora da doença permanece assintomático. Yoshida, et al. (2008) expõem que esse percentual varia entre 0,9% a 22% e que para cada claudicante, existem 3 indivíduos com a patologia assintomática.

No que se refere aos claudicantes, pesquisadores sugerem uma piora do quadro isquêmico desses doentes no decorrer do tempo. Observou-se que em cinco anos 25% dessa população irá apresentar piora de sua condição clínica, com evolução para isquemia crítica entre 5% a 10% desses indivíduos e a amputação maior em 2% a 5% dessa população, comprometendo, assim, sua qualidade de vida (YOSHIDA, et al., 2008; MASILHA; BRANDÃO; COSTA, 2012).

Nessa perspectiva, um estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte no Estado de Pernambuco (2011), avaliou a qualidade de vida de 42 pacientes com diagnóstico de DAOP e sintomas de claudicação intermitente superior a seis meses. O estudo

presumiu que esses indivíduos apresentaram elevado comprometimento físico e emocional, pois esse sintoma está diretamente relacionado com a diminuição da mobilidade, expressa na redução ou limitação total da caminhada. Tal situação interfere na capacidade funcional do indivíduo, comprometendo o seu grau de independência (MENÊSES, et al., 2011).

Vaz, et al. (2013) reforçam acerca do impacto negativo que a redução da capacidade de caminhada ocasiona na vida cotidiana do indivíduo com DAOP, sendo a incapacidade de gerir seus afazeres uma das principais causas de depressão entre esses doentes.

No que tange a sintomatologia da DAOP, a sua intensidade está diretamente relacionada ao estágio em que a patologia se encontra. Dessa forma, quando se perpassa o estágio de claudicação intermitente, tem-se a isquemia crítica e o surgimento da lesão trófica como as manifestações subsequentes. Na isquemia crítica, a dor em repouso ocasionada pelo o aporte de oxigênio aos tecidos insuficiente é um indicativo de avanço da DAOP com elevado comprometimento do fluxo arterial nos membros inferiores (REIS, et al., 2012). A presença de lesão trófica nos membros inferiores caracteriza-se como uma fase de múltiplas preocupações no que corresponde ao tratamento e prognóstico da doença.

Em casos como esses, existe uma intensa injúria no suprimento de oxigênio aos tecidos, fato que compromete diretamente a saúde do paciente com grande impacto em sua qualidade de vida. Observa-se que nos estágios de dor isquêmica em repouso e lesão trófica a revascularização dos membros inferiores é a alternativa mais indicada a fim de assegurar a salvaguarda do paciente (NASSER, et al., 2009).

Uma pesquisa realizada pelo Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculiar em Portugal no Centro Hospitalar do Porto, conclui que 79,3 % dos 101 pacientes de sua amostra tiveram como principal causa de internamento o estágio de lesão trófica, seguido de dor em repouso, com percentual de 15,8%. Presume-se, portanto, que esses pacientes encontram-se nos últimos estágios da doença, com grave comprometimento de sua saúde (VAZ, et al., 2013).

Assim, tais resultados, nos faz refletir acerca das características dos pacientes com DAOP admitidos na esfera terciária de assistência à saúde, pois Vaz, et al (2013) sugerem que esses pacientes se encontram nos últimos estágios da doença, segundo a classificação de Leriche-Fontaine.

No que tange o tratamento da doença arterial periférica, nota-se que fatores como: o estágio da patologia, os sintomas do paciente, as condições clínicas do paciente, o tipo e a localização da lesão são determinantes na escolha da terapêutica (MARKDISSE, et al., 2008;

REIS, et al., 2012; BENZ, 2013), sendo este panorama será discutido no sub-capítulo a seguir.

3.2 TRATAMENTO

Inicialmente, o tratamento clínico apresenta-se como a primeira alternativa no tratamento da DAOP e tem como objetivo atenuar os sintomas do paciente e atuar na profilaxia de eventos do aparelho circulatório, tais como os agravos cardiovasculares e cerebrovasculares (DURAZZO, et al., 2005).

O tratamento clínico compreende a associação de um conjunto de elementos, que varia de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Contudo, o controle dos fatores de risco para o desenvolvimento da DAOP e da doença aterosclerótica caracteriza-se como o alicerce dessa terapêutica (MAKDISSE. et al., 2008; PANICO. et al., 2009; NETO; VENANCIO, BURINI; YOSHIDA, 2010; NASCIMENTO, 2011).

Diversos estudos concordam que a idade, HAS, dislipidemia, obesidade, o tabagismo, DM e sedentarismo revelam-se como os fatores de risco mais fortemente associados à DAOP (MAKDISSE. et al., 2008; PANICO. et al., 2009; VENANCIO, BURINI; YOSHIDA, 2010; GAROFOLO; FERREIRA, JUNIOR., 2014). Entretanto, componentes como histórico familiar, marcadores inflamatórios elevados e homocisteinemia tem sido cada vez mais utilizados como fatores importantes para o desenvolvimento dessa patologia (VENANCIO; BURINI; YOSHIDA, 2010; NETO; NASCIMENTO, 2011; GAROFOLO; FERREIRA; JUNIOR, 2014).

Dessa forma, as altas concentrações de homocisteína no plasma têm sido apontadas como um fator de risco importante para doenças vasculares em pesquisas recentes. Observou-se que a prevalência de hiper-homocisteinemia é superior em pacientes com DAOP quando comparado com a população geral, seu percentual varia entre 28 a 60% nos portadores dessa patologia e 1% na população sem a doença. Nesse sentido, achados científicos atuais associaram a hiper-homocisteinemia ao aumento do risco de óbito precoce por doenças cardiovasculares e o avanço da DAOP (VENANCIO; BURINI, YOSHIDA, 2010).

No que se refere aos fatores de risco mais prevalentes, tem-se o tabagismo como o mais vigorosamente relacionado com a doença, segundo um estudo que avaliou como os pacientes portadores da DAOP têm sido tratados com base nos fatores de risco. Revela o estudo que 97% dos médicos entrevistados aconselham seus pacientes a abandonarem o tabaco, porém 60% desses limitam-se apenas ao aconselhamento, não se

aprofundando, portanto, na terapêutica dessa problemática (DURAZZO, et al., 2005).

No estudo de Barbosa, et al. (2011) realizado no Hospital das Clínicas de São Paulo, revelou que a hipertensão arterial esteve presente em 86,4% dos pacientes de sua amostra com diagnóstico de DAOP. Analogamente Maggi, et al. (2014) concluíram que mais de 60% do doentes de sua pesquisa eram portadores de hipertensão arterial sistêmica, sendo esse fator de risco de grande importância no controle da patologia.

Quanto ao DM os resultados são ainda mais alarmantes. De acordo com Centemero, et al. (2009) essa enfermidade tem crescido progressivamente, tornando-se uma epidemia na população ocidental. Os autores colocam, ainda, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) calcula que em menos de 20 anos a prevalência do diabetes pode aumentar em 114%, o que corresponde a 330 milhões de novos doentes.

Sabe-se que essa enfermidade está diretamente relacionada com a doença aterosclerótica e que 25% dos pacientes submetidos à revascularização são diabéticos e apresentam evolução desfavorável quando comparado aos pacientes sem diabetes (CENTEMERO, et al., 2009).

Nota-se que o controle minucioso da HAS e do DM representa uma etapa fundamental no controle da DAOP e demais doenças do aparelho circulatório, tais como as cardiovasculares e cerebrovasculares. Sendo que o diabetes tem sido considerado um fator de risco independente para eventos cerebrovasculares durante o perioperatório (CENTEMERO, et al., 2009).

Isto posto, a manutenção dos níveis glicêmicos e as medidas da pressão arterial dentro dos valores de normalidade é um dos objetivos do tratamento clínico e para tal a utilização da terapia medicamentosa, assim como a educação do paciente são etapas essenciais nesse processo (CENTEMERO, et al., 2009; CAIAFA, et al., 2011).

O controle dos níveis lipídicos no plasma (colesterol e triglicérides), a necessidade de acompanhamento do peso e da introdução de atividade física quando indicado configuram-se como aspectos essenciais no controle dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Tais medidas fazem parte da profilaxia no que tange a progressão da DAOP (MOTA, et al., 2008; CAIAFA, et al., 2011).

A utilização de fármacos para o controle dos fatores de risco como a HAS, a hipercolesterolemia e o DM configura-se como uma etapa essencial do tratamento clínico. A esse respeito, têm-se, também, os fármacos que atuam no sistema sanguíneo, como por exemplo, os antiagregantes plaquetários e drogas hemorreológicas que tem como

objetivo otimizar, através de seu mecanismo de ação, o aporte sanguíneo prejudicado pela doença. Assim, a terapia farmacológica permite retardar a evolução da DAOP e melhorar a qualidade de vida dos claudicantes (MOTA, et al., 2008; CAIAFA, et al., 2011).

Nessa perspectiva, o exercício físico representa um dos pilares do tratamento clínico, contudo, no que se refere aos pacientes com DAOP a execução dessa prática deve ser realizada, preferencialmente, sob a supervisão de um profissional, visando não ocasionar prejuízo à saúde do paciente pelo esforço físico inadequado (AZIZI, 2015). A esse respeito, Lopes, et al. (2012), sugerem a existência de outras doenças cardiovasculares nos portadores da DAOP, o que eleva os riscos à saúde do paciente caso a prática do exercício seja realizada sem uma triagem minuciosa, uma vez que cada doente responde ao estímulo de maneira diferenciada. Os autores colocam, ainda, que 93% dessa população apresentam hipertensão arterial sistêmica e 20% outras doenças cardíacas agregadas, o que representa um alerta quanto a realização de exercícios físicos sem supervisão ou prescrição.

A Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (2014) aponta que os pacientes que praticam exercício físico supervisionado regularmente, apresentam resultados semelhantes aos pacientes que foram submetidos a procedimentos endovasculares para o tratamento da claudicação intermitente. Grams, et al. (2009) afirmam que os ganhos com a execução do exercício estende-se, também, a melhorias no sistema cardiovascular global.

Carvalho, et al (2009) avaliaram a marcha de pacientes com DAOP e constatou que todos os pacientes submetidos ao tratamento com exercício supervisionado apresentaram melhora no desempenho de sua caminhada em curto prazo (2 meses). Entretanto, os pacientes que continuaram a terapêutica em longo prazo (entre 6 e 24 meses) demonstram um melhor resultado, representado pela cessação da claudicação em, aproximadamente, 17% da amostra.

Fato esse expresso pela melhora do desempenho da caminhada, ou seja, o aumento da distância percorrida pelo paciente, o que reflete de forma positiva na execução de atividades da vida diária e, conseqüentemente, em ganhos no que diz respeito a sua qualidade de vida (GRAMS, et al., 2009).

Observa-se que a melhora na locomoção pela prática regular de exercício supervisionado, se dá através de subterfúgios que o organismo utiliza em decorrência da isquemia, ou seja, ocorre uma adaptação a fim de otimizar o fluxo sanguíneo arterial que se encontra prejudicado ou ausente em determinado local. A esse propósito, esse mecanismo de

adaptação ocorre por meio da neovascularização, que é dividido, comumente, em vasculogênese, angiogênese e arteriogênese, sendo responsável pela circulação colateral (BRANDÃO; COSTA; MANSILHA, 2012; MIRANDA, et al., 2013).

Tal tese ratifica acerca da importância da utilização do exercício físico supervisionado, sobretudo a caminhada, como um elemento essencial no tratamento da DAOP. Estudos comprovam a eficácia de sua utilização e a necessidade de ampliar essa prática como parte terapêutica dessa patologia (MIRANDA, et al., 2013).

Porém, Barbosa, et al (2011) encontraram em seu estudo a inatividade física como o hábito de vida não saudável mais predominante, alcançando um percentual próximo a 50% de sua amostra. Assim, esses indivíduos foram considerados fisicamente inativos, fato que permite uma reflexão acerca dos motivos para esse achado, uma vez que pode estar relacionado não somente com o desejo do paciente, mas, também, com a falta de incentivo e apoio dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes com DAOP caracteriza-se com o foco principal da terapêutica escolhida, pois se trata de uma doença progressiva e limitante. Dessa forma, sua evolução ocasiona a diminuição gradual no nível de independência do paciente, dificultando, assim, a execução de sua rotina diária (MENÊSES, et al., 2011).

Menênese, et al. (2011) afirmam que a claudicação intermitente causa um impacto negativo não somente na saúde física do paciente, mas também na saúde emocional, fato relacionado ao comprometimento da capacidade de caminhada. Concluiu-se, nesse estudo, que os indivíduos com melhor aptidão física apresentaram melhores indicadores de qualidade de vida.

Ao lado de todas as terapêuticas descritas acima, encontra-se o tratamento clínico representado pela utilização de medicamentos que atuam no controle dos principais fatores de risco, tais como: o rigoroso controle da glicemia, hipertensão arterial, terapia antiplaquetária, antilipidêmica e o tratamento do tabagismo. Nessa perspectiva conservadora, tem-se ainda como recurso valioso o exercício físico monitorado e reeducação alimentar (REIS, et al., 2012). Associado a prescrição de tais medicamentos, as orientações acerca da doença e seus fatores de risco são fundamentais na adesão ao tratamento farmacológico, bem como na conscientização do paciente quanto à gravidade de seu diagnóstico, sendo elementos indispensáveis na terapia clínica.

Eis a razão para que o manejo clínico do paciente com DAOP seja devidamente discutido durante a internação hospitalar, uma vez que esse

estará presente independente da terapêutica eleita. Nota-se, portanto, a necessidade de um trabalho direcionado aos pacientes crônicos dentro da instituição hospitalar, pois o papel do hospital não tem sua finitude após o êxito de um procedimento, o seu dever vai além dos limites físicos de suas paredes e deve, assim, alcançar os lares daqueles que necessitam da permanência do tratamento da doença em suas vidas.

No que tange o tratamento cirúrgico, o fluxo arterial nos membros inferiores pode ser restabelecido através da cirurgia de revascularização. Entretanto, o tratamento clínico é definido como a terapia inicial da claudicação intermitente (CI), sendo o exercício físico um grande aliado desse processo. Somente quando a CI é incapacitante ou quando não houve avanço no que se refere à distância percorrida sem dor, a abordagem cirúrgica é considerada (NASSER, et al., 2009; REIS, et al., 2012).

Assim fazendo, a revascularização cirúrgica pode ser dividida em dois grupos, os procedimentos endovasculares, representado pela angioplastia transluminal percutânea e a cirurgia convencional (cirurgias abertas), conhecida como Bypass. A escolha do tipo de procedimento encontra-se diretamente relacionada a aspectos como o tipo de lesão no leito arterial, sua localização, condições clínicas do paciente, recursos materiais e humanos (REIS, et al., 2012).

Todavia, dentro do tratamento cirúrgico da DAOP, encontram-se, ainda, as amputações. Naturalmente, essa terapêutica trata-se de uma abordagem mais radical, com grande impacto no quadro clínico e na qualidade de vida do paciente, em função das limitações advindas pela ausência do membro afetado, acrescentando o impacto psicológico gerado em função desta mutilação (BENZ, et al., 2013; ROLIM, et al., 2105).

É visto que fatores como disponibilidade, acessibilidade de recursos materiais, profissionais qualificados e os aspectos da patologia são pontos importantes na terapêutica de escolha, pois uma revascularização mal indicada pode trazer sérios prejuízos à saúde do paciente gravemente acometido pela doença, colocando, até mesmo, sua vida em risco (ROSSI, et al., 2009).

No tratamento endovascular da DAOP é realizado a manipulação de cateteres no lúmen dos vasos, sem que seja necessária a secção dos vasos envolvidos. Nessa técnica pode-se utilizar fármacos, stents, balão, endopróteses ou, ainda, associá-los para a otimização no tratamento da obstrução arterial (KOUSHOUKOS, et al., 2006; NASER, et al., 2009).

Dentro dessa perspectiva, a angioplastia percutânea tem apresentado bons resultados no tratamento da DAOP ao longo dos anos, sendo o avanço tecnológico um fator determinante para o êxito do

procedimento endovascular, pois o aperfeiçoamento dos materiais utilizados, bem como o preparo da equipe de saúde permitiu a expansão dessa técnica no tratamento da doença diante dos diferentes tipos de lesão por aterosclerose nas artérias dos membros inferiores (NASSER, et al., 2009).

A terapia endovascular representada pela angioplastia de membros inferiores vem sendo amplamente utilizada no tratamento da DAOP. Um trabalho realizado com 36 pacientes submetidos ao tratamento endovascular que apresentavam lesões tróficas e com o objetivo final a cicatrização das lesões, considerou a angioplastia um procedimento de elevado sucesso técnico, de baixa morbidade e mortalidade. Foi considerado um procedimento eficiente no tratamento de pacientes com isquemia crítica de membros inferiores (NETO, et al., 2008).

Alguns estudos apontam as vantagens quando se compara a abordagem endovascular à cirurgia convencional, uma vez que a primeira reduz o tempo de internação hospitalar, fato esse que contribui para uma melhor recuperação pós-operatória e diminui os gastos hospitalares. Soma-se, também, a essa realidade, menores índices de mortalidade, principalmente, quando se trata de pacientes com comorbidades associadas e elevado risco cirúrgico (YOSHIDA, et al., 2008; NETO, et al., 2008; NASER, et al., 2009; REIS, et al., 2012; BARROS, et al., 2013; BEZ, et al., 2013).

Barros, et al. (2013), realçam a esses achados clínicos uma maior incidência de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) durante o período pós-operatório em pacientes submetidos a revascularização arterial dos membros inferiores por cirurgia convencional, podendo o maior estresse hemodinâmico e o maior tempo de anestesia justificar tal resultado.

Embora a cirurgia endovascular tenha se expandido em razão dos seus ótimos resultados, a cirurgia convencional ou aberta ainda é utilizada quando o paciente não obteve uma boa resposta às técnicas de revascularização menos invasivas ou quando essas estão contraindicadas frente às características da doença e do paciente (BEZ, et al., 2013). A cirurgia de revascularização convencional consiste em derivações arteriais, conhecidas como pontes ou bypass, realizadas com enxerto venoso ou protético, que visam reestabelecer o fluxo arterial na região prejudicada pela obstrução (REIS, et al., 2012).

Entretanto, ainda que existam diferentes técnicas cirúrgicas a fim de restaurar o fluxo arterial no membro comprometido pela doença, a DAOP, em alguns casos, tem um desfecho indesejável, que é a amputação. Essa abordagem cirúrgica pode ser realizada em diferentes níveis, tais como: coxa ou perna (amputação maior) e, ainda, restringir-se a

amputação de pododáctilos ou parte do pé (amputação menor). A escolha da técnica varia de acordo com o grau de comprometimento do membro e o estágio em que a doença se encontra. Segundo Benz, et al.. (2013) a DAOP está associada a milhares de amputações anuais no Brasil e no mundo. Nos Estados Unidos a aterosclerose de membros inferiores está relacionada com aproximadamente 100.000 amputações a cada ano (BEZ, et al., 2013).

Nessas condições, a amputação somente é considerada quando se esgotam todos os recursos disponíveis para restabelecer o fluxo arterial no membro ocluído. Desse modo, esse número corresponde entre 2% e 5% dos pacientes com diagnóstico de DAOP (YAOSHIDA, et al., 2008). Essa alternativa implica em maior morbimortalidade, elevados gastos e, principalmente, na redução da qualidade de vida do indivíduo mutilado.

Rolim, et al. (2105) discutem, em seu estudo, a estreita relação entre amputação e mortalidade, expondo dados inquietantes. O estudo foi realizado em um Hospital de Portugal, durante o período de janeiro de 2008 a agosto de 2009. A amostra foi representada por 297 pacientes submetidos a diferentes amputações (transfemorais, transtibiais, transmetatársicas, amputação de pododáctilos). A DAOP foi a principal causa das amputações desse estudo, estando presente em 87% da amostra, fato que demonstra o grande impacto negativo dessa doença na sociedade e nos gastos hospitalares. Ainda de acordo com o estudo, a taxa de mortalidade entre os pacientes submetidos a amputação menor foi de 21%, em 30 dias, alcançando índices de 38% nos pacientes submetidos a amputação maior. O estudo apontou, também, uma taxa de mortalidade de 65% em 5 anos entre os pacientes submetidos a amputação maior.

Nessa linha de pensamento, tais resultados expõem a relação direta entre a progressão da doença e o comprometimento da qualidade de vida do indivíduo portador da DAOP, trazendo à luz a necessidade imediata de tratamento e acompanhamento desse paciente.

Contraopondo-se a inúmeros prognósticos túrbidos, estudos apontam que apenas uma pequena parcela dos pacientes claudicantes necessita de intervenção cirúrgica, estando a revascularização dos membros inferiores mais, comumente, indicada para os estágios de dor isquêmica em repouso e lesão trófica. Porém, esse tratamento quando indicado para o tratamento da CI, está associado à melhora da qualidade de vida do paciente pelo o aumento da distância percorrida, associado à redução das dores em decorrência do comprometimento do fluxo arterial (NASSER, et al., 2009, REIS, et al., 2012).

Ainda que um menor número de pacientes com CI possuam indicação cirúrgica, Reis, et al. (2012) afirmam que em um período entre

cinco e dez anos 30% dos pacientes com CI apresentarão progresso da DAOP, com possível indicação de revascularização. Destes, 20% irão progredir do estágio de claudicação intermitente para o estágio de isquemia crítica. Os demais 10% serão submetidos a amputações menores de pododáctilo ou parte do pé, estando reservado a, aproximadamente, 4% a amputação maiores como perna ou coxa. Fato esse que revela a necessidade, imediata, do controle dos fatores de risco da DAOP a fim de retardar a evolução da doença e estender a qualidade de vida do paciente acometido.

Assim fazendo, o tratamento das doenças vem se modificando no decorrer do tempo em razão do avanço tecnológico e, com isso, novas terapêuticas tem despontado no que cerca o processo de adoecer. Desse modo, o tratamento da DAOP também tem se renovado, fato evidenciado pelo desenvolvimento de novos dispositivos como, por exemplo, stents, cateteres, balões, fio-guia, fármacos, entre outros. Nota-se, portanto, que essas novas tecnologias permitiram a expansão e o aperfeiçoamento dos procedimentos minimamente invasivos, com grande repercussão na recuperação do paciente e no desempenho das técnicas cirúrgicas (BEZ, 2013).

Baseado em tais observações, nota-se o surgimento de diferentes alternativas no tratamento da DAOP, algumas ainda não tão amplamente conhecidas e assim como toda nova tecnologia em processo de aperfeiçoamento. É o caso de crioplastia, que consiste na utilização da técnica da angioplastia transluminal percutânea, porém com a aplicação de uma substância, o óxido nítrico em sua forma líquida, para insuflar o balão no leito arterial lesionado. Nota-se que, ao ser aplicado, essa substância modifica-se para a forma de gás dentro do balão, liberando energia em sua superfície e resfriando-o a uma temperatura de -10°C . Segundo os pesquisadores, esse procedimento promove uma cascata de eventos celulares que diminui a ocorrência de problemas, ao longo prazo, como a reestenose do segmento arterial previamente tratado (LOURENÇO; HANDA, 2011).

A implantação gênica é outro exemplo de expansão tecnológica no campo da biotecnologia. No que se refere a DAOP, essa técnica pode ser compreendida como um autotransplante, em que células hematopoiéticas são implantadas no tecido isquêmico dos membros inferiores de pacientes com a doença. Foi visto que a implantação dessas células no tecido comprometido libera fatores angiogênicos que contribuem no processo de angiogênese, reparação tecidual e, portanto, na recuperação da circulação nas extremidades afetadas (CASTEX, et al., 2015).

Sabe-se que a utilização de novos materiais e o emprego de técnicas inovadoras na área da saúde, sem que exista a preocupação com a manutenção do bem-estar do paciente de maneira permanente, resulta em soluções imediatas e de finitude certa. Nota-se, portanto, que o tratamento da doença, sobretudo a DAOP, necessita de ações que vislumbre além da agudização do quadro, que desacelere a evolução da doença, permitindo, com isso, o desfrutar de uma vida com qualidade. Nesse sentido a enfermagem desempenha um papel importante na educação do paciente para melhor adesão ao tratamento ou na recuperação das condições de saúde.

3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR AO PACIENTE COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

O cuidado de enfermagem ao paciente com DAOP no âmbito hospitalar caracteriza-se como uma das colunas de sustentação no que se refere ao tratamento proposto dentro da esfera terciária de assistência à saúde. Tal afirmação pode ser compreendida pelo fato da equipe de enfermagem permanecer junto ao paciente internado durante as vinte quatro horas e, desse modo, ser capaz de intervir, prontamente, sempre que necessário (TEIXEIRA et al., 2012).

Nessa circunstância, o cuidado de enfermagem ao paciente com DAOP no hospital perpassa por diversos momentos, não sendo um cuidado estático ou pré-estabelecido, o cuidado proposto é baseado nas necessidades de cada indivíduo, caracterizando-se por um cuidado individualizado e único. Nesse sentido, o cuidado de enfermagem, no âmbito hospitalar, faz-se presente desde o acolhimento do paciente em sua chegada até o seu retorno à comunidade (KEMPFER et al., 2010).

É natural que no ambiente hospitalar as ações dos profissionais de saúde voltem-se ao tratamento da doença em sua forma aguda, ou seja, do motivo que corroborou para a internação do indivíduo e que necessita, de forma emergencial, ser solucionado. Todavia, tal característica não deve limitar o olhar da equipe multiprofissional, devendo esse olhar estender-se ao retorno do paciente a sua vida cotidiana e novas necessidades.

Nesse sentido, a educação em saúde e o preparo para alta hospitalar, configuram-se como pontos comuns a todos que se encontra em tratamento na esfera terciária de assistência à saúde, sendo uma necessidade inerente ao processo de adoecer, uma vez que o conhecimento caracteriza-se como o principal agente transformador de uma realidade antes, aparentemente, imutável (SENA et al., 2013).

Isso posto, é visto que aspectos importantes estão sendo subestimados no que se refere a atuação do enfermeiro durante o período perioperatório. Cristóforo; Carvalho (2009) e Sena, et al. (2013) concordam que o preparo psicológico do paciente através da comunicação terapêutica, da individualização do cuidado a partir dos aspectos e necessidades de cada indivíduo não estão sendo priorizados pelo profissional enfermeiro. Por vezes têm-se observado o cumprimento das rotinas da instituição no que diz respeito às técnicas que antecedem o procedimento cirúrgico como maior preocupação e planejamento da assistência.

Partindo-se dessa premissa, é possível que o paciente hospitalizado não possua segurança acerca dos procedimentos aos quais será submetido e, portanto sentimentos como medo e ansiedade são comuns durante esse período, devendo o enfermeiro minimizá-los através de um cuidado diferenciado e único, de forma que a troca de informações e experiências ocorra desde a admissão do paciente, no intuito de estimular o autocuidado e prepará-lo para retorno ao seu domicílio (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2007; MATA; NAPOLEÃO, 2010).

Santos et al. (2010), observaram que a comunicação terapêutica reduz o estresse no pós-operatório, estimula a participação do paciente em seus cuidados, facilita o processo da alta hospitalar e estimula a adesão ao tratamento multidisciplinar.

Nessa linha de pensamento, o planejamento para alta hospitalar também se configura como um dos pontos primordiais no que tange os cuidados de enfermagem, devendo o planejamento e preparação para a alta hospitalar ser constituinte importante do processo de cuidado em saúde e devendo ser inserido nas intervenções de Enfermagem desde o primeiro dia de internação.

Entretanto, Suzuki, et al. (2011) afirmam que fatores como excesso de trabalho, desconhecimento acerca do planejamento e falta de comunicação entre a equipe multidisciplinar são questões comumente relatadas pelos enfermeiros que dificultam o preparo adequado para a alta hospitalar. Tais observações não devem ser ignoradas, nem tampouco ser um obstáculo permanente para que esse profissional desempenhe o seu papel. Faz-se necessário elucidar estratégias para que esse planejamento seja possível e, dessa maneira, o paciente tenha suas necessidades atendidas.

Dito isso, é possível, através de estratégias que facilitem o processo, agregar a educação em saúde como uma rotina diária inerente as atividades de enfermagem no âmbito hospitalar. E, tratando-se do paciente com doença arterial periférica, esse seguimento representa uma

etapa fundamental, pois a DAOP é doença crônica e de tratamento contínuo.

Nesse sentido, orientar acerca do tratamento clínico no domicílio e garantir que as informações se perpetuem na comunidade são elementos que favorecem a adesão à terapêutica proposta. Pois, é o tratamento clínico, com foco no controle dos fatores de risco, o eixo norteador no tratamento domiciliar.

A HAS, dislipidemia, DM e o tabagismo, representam os principais fatores de risco para a DAOP e sua evolução, sendo o tabagismo o principal fator de risco modificável (CASTEX et al., 2015; ROLIM et al., 2015). Braga et al (2103) expõem que 80% dos paciente com diagnóstico de DAOP são fumantes ou ex-fumantes, o que coloca esse hábito não saudável como um fator que deve ser amplamente discutido com o paciente e tratado de forma agressiva. Entretanto, não deve a discussão restringir-se às orientações, o tabagismo deve ser devidamente tratado, disponibilizando ao paciente, os recursos e programas existentes para a cessação tabágica.

O mesmo sucede com relação aos demais fatores de risco, é necessário orientar o paciente, torná-lo um agente ativo de sua recuperação e manutenção de sua saúde, assim, o processo de educação iniciado durante a internação hospitalar, deve garantir que as informações sejam inofensivas.

Outro ponto importante a ser trabalhado pelo enfermeiro está relacionado à prescrição de medicamentos, certificar-se de que o paciente compreendeu as orientações e ir ao encontro de alguém que auxilie nesse cuidado no domicílio é essencial. Pois, o grau de instrução da população atendida, muitas vezes, é insuficiente para compreensão das orientações discutidas. Reis, et al (2013) em seu estudo na Emergência e Urgência de um hospital de grande porte em Curitiba, mencionaram que 93% dos 228 participantes, possuíam 11 anos ou menos de escolaridade, sendo que 11 anos equivale ao ensino médio completo. Os autores relatam, também, que a troca de informações acerca da doença e seus cuidados no momento da alta podem ocasionar sérios riscos ao paciente em razão de orientações mal compreendidas.

O cuidado inadequado no domicílio, o uso incorreto dos medicamentos, a não identificação dos sinais de agravamento da doença e, ainda, a descontinuação do tratamento em casa são problemas que podem ser ocasionados por uma comunicação ineficiente entre o profissional de saúde e o paciente. Tais características exigem, muitas vezes, estratégias que facilitem o processo de educação, visando estabelecer uma linguagem de fácil compreensão e eficiente.

Facilmente se presume, que a troca de informação entre as três esferas de assistência à saúde é basilar, devendo o enfermeiro hospitalar ampliar os seus cuidados à comunidade, vislumbrando o retorno do paciente ao domicílio, como também, eternizar as informações e o conhecimento. Esta atividade caracteriza-se como o preparo do paciente para a alta hospitalar.

3.4 PREPARANDO O PACIENTE PARA ALTA HOSPITALAR.

A alta hospitalar pode ser compreendida como a mudança de um estado no qual o indivíduo necessita de um cuidado específico e profissional para a salvaguarda de sua saúde, para um estado em que se encontra apto a continuar o seu tratamento de saúde no domicílio seja com o auxílio de outrem ou não (FLESCHE; ARAÚJO, 2014; MACHADO et al., 2016).

Reis, et al. (2013) apontam alta hospitalar como um processo frágil e envolve a passagem do cuidado profissional para o domiciliar ou autocuidado. Embora tenhamos como marco da alta hospitalar o momento que o profissional responsável pelo paciente dentro na instituição hospitalar decide que esse está apto para o retorno ao seu lar, a alta hospitalar apresenta-se como algo complexo e que deve ser pensada não em sua saída, mas sim em sua admissão dentro do cuidado terciário de assistência à saúde.

A alta hospitalar deve ser planejada desde a admissão do paciente na instituição, uma vez que essa deve perpassar todas as etapas de seu tratamento dentro do âmbito hospitalar, independente do tempo de permanência do paciente no hospital. Isso possibilita um melhor preparo do paciente no processo de enfrentamento acerca de sua doença, estimula a participação ativa no seu autocuidado e, ainda, minimiza o impacto da transição do ambiente hospitalar para o domiciliar, uma vez que o torna mais seguro para o retorno ao domicílio e para realização do autocuidado (SUSUKI, 2011).

Contudo, o planejamento da alta hospitalar caracteriza-se como um processo gerencial recente e como tal necessita de adaptações perante aos avanços tecnológicos, as novas políticas públicas de promoção da saúde, as mudanças no perfil epidemiológico das doenças, o sistema de referência e contra referência e, também, no preparo dos profissionais na busca de estimular a educação em saúde (LIMA, et al., 2011). Possivelmente, a preocupação com a alta hospitalar esteve por um longo período em segundo plano, entretanto, nos dias atuais, o planejamento para alta hospitalar e o preparo do paciente para esse momento vem

ganhando cada vez mais espaço dentro dos hospitais, sendo o elevado número de doentes crônicos e a necessidade de reduzir as despesas hospitalares algumas das razões para essa reviravolta (MACHADO et al., 2016)..

Nessa perspectiva, faz-se pertinente pontuar uma mudança no perfil epidemiológico das doenças nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo o envelhecimento da população, as mudanças no estilo de vida e o avanço no tratamento das doenças agudas alguns dos fatores que contribuíram para a transformação desse perfil. Isso resultou no aumento da prevalência das condições crônicas. Tal acontecimento exige do sistema de saúde uma adaptação frente aos novos doentes e ao processo de adoecer. No que se refere aos países em desenvolvimento, como o Brasil, é possível encontrar a dupla carga de doenças, situação na qual há o enfrentamento das doenças agudas paralelamente às condições crônicas (CONNAS, 2006).

Segundo a OMS (2003) e o CONASS (2006) as condições crônicas encontram-se em um movimento de elevação e já corresponde a 60% dos óbitos no mundo, esse percentual é ainda maior nos países em desenvolvimento.

Desse modo, assim como outros países no mundo o modelo brasileiro, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), encontra-se voltado para o atendimento e tratamento dos agravos agudos, nos quais o prognóstico tem como base a cura do agravo ou óbito do paciente.

Segundo relatório da OMS (2003), bilhões de dólares são gastos tanto por países ricos, como naqueles com baixos recursos, em razão de internações e procedimentos desnecessários que poderiam ser evitados caso as condições crônicas fossem gerenciadas de maneira eficiente, evitando, dessa forma, sua agudização e agravamento. Uma vez que nas condições crônicas o diagnóstico pode ser demorado, sua causa é multifatorial e seu acompanhamento e terapêutica são permanentes (CONASS, 2006).

Contudo, dentro dessa perspectiva é possível observar que o sistema de saúde do Brasil encontra-se em um movimento, ainda que lento, com o objetivo de acompanhar às necessidades no que diz respeito ao processo de saúde-doença na sociedade contemporânea. Fato esse observado através de programas de promoção a saúde que visam garantir a continuidade da assistência ao paciente na baixa, média e alta complexidade (CAPILHEIRA; SANTOS, 2011).

Nessa perspectiva é possível associarmos a alta hospitalar como um dos pilares para a continuidade do tratamento nas demais esferas, pois o preparo adequado do paciente para o retorno ao domicílio estimula a

adesão ao tratamento e o transforma em agente ativo em seu processo de recuperação e reabilitação. Entretanto, esse preparo adequado representa uma etapa complexa no que cerca a internação hospitalar, uma vez que os avanços tecnológicos ocasionaram uma redução no tempo de permanência do paciente no hospital, fatores como a utilização de tratamentos cada vez menos invasivos, preparo da equipe multidisciplinar, o uso de medicamentos mais eficientes e a preocupação com as infecções hospitalares são alguns exemplos desses avanços que possibilitaram a redução do tempo de internação hospitalar (POLETTI, et al., 2007; SUZUKI; CARMONA; LIMA; 2011).

Paradoxalmente, a alta hospitalar precoce pode ocasionar um retorno ao domicílio de maneira inadequada, devendo os profissionais de saúde adaptar-se a essa nova realidade para um melhor preparo do paciente para a alta. Diante dessa necessidade, a equipe multiprofissional deve premeditar o tratamento hospitalar com foco no planejamento da alta do paciente, pois o curto tempo junto ao paciente requer um plano de cuidados eficiente a fim de garantir a continuidade do tratamento, adesão à terapêutica planejada e a não fragmentação das informações e do cuidado (POLETTI, et al., 2007).

Entende-se que o enfermeiro e sua equipe representam um dos principais agentes nesse processo de preparação do paciente para o cuidado domiciliar e o autocuidado, fato cogitado por esses profissionais permanecerem, durante toda a internação hospitalar, ao lado do paciente, sendo o cuidado de enfermagem contínuo durante todo o dia. Isto posto, faz-se necessário que o enfermeiro execute sua prática de forma planejada, sistematizada, pois muitas são as suas atribuições e essa problemática representa um dos obstáculos para que a educação em saúde e, conseqüentemente, o plano de alta não seja priorizado. Ressalta-se também, a importância da alta hospitalar ser realizada de forma gradativa, planejada e incluindo orientações diárias.

Dessa forma, planejar a alta envolve não somente aspectos relacionados a problemas de caráter fisiológico, mas também sociais e familiares. Faz-se necessário conhecer a realidade vivenciada pelo paciente, seus hábitos de vida, estrutura familiar e condições sociais. Pois, a abordagem deve ser individualizada, como base nesses aspectos.

Colome e Oliveira (2012) definem educação em saúde como um meio de organizar e difundir o conhecimento e os costumes de cada indivíduo dentro do que julga ser um viver saudável. Permanecendo dentro dessa linha de pensamento, as autoras relatam que a forma de educar, infelizmente, permanece, em muitos casos, com um caráter

vertical, no qual existem dois personagens, o ser que educa e o ser que é educado.

Contudo, considerar a dinâmica tradicional e o ensino vertical ultrapassados, não significa que o profissional de saúde deva executar sua bagagem científica, mas sim agregar a ela o saber do outro, pois caso contrário corre-se o risco de serem meros executores de ações.

Assim, faz-se necessário ir além do esperado, buscar o despertar do pensamento problematizador, crítico, fato que permite a mudança não somente do individual, mas também da coletividade. É imprescindível, quando se trata de educação, permitir a comunhão entre os saberes (FREIRE, 2014).

Todas essas observações vão ao encontro dos ideais Freirianos discutidos há décadas. Paulo Freire (1979) propõe em sua educação problematizadora que o educador deve conhecer a realidade do educando e fazer uso de meios que sejam conhecidos em sua vivência e, acima de tudo, propor uma troca de conhecimento entre educador/educando e não o depósito ou transferência de informações, pois as palavras quando proferidas dessa forma nada transformam, são ocas e, portanto, sem efeito.

Escolhendo, assim, essa proposta o conhecimento do outro deve ser sempre apreciado, não sendo possível executar um plano de alta sem que a educação em saúde seja a protagonista, como também sem que o profissional estabeleça uma relação de confiança com o paciente, em que ambos se sintam confortáveis para compartilhar suas experiências e conhecimentos.

No que se refere à DAOP na ótica da alta hospitalar, o desafio encontra-se em preparar o paciente dentro da perspectiva das condições crônicas e da inevitabilidade de mudanças dos hábitos de vida do indivíduo. Dessa forma, pacientes e acompanhantes devem ser preparados para a ruptura do vínculo hospitalar e para a continuação do tratamento no domicílio.

Merhy e Malta (2011) apontam que o modelo assistencial para as doenças crônicas deve voltar-se a autonomia dos sujeitos e aos cuidadores. Tais considerações não tem sido uma realidade frequente dentro das instituições hospitalares. Um estudo realizado com cuidadores de pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE) em um hospital universitário no Rio Grande do Sul, apontou uma falta de preparo dos acompanhantes, familiares e pacientes para a alta hospitalar, uma vez que manifestaram insegurança perante a aproximação da alta. Observou-se paralelamente que as informações colocadas pelos profissionais foram pouco esclarecedoras e individualizadas (COBUCCI; REIS, 2011). Ou seja, pode-se concluir que as orientações foram repassadas ou depositadas

e, portanto não compreendidas pelos pacientes. Desse modo, não houve discussão ou reflexão entre os envolvidos, acerca do complexo processo que representa a promoção da saúde.

Portanto, é essencial que o papel de educador do profissional de saúde seja resgatado e priorizado, uma vez que o tratamento sem o devido preparo do paciente para cuidado domiciliar o torna mero coadjuvante na sucessão de fenômenos que envolvem o adoecer, o recuperar-se e o manter-se saudável. Fica, pois, claro que o plano de alta, com enfoque na educação em saúde, deve ser considerado como uma etapa fundamental no tratamento do paciente, ocupando o mesmo nível de importância dos procedimentos executados no âmbito hospitalar, visto que o contrário torna a terapêutica escolhida ineficiente e o agravamento da doença uma realidade.

Assim fazendo, embora o âmbito hospitalar esteja mais direcionado ao tratamento agudo da doença, isso não significa que a educação em saúde e a prevenção não devam ser prioridade dentro nas instituições hospitalares. Tais medidas são essenciais a fim de evitar o agravamento da doença, fato que implica em reinternações desnecessárias, aumento dos custos ao sistema de saúde com o tratamento do paciente e, por fim, o aumento da morbi/mortalidade.

Nesse sentido, a educação do paciente no hospital deve ser incentivada, de modo que se torne uma etapa inerente à terapêutica proposta, pois sem a consciência do paciente acerca de seu processo de saúde/doença e da necessidade de adaptar-se, muitas vezes, a uma nova realidade após a alta hospitalar é algo complexo e deve ser trabalhado durante toda a internação hospitalar. Além da educação durante a internação hospitalar, ressalta-se a importância de uma tecnologia educativa, pois muitas informações são compartilhadas apenas de forma verbal e somente durante o processo de internação e alta. Estas podem ser esquecidas com facilidade e dificultar a continuidade do tratamento. Com a tecnologia educativa, em forma de cartilha, o paciente tem consigo todas as informações necessárias para auxiliar a reinserção a sociedade, além de estabelecer uma comunicação entre a atenção hospitalar e atenção primária em saúde.

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA, 2007) compreende que o agir educativo caracteriza-se como um compromisso inerente ao trabalho do profissional de saúde, uma vez que é o exercício dessa prática que torna possível a transformação de uma realidade, seja ela individual ou coletiva.

Nesse sentido, tratando-se de doença crônica, como é o caso da DAOP, as medidas educativas são indispensáveis ao tratamento, pois a

terapêutica estende-se ao domicílio do paciente e o acompanhamento da doença e seus fatores de risco deve ser permanente e contínuo, sendo necessário ter um processo de referência e contra referência eficaz no sistema de saúde.

3.5 REFERÊNCIAS E CONTRARREFERÊNCIA

O sistema de referência e contrarreferência é uma ferramenta de gestão voltada para os sistemas de saúde e tem como finalidade a organização dos serviços, a fim de facilitar o acesso dos pacientes e proporcionar o acompanhamento dos mesmos em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde, proporcionando um atendimento integral e continuado. Esse sistema é sustentado por critérios, fluxos e pactuações de funcionamento, possibilitando a equipe de saúde o reconhecimento e acompanhamento recebido nos diversos níveis de atenção (CUNHA, et al., 2016).

Estudo realizado com pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio revelou que as estratégias de referência e contrarreferência utilizadas na Atenção Primária a Saúde (APS) são evidenciadas, no processo de referência, do Sistema de Regulação Municipal (SISREG) e o setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), como ferramentas que direcionam os indivíduos para outros níveis de atenção a saúde. Porém, no processo de contrarreferência, após a alta hospitalar, são evidenciados entraves e falhas de comunicação entre a instituição hospitalar e a APS, fator que influencia e fragiliza a continuidade da atenção a esses indivíduos (CUNHA et al, 2016).

Apesar de entraves e deficiências no processo de contrarreferência, algumas estratégias podem ser adotadas a fim de fortalecê-la, como por exemplo, a atuação da família, a busca ativa dos indivíduos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) orientados pela equipe multidisciplinar, assim como a criação de grupos terapêuticos na APS e articulação da comunicação entre a instituição hospitalar e APS (CUNHA, et al., 2016).

Em pesquisa realizada com gestantes classificadas como alto risco, os resultados sugerem que a contrarreferência foi implementada pelas próprias pacientes, sem ter uma transmissão de informação entre o serviço de maior complexidade e a APS, não recebendo nenhum encaminhamento formal para o serviço de saúde de origem, demonstrando a fragilidade na comunicação entre os serviços (CORRÊA; DÓI, 2014).

A falta de comunicação entre os serviços de saúde ocasiona falhas no sentido de assegurar a transmissão de informações técnicas que são fundamentais para o seguimento da terapêutica, gerando a

descontinuidade do atendimento prestado devido a falta de informações, o que pode ocasionar no agravamento do estado de saúde e até mesmo o óbito. Diante desse cenário, torna-se evidente a necessidade de aprimoramento do sistema de referência e contrarreferência dos serviços de saúde, com o objetivo de fortalecer os vínculos entre os níveis de atenção à saúde, de proporcionar uma melhor comunicação entre os serviços e de promover a restabelecer o paciente no seu processo de saúde e doença de forma integral e articulada, diminuindo o risco de recidivas e de óbitos (CORRÊA; DÓI, 2014; CUNHA et al, 2016).

Para isso, deve-se promover a melhor organização e reestruturação dos serviços, reformulação das práticas dos profissionais de saúde, além de dar suporte para uma análise crítico-reflexiva que promovam, de uma forma segura, ações para aprimorar o sistema de referência e contrarreferência (PROTASIO; SILVA; LIMA, et al., 2014).

Partindo da premissa que a falta de comunicação e informações pode ser um fator agravante para a instalação e prevalência de determinadas patologias, a via da Educação em Saúde torna-se uma forma de estabelecer maior vínculo entre os serviços de saúde e pacientes, ofertando uma oportunidade de ações mais articuladas e autônomas entre os serviços de saúde e pacientes. Logo, a disponibilização de um produto educativo de orientação pode ser o caminho para o cuidado continuado e a efetiva articulação dos diversos níveis de atenção a saúde (BRITO; DIAS; LAGES, et al., 2015).

Pensando nisso, a utilização de tecnologias educativas para promover uma melhor articulação entre as três esferas do setor saúde mostra-se como uma alternativa. Contudo, a escolha do instrumento deve ser adequada a cada público alvo, considerando suas características e peculiaridades. A cartilha como tecnologia educativa apresenta bons resultados dentro do processo de educação em saúde, visto que é de fácil compreensão, acesso e permite o paciente estender a sua utilização ao domicílio e comunidade, de modo que exista um prosseguimento das informações e cuidados. Fato esse que contribui diretamente com a realização da referência e contrarreferência pelos profissionais de saúde, uma vez que pode ser um via de acesso as informações antes restritas ao hospital. Para que esse objetivo seja alcançado, a cartilha deve ser utilizada, também, como um meio de registro dos principais cuidados prestados ao paciente em seu atendimento nas unidades de saúde (GRIPPO; FRACOLLI, 2008; SERRA et al., 2010).

Diante do contexto supracitado, surge a inquietação quanto ao desenvolvimento de uma cartilha educativa, que trabalhe a educação em saúde desde o ambiente hospitalar até a reinserção do paciente na

comunidade, a fim de articular os diversos níveis de assistência à saúde e promover uma assistência continuada com *feedback* contínuo dos pacientes que entram e saem das unidades cirúrgicas hospitalares. A cartilha educativa deve ser inserida desde o primeiro dia de internação do paciente com DAOP, sendo utilizada para orientar paciente e família conforme cada estágio de tratamento. Quando de sua alta o paciente leva a cartilha com informações sobre sua internação e com campos a serem preenchidos pela APS para efetivar a contrarreferência.

3.6 TECNOLOGIA EDUCATIVA EM SAÚDE

A educação propicia modificações no agir, nos valores, nas convicções, no enxergar o mundo do indivíduo (SANTOS, et al., 2011). Nesse sentido, torna-se possível a transição do entrever de um mundo inerte, para o vislumbrar de uma realidade que se modifica, se renova e se recria, ou seja, a educação é um meio de formar indivíduos capazes de mudar não somente a sua realidade, mas também do mundo que está (FREIRE, 2014).

Sendo assim, o profissional de saúde deve utilizar como aliado a educação em saúde como parte de seu processo de cuidar, a fim de transformar realidades, perpetuar o cuidado e tornar o paciente como personagem principal de seu tratamento e manutenção do bem estar.

Logo, a utilização de recursos tecnológicos no processo de educação em saúde, facilita o entendimento de uma linguagem tão técnica e pouco compreendida por muitos. Tais recursos podem ser definidos como as tecnologias que estão à disposição dos profissionais e que são continuamente aperfeiçoadas na vida contemporânea.

Assim fazendo, Oliveira, et al. (2014) abordam o uso da tecnologia em saúde como olhar para além da cura ou conforto da doença, mas sim a relação do indivíduo com todos os aspectos que fazem parte de seu viver. As autoras pontuam a tecnologia educativa em saúde como eficaz e que deve ser utilizada para os mais diversos assuntos como um meio de interatuar com o público alvo e esclarecer pontos ainda obscuros.

Nesse contexto, a tecnologia educativa pode ser compreendida como um recurso utilizado com o objetivo de impulsionar e produzir conhecimento. Trata-se de um instrumento facilitador do processo de educação e que promove a fusão entre o conhecimento empírico e o científico. As tecnologias educativas encontram-se inseridas no grupo de tecnologias em saúde, que abrange diferentes recursos, tais como: protocolos, sistema organizacionais, cartilhas, equipamentos, medicamentos, entre outros (OLIVEIRA; PLAGIUCA, 2015).

Baseado nessa premissa, as tecnologias educativas podem apresentar-se de diferentes maneiras através de cartilhas, manuais, folders, website, e muitos outros. A sua escolha depende de aspectos como o público-alvo, local, recursos humanos e materiais disponíveis. Contudo, o essencial é fazer-se entender, trazer a luz as necessidades de cada indivíduo e fazer uso da melhor estratégia (INTERAMINENSE, et al., 2016).

Dessa forma, para que a tecnologia educativa promova o conhecimento e colabore na elucidação de dúvidas e questionamentos, deve-se conhecer o perfil daqueles que utilizarão a tecnologia e, assim, organizar um instrumento com uma linguagem acessível ao seu público. Nesse sentido, a tecnologia educativa pode variar desde a utilização de multimídia a folders, manuais, vídeos, cartilhas, panfletos ou cartazes, devendo o mediador das ações educativas selecionar o método que melhor se adequa ao cenário de suas práticas (FONSECA, 2011).

Dentre as tecnologias educativas utilizadas na educação em saúde, a cartilha é entendida como um instrumento facilitador, uma vez que possibilita apresentar os conteúdos de uma forma lúdica e atrativa. Segundo Grippo e Fraccolli (2008) a cartilha fomenta a discussão entre os profissionais, pacientes e familiares, gerando uma reflexão crítica acerca de sua atual realidade, fortalecendo, com isso, a autoconfiança do indivíduo. Assim fazendo, a cartilha caracteriza-se como um instrumento de saúde válido e de fácil compreensão, fato esse que auxilia na adesão ao tratamento proposto e, conseqüentemente, na construção de um pensar voltado a um novo viver.

Em estudo que descreve o processo de construção de uma cartilha educativa destinada a pacientes vítimas de queimaduras, esta é apontada como uma prática de educação em saúde que vai além da comunicação e realização de intervenções, reafirmando a Enfermagem como ciência através do desenvolvimento e avaliação de recursos educativos produzidos para o consumo dos pacientes (CASTRO; JUNIOR, 2014). Tal tecnologia educativa mostrou-se eficiente, também, quando utilizada entre os idosos. Barros et al (2012) observaram que a utilização da cartilha facilitou o entendimento do paciente idoso acerca de sua doença; ampliou o seu conhecimento no que refere aos seus direitos enquanto indivíduo que necessita de atenção diferenciada e fomentou a importância quanto a participação em programas e grupos de apoio. Ou seja, a cartilha mostrou-se como um importante aliado no complexo processo de educação saúde.

A qualidade de vida dos pacientes portadores de DAOP é alterada de forma expressiva, sendo a educação em saúde fundamental para amenizar os impactos que a condição crônica acarreta. Dessa forma, a

cartilha educativa apresenta uma grande contribuição no desenvolvimento de habilidades favorecendo a autonomia do indivíduo, visando a melhor qualidade de vida deste (CASTRO; JUNIOR, 2014).

Portanto, sendo a cartilha um instrumento facilitador na promoção da saúde essa pode ser utilizada como estratégia no cuidado ao doente crônico, de modo que familiares, cuidadores e, principalmente, o paciente sejam melhor orientados quanto a sua doença e as formas de manter-se saudável diante de sua cronicidade (BRONDANI et al., 2010; BARROS et al., 2012).

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório-descritivo. Segundo Polit e Beck (2011) na abordagem qualitativa, a verdade é considerada um conjunto de realidades e contempla a complexidade do ser humano, utilizando-se para tal o olhar holístico na busca da percepção do todo.

Nessa abordagem o pesquisador e o sujeito da pesquisa convivem em harmonia e, portanto o conhecimento e a experiência de ambos estão entrelaçados, permitindo, com isso, uma reflexão diante das diferentes realidades. Minayo (2012) considera que a compreensão caracteriza-se como o pilar principal da pesquisa qualitativa estando, pois, o verbo compreender relacionado a aptidão de compreender o outro.

Ratificando essa linha de pensamento, Denzin e Lincoln (2006) pontuam que a abordagem qualitativa possui suas raízes na filosofia e antropologia e emerge da necessidade de entender o outro. Para tal, ainda de acordo com os autores supracitados o pesquisador qualitativo realiza seus estudos em cenários naturais, na busca de entender, explicar o sentido dos fenômenos de acordo como cada indivíduo o reporta ou vivencia.

Na ótica qualitativa Augusto et al. (2013) sugerem que o meio em que o pesquisador está inserido caracteriza-se como provedor direto dos dados, sendo esses, na maioria dos casos, de caráter descritivo expresso pelo relato detalhado acerca do que o pesquisador compreendeu dos fenômenos estudados.

Nesse sentido, Polit e Beck (2011) relatam que na pesquisa exploratório-descritiva o envolvimento com os fenômenos estudados perpassam a observação e descrição, visando, com isso, investigar sua natureza, manifestação e causas, explorando integralmente a natureza de fenômenos pouco compreendidos.

4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um Hospital Universitário do Sul do país, sendo uma instituição de saúde de caráter público que contempla o ensino, a pesquisa e extensão. Caracteriza-se como um hospital de médio porte, de alta complexidade, sendo referência no Estado nas mais diversas especialidades.

A instituição perpassa os três níveis de atendimento à população, o primário, secundário e terciário, sendo ainda, referência no tratamento de

diversas patologias complexas, com destaque para cirurgias endovasculares, gastroplastias e transplante hepático. Neste caso, dispõe de diversas unidades de internação especializadas como clínica médica, cirúrgica e ginecológica, maternidade com atendimento a gestante de alto risco, centro cirúrgico, emergência e UTI adulto e neonatal (HOSPITAL UNIVERSITARIO, 2016).

Por se tratar de um hospital escola além da interação contínua do paciente com os profissionais que o atendem permanentemente, existe ainda, o envolvimento desse com os estudantes de diversas áreas da saúde que ali atuam. Fato esse, que permite uma atmosfera de constante renovação do conhecimento dentro dessas unidades.

O cenário de estudo foi uma Unidade de internação Clínica Cirúrgica II. O setor é composto por 30 leitos, sendo destinados doze leitos para cirurgia vascular, quatro para cirurgia plástica, oito para proctologia e seis para urologia. Entretanto, outras especialidades utilizam os leitos da unidade, quando necessário.

No que se refere à equipe de enfermagem, essa é composta por oito enfermeiros, quatorze técnicos de enfermagem, cinco auxiliares de enfermagem, três auxiliares de saúde que assistem ao paciente integralmente durante as 24 horas do dia. A unidade dispõe ainda de um escriturário que auxilia nas atividades burocráticas do setor, otimizando a organização do ambiente e, auxiliando, indiretamente, na qualidade do atendimento prestado. Além destes profissionais uma equipe multiprofissional atua na unidade, incluindo nutricionista, médico, psicólogo, fisioterapeuta e assistente social.

Tal unidade de internação cirúrgica foi escolhida para delimitação desse estudo, pois é referência para pacientes com doenças vasculares, sendo realizados tratamentos clínicos e/ou pré e pós-operatório de cirurgia vascular, além de ser a unidade em que atualmente desempenha o papel de enfermeira assistencial.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi realizado com a participação dos pacientes internados na Clínica Cirúrgica II, submetidos ao tratamento clínico e/ou cirúrgico convencional ou endovascular por diagnóstico de DAOP, no período de outubro e novembro de 2016. Internaram no período 13 pacientes e todos aceitaram participar do estudo, entretanto, quatro foram auxiliados por seus familiares que o acompanhavam durante a realização da entrevista. Os participantes foram selecionados através do censo dos pacientes que é impresso diariamente na unidade, sendo incluídos para o

estudo: pacientes maiores de dezoito anos; de ambos os sexos; com diagnóstico de DAOP; orientados em tempo e espaço ou não, desde que o segundo esteja acompanhado de familiar e esse tenha conhecimento acerca da história de vida do paciente. O critério de exclusão foi definido como: pacientes portadores de DAOP, porém internados para tratamento de outra comorbidade. A definição do número de participantes foi estabelecida pelo número de pacientes internados nos meses de outubro e novembro de 2016 e que se enquadrassem nos critérios de inclusão pré-estabelecidos. O anonimato foi mantido utilizando-se identificação alfanumérica (P- pacientes ou AP- acompanhante do paciente, seguido de uma ordem numérica de 1 a 13).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu através da realização de entrevista semiestruturada. A entrevista teve como finalidade avaliar o conhecimento do paciente sobre a DAOP e identificar na sua perspectiva, os cuidados necessários com a doença após a alta hospitalar.

Os pacientes foram selecionados diariamente pela pesquisadora no censo de internação da unidade, seguida de abordagem individual do paciente para explicação prévia dos objetivos do estudo e forma de participação no mesmo.

Foi elaborado para entrevista um instrumento composto de perguntas abertas e fechadas que perpassa três momentos distintos, definidos pelos seguintes temas: dados sociodemográficos, hábitos de vida e história de saúde atual e pregressa (Apêndice A).

Diante desse contexto, a entrevista foi realizada durante a internação hospitalar do paciente em tratamento clínico, pré ou pós-operatório. A entrevista foi gravada e realizada conforme agendamento prévio com o paciente, de modo que esse momento ocorreu de acordo com a escolha do mesmo, respeitando suas particularidades. A média de duração das entrevistas foi de 20 minutos, variando de acordo com a maneira de cada participante se expressar diante dos questionamentos.

Em caso de aceite dos pacientes, houve o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). Perante o exposto, as entrevistas realizadas com os pacientes foram gravadas, visto que a gravação possibilita ao pesquisador dispor de todo o material reproduzido pelo informante com maior fidedignidade. Fato esse essencial para elucidação de possíveis questionamentos que possam emergir ao longo da pesquisa.

No que se refere a utilização da entrevista, é visto que embora o entrevistador seja responsável pela escolha dos pontos que serão abordados na entrevista semiestruturada esse instrumento possibilita a espontaneidade do informante, pois suas respostas e o quão sua expressividade foi permitida caracterizam-se como fatores que permitem a não obviedade dos dados e as diversas análises desses. Analogamente a essa questão, a entrevista semiestruturada admite a participação do entrevistado sem que o foco proposto pelo investigador deixe de existir (PONDE et al., 2009).

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A fase de organização e análise dos dados configura-se como uma das etapas mais complexas da pesquisa. Polit e Beck (2011) resumem como propósito dessa fase a organização, a estruturação da pesquisa e, posteriormente, a interpretação dos dados coletados.

Entretanto, interpretar o universo que cerca o pensamento humano caracteriza-se como um exercício árduo e exige que as demais etapas da pesquisa tenham uma estrutura sólida, pois a análise do conteúdo consiste na fusão e compreensão de todas as informações obtidas pelo pesquisador.

Os dados foram analisados a luz da análise temática de Minayo (2012). Seu método consiste na execução de três importantes fases, definidas como: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

Na fase de pré-análise o material é organizado, tornando-o funcional e, para tal resultado, tem-se como instrumento a leitura fluente, a seleção de documentos, o levantamento de hipóteses e objetivos e elaboração de indicadores que alicerçam a interpretação.

As entrevistas, na fase de pré-análise, foram transcritas possibilitando uma leitura minuciosa e a organização do material por similaridade. Cada material possui uma finalidade distinta e, portanto, conduz a interpretações, percepções e reflexões diferenciadas, uma vez que a riqueza do resultado extraído depende, também, do contato exaustivo do pesquisador com material de campo e de sua liberdade reflexiva a fim de responder aos questionamentos emergidos durante esse processo (MINAYO, 2010). Buscou-se, durante essa fase, identificar o conhecimento dos pacientes acerca da DAOP, os seus hábitos de vida, as dificuldades encontradas no domicílio após a alta hospitalar e as orientações necessárias para a continuidade do tratamento proposto após o seu retorno à comunidade.

A segunda fase do método constituiu-se pela exploração do material e o tratamento dos resultados. Durante essa etapa, o material obtido através das entrevistas foi interpretado de maneira fiel, trata-se de uma fase delicada uma vez que a riqueza das informações deve ser preservada durante essa operação. Nessas condições, as informações obtidas e organizadas em arquivo no word foram divididas em pré-categorias que compuseram os tópicos discutidos na cartilha, tais como: conceitos; sinais e sintomas da DAOP; fatores de risco; tratamento; o autocuidado no domicílio e a importância da adesão ao tratamento proposto.

Por fim, na terceira fase de tratamento dos resultados e interpretação, os dados foram separados em categorias temáticas que foram sustentadas e discutidas de acordo a literatura atual, de modo a construir uma tecnologia educativa com base nas orientações mais recentes para o tratamento da DAOP.

Quadro 2 – Categorias obtidas através da análise temática do conteúdo das entrevistas com pacientes portadores de Doença arterial obstrutiva periférica.

Categorias
Conceitos O que é DAOP? O que são artérias? O que é aterosclerose?
Sinais e sintomas da DAOP Dor ao caminhar com melhora em repouso Dor constante com pouca ou nenhuma melhora em repouso Feridas que pioram rapidamente
Principais fatores de risco da DAOP Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão arterial sistêmica Obesidade Colesterol elevado
Tratamento da DAOP Tratamento clínico Tratamento cirúrgico
Cuidados com a saúde no domicílio Cuidados com a ferida - curativo Controle dos fatores de risco Avaliação diária dos pés - DM Realização de exercícios físicos quando indicado Controle do peso

Abandono do tabagismo Acompanhamento junto a Unidade Básica
--

Fonte: elaborado pelas autoras a partir dos dados das entrevistas, 2016.

Isso posto, faz-se necessário pontuar que as informações obtidas durante o processo acima descrito, foram a base para a elaboração da cartilha educativa voltada aos pacientes com diagnóstico de DAOP e, dessa forma, os mais diversos aspectos do adoecer foi vislumbrado, a fim de construir um material rico e esclarecedor ao paciente.

Assim, a cartilha foi construída através de definições e orientações que buscam facilitar o entendimento dos portadores da DAOP sobre sua doença, os aspectos que levam ao agravamento de sua condição e, ainda, os cuidados necessários no domicílio visando a manutenção de sua saúde e o controle da DAOP.

A elaboração da cartilha passou por diferentes etapas. Com base no conteúdo identificado na perspectiva dos pacientes, sustentados pela literatura, foi elaborado o conteúdo e tópicos que compõem a cartilha. O material foi elaborado em um arquivo do word e entregue ao trabalho de uma ilustradora, com formação em artes plásticas, para que realizasse uma associação entre o texto da cartilha e a ilustração, uma vez que as figuras representam uma forma de comunicação e facilitam o entendimento do material escrito pelo leitor. As ilustrações foram construídas após três encontros entre a artista e a pesquisadora, com objetivo de manter a fidelidade do texto em questão. Primeiramente, o conteúdo textual foi entregue a artista para familiarização com o tema. Após essa etapa foi realizado um encontro para elucidação de possíveis dúvidas, exposição das ideias da pesquisadora e discussão do número ideal de figuras e páginas. Essa etapa resultou na construção do esboço das figuras pré-definidas em reunião. O segundo momento foi destinado a aprovação do material para que esse fosse devidamente colorido e digitalizado. No último encontro o material foi impresso e entregue em mãos, além do arquivo enviado através de e-mail, com o objetivo de melhor avaliar o resultado final do trabalho, que foi realizado entre pesquisadora e orientadoras.

Passado a fase de construção das ilustrações, o arquivo do Word com a cartilha em forma de texto, juntamente com material elaborado pela ilustradora, foi encaminhado a um design gráfico que efetuou a diagramação do material. Durante essa etapa, foi definido o *layout*, a paleta de cores, a disposição do texto e a alocação das figuras na cartilha. Por fim, todo o conteúdo escrito da cartilha foi revisado por um profissional habilitado em língua portuguesa.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado de acordo com as normas e diretrizes que regulam a pesquisa com seres humanos, que tem como base a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido a Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo parecer número 1.744.247. Nesse sentido, foi esclarecido aos sujeitos o objetivo do estudo e relevância; garantido o direito de decidir participar do estudo bem como de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao atendimento no serviço. Foram informados quanto à divulgação dos achados em eventos científicos e revistas indexadas, mantendo a confidencialidade, de modo que serão identificados com nomes fictícios. A pesquisa garantiu o anonimato dos participantes, de modo que sua identidade seja preservada. Para tal, será atribuída a letra P para os pacientes seguidos do número de ordem.

Os princípios bioéticos da autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça foram rigorosamente seguidos do decorrer do estudo e, portanto, garantidos aos participantes da pesquisa o respeito as decisões no que se refere a sua vida; o dever do profissional de não causar dano algum; o compromisso de promover o bem, de maneira que sejam excluídos os riscos com ações desenvolvidas e, por fim, imparcialidade no destino da produção na saúde (SOUZA et al, 2013).

5. RESULTADOS

O presente capítulo está organizado seguindo a Instrução Normativa 01/MPENF/2014 de 03 de dezembro de 2014 que define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional) da Universidade Federal de Santa Catarina e prevê a apresentação dos resultados da dissertação na forma de manuscritos/artigos científicos (MPENF, 2014). Através dos resultados do estudo foi possível desenvolver um manuscrito e um produto.

MANUSCRITO: VIVER COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA: CONHECIMENTO DOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.

PRODUTO: ORIENTAÇÕES PARA A ALTA DE PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA.

5.1 MANUSCRITO 01: VIVER COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA: CONHECIMENTO DOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.

Tatiana Martins¹

Nádia Chioldelli Salum²

Melissa Orlandi Honório Locks³

RESUMO: Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, que teve por objetivo identificar o conhecimento do paciente hospitalizado acerca da doença arterial obstrutiva periférica e suas necessidades de cuidado no domicílio. A coleta de dados ocorreu de outubro a novembro de 2016, através de entrevista semiestruturada com 13 pacientes internados para tratamento da doença arterial obstrutiva periférica em uma clínica cirúrgica de um Hospital Universitário do sul do Brasil. A análise dos dados foi realizada através da análise temática, onde emergiu as seguintes categorias: Hábitos de vida; O viver com Doença Arterial Obstrutiva Periférica; A compreensão do paciente enquanto portador da Doença Arterial Obstrutiva Periférica; As dificuldades enfrentadas no domicílio e A rede de apoio. Os dados apontam que os pacientes não têm hábitos de vida saudáveis e entendem a doença como algo passageiro e de início súbito, não estando, portanto conscientes dos fatores de risco e da sua condição crônica. Apresentam dificuldades em adquirir medicamentos e realizar os curativos na rede básica de saúde, adotando como rede de apoio os familiares. Conclui-se que os pacientes possuem pouco conhecimento acerca do seu diagnóstico o que contribui para o agravamento de sua condição de saúde.

Palavras chave: Enfermagem. Educação em saúde. Doença arterial periférica. Alta Hospitalar.

É enfermeira do Hospital Universitário Polyodro Ernani de São Thiago – UFSC. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem MPENF/UFSC.

²É enfermeira do Hospital Universitário Polyodro Ernani de São Thiago – UFSC. Doutora em Enfermagem e Docente do MPENF/UFSC.

³É enfermeira, Doutora em Enfermagem e Docente do Departamento de Enfermagem e do MPENF/UFSC.

5.1 MANUSCRIPT 01: LIVING WITH PERIPHERAL ARTERIAL OCCLUSIVE DISEASE: KNOWLEDGE OF HOSPITALIZED PATIENTS

Tatiana Martins¹

Nádia Chiodelli Salum²

Melissa Orlandi Honório Locks³

ABSTRACT: This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach aiming to identify the knowledge of the hospitalized patients about peripheral arterial occlusive disease and their needs for homecare. Data collection occurred from October to November 2016, through a semi-structured interview with 13 patients hospitalized for treatment of peripheral occlusive arterial disease in a surgical clinic of a university hospital in southern Brazil. Data analysis was performed through thematic analysis, from which the following categories emerged: Life habits; The understanding of the patient that lives with peripheral occlusive artery disease; The difficulties they face at home and The support network. Data show that patients do not have healthy lifestyles and that they understand the disease as temporary and that it onsets suddenly, therefore not being aware of risk factors and its chronic conditions. They present difficulties in acquiring medicine and performing bandage in the public health network, hence having their relatives as a support network. It is concluded that the patients have little knowledge of their diagnosis, which contributes to the worsening of their health condition.

Key words: Nursing. Health education. Peripheral arterial occlusive disease. Hospital discharge

¹ Is a nurse of the University Hospital of Polyodoro Ernani of São Thiago - UFSC.

MSc. student of the Graduate Program in Nursing Care Management MPENF / UFSC.

² Is a nurse of the University Hospital of Polyodoro Ernani of São Thiago - UFSC. PhD in Nursing and Lecturer at MPENF / UFSC.

³ Is a nurse, PhD in Nursing and Professor at the Nursing Department and MPENF / UFSC.

5.1 MANUSCRITO 01: VIVIR CON LA ENFERMEDAD ARTERIAL OBSTRUCTIVA PERIFÉRICA: CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.

Tatiana Martins¹

Nádia Chiodelli Salum²

Melissa Orlandi Honório Locks³

RESUMEN: Estudio descriptivo exploratorio de abordaje cualitativo que tiene como objetivo identificar el conocimiento del paciente hospitalizado sobre la enfermedad arterial obstructiva periférica y sus necesidades de cuidado en el domicilio. La recopilación de datos se realizó entre octubre y noviembre de 2016 a través de entrevistas semiestructuradas a 13 pacientes internados para el tratamiento de la enfermedad arterial obstructiva periférica en una clínica quirúrgica de un hospital universitario del sur de Brasil. El análisis de los datos se realizó mediante un análisis temático, a partir del cual surgieron las siguientes categorías: Hábitos de vida; Vivir con la enfermedad arterial obstructiva periférica; La comprensión del paciente como portador de la enfermedad arterial obstructiva periférica; Las dificultades que se enfrentan en el domicilio y La red de apoyo. Los datos apuntan a que los pacientes no tienen hábitos de vida saludables y entienden la enfermedad como algo pasajero y de inicio súbito, sin ser conscientes, por lo tanto, de los factores de riesgo y de su condición de cronicidad. Presentan dificultades para adquirir medicamentos y que se les realicen las curaciones en la red básica de salud, por lo que adoptan como red de apoyo a los familiares. Como conclusión, los pacientes poseen poco conocimiento acerca de su diagnóstico, lo cual contribuye al agravamiento de su estado de salud.

Palabras clave: Enfermería. Educación para la salud. Enfermedad arterial periférica. Alta hospitalaria.

¹ Es Enfermera del Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – UFSC. Está haciendo la Maestría del Programa de Posgrado en Gestión del Cuidado de Enfermería, MPENF/UFSC.

² Es Enfermera del Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – UFSC. Es Doctora en Enfermería y Docente de MPENF/UFSC.

³ Es Enfermera, Doctora en Enfermería y Docente del Departamento de Enfermería de MPENF/UFSC.

INTRODUÇÃO

A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) consiste no estreitamento da luz das artérias que irrigam os membros inferiores, ocasionando uma redução do fluxo sanguíneo aos tecidos. Essa patologia caracteriza-se como multifatorial e tem como principal causa à doença aterosclerótica (NUNES, et. al., 2012; TORRES, et. al., 2012).

Embora a DAOP comprometa diretamente as regiões periféricas, tal como os membros inferiores, estudos apontam que essa doença está associada a diferentes eventos cardiovasculares e cerebrovasculares, sendo considerado um alerta na prevenção de tais eventos (GABRIEL, et al., 2007; NETO; NASCIMENTO, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 30% dos óbitos no Brasil, fato esse que gera um importante impacto econômico ao Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme Migowski, et al. (2009) os custos do SUS com o tratamento de tais doenças no ano 2000 foi de 395 milhões de reais e em cinco anos esses custos elevaram-se para 736 milhões de reais. É possível que fatores como o surgimento de novas tecnologias, o envelhecimento da população, o aumento das doenças crônicas e, ainda, uma assistência à saúde voltada as doenças agudas estejam relacionados com o aumento nos custos do tratamento dessas doenças.

Nesse contexto, é possível apontar a DAOP como um problema da população contemporânea brasileira, uma vez que a sua prevenção consiste no controle dos fatores de risco, de caráter crônico, para o seu desenvolvimento e evolução. Pesquisas apontam como principais fatores de risco para a DAOP a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), *Diabetes Mellitus* (DM), hiperlipidemia, obesidade e o tabagismo (SCHERR; RIBEIRO, 2009; DINIZ; PIRES, 2010; LOPES et al., 2012).

Embora essa doença, em estágios avançados, possa levar a mutilações e à morte, se diagnosticada precocemente, pode ser tratada clinicamente sem a necessidade de intervenções cirúrgicas. Para tal, é necessário que o paciente seja orientado acerca de sua problemática, visando esclarecê-lo sobre a doença, a sua evolução e a terapêutica proposta (REIS, et al., 2012).

É visto que, a cronicidade da doença, associada a não adesão à terapêutica prescrita ocasiona o agravamento do quadro clínico do paciente, levando-o, muitas vezes, a mutilações físicas que comprometem negativamente a sua qualidade de vida (VAZ, et al., 2013).

Essa perspectiva leva-nos a refletir sobre a prevenção de novas complicações como principal arma no controle das doenças, sobretudo a

DAOP, sendo o autocuidado uma etapa indispensável nesse processo. Para tal, é fundamental que a educação em saúde, junto ao paciente hospitalizado, seja uma realidade dentro da esfera terciária de assistência à saúde, pois a falta de conhecimento acerca da doença perpetua os erros anteriormente cometidos, favorece a baixa adesão ao tratamento proposto e por fim leva a reinternações em piores condições de saúde (TEIXEIRA, RODRIGUES, MACHADO, 2012).

Nesse sentido, o complexo processo de educação pode ser entendido como o encontro entre os diferentes saberes, que une práticas do âmbito educacional e da saúde, com o conhecimento inerente ao indivíduo. Objetiva-se, através dessa fusão de conhecimento, uma aprendizagem significativa em que o saber do paciente representa o ponto de partida, visando, com isso, torná-lo o principal responsável de seu processo de saúde/doença e conscientizá-lo no que se refere aos cuidados necessários em prol de sua saúde, promovendo um agir consciente e autônomo (MARINHO, SILVA, 2015).

O processo de educação em saúde no âmbito hospitalar tem como um de seus objetivos principais, preparar o paciente para o retorno ao domicílio, de modo a torná-lo o principal responsável por sua recuperação e manutenção de seu bem-estar. Para isso, é necessário que a equipe multiprofissional perceba a alta hospitalar como um momento delicado, no qual existe uma complexa transição do cuidado profissional para o cuidado domiciliar, havendo, nesse momento, uma fusão de sentimentos, tais como: medo, ansiedade, decepção, contentamento (REIS, et al, 2013).

Isso posto, tem-se a contrarreferência como uma importante etapa do planejamento da alta hospitalar, pois a comunicação entre os diferentes níveis de assistência à saúde é indispensável, de modo que exista não somente a troca de informações, mas também a sua perpetuação. A atuação da esfera primária junto ao paciente após a alta hospitalar é essencial no caso das condições crônicas como a DAOP, uma vez que essas doenças necessitam de tratamento contínuo e mudanças no estilo de vida (CAIAFA, et al., 2011).

Nessas condições, a comunicação entre os diferentes níveis de assistência a saúde possibilita uma melhor continuidade do cuidado no que se refere ao retorno do paciente à comunidade, refletindo, também, na adesão do paciente a terapêutica proposta durante a hospitalização (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Configurando-se, assim, como uma rede de apoio ao paciente que prevê a articulação de ações de caráter curativo, preventivo, individuais ou coletivo que atendem às necessidades sociais em saúde. Entretanto, para preparar este paciente para seu retorno ao domicílio é necessário

conhecer quais suas necessidades e desafios frente a cronicidade da doença. Nesse sentido, o estudo tem como questão norteadora: Qual o conhecimento do paciente acerca da DAOP e seu tratamento?

Assim, levando-se em consideração que a necessidade de preparo do paciente para a alta hospitalar constitui um campo de estudo relevante, tem-se como objetivo identificar o conhecimento do paciente hospitalizado acerca da doença e sobre as necessidades de cuidado no domicílio.

MÉTOD

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório-descritivo. Na abordagem qualitativa, a verdade é considerada um conjunto de realidades e contempla a complexidade do ser humano, utilizando-se para tal o olhar holístico na busca da percepção do todo (POLIT e BECK, 2011).

O estudo foi realizado na Unidade de Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário do sul do país, que se caracteriza como um hospital de médio porte, de alta complexidade, sendo referência para todo o Estado de Santa Catarina nas mais diversas especialidades. A Unidade de Clínica Cirúrgica II caracteriza-se como uma unidade mista e, portanto, atende pacientes de ambos os sexos, em tratamento clínico e/ou pré e pós-operatório de cirurgia vascular. O setor é composto por 30 leitos, sendo destinados 12 leitos para cirurgia vascular, quatro para cirurgia plástica, oito para proctologia e seis para urologia (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2016).

O estudo teve como participantes 13 pacientes internados em tratamento clínico e/ou cirúrgico convencional ou endovascular por diagnóstico de DAOP. Destes, quatro deles tiveram o auxílio de familiares para responder aos questionamentos da entrevista. Os participantes foram selecionados através do censo dos pacientes que é impresso diariamente na unidade, sendo incluídos para o estudo: pacientes maiores de dezoito anos; de ambos os sexos; com diagnóstico de DAOP; orientados em tempo e espaço ou não, desde que o segundo esteja acompanhado de familiar e esse tenha conhecimento acerca da história de vida do paciente e autorize sua participação na pesquisa. O critério de exclusão foi definido como: pacientes portadores de DAOP, porém internados para tratamento de outra comorbidade.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, realizada de outubro a novembro de 2016. Foi elaborado um instrumento composto de perguntas abertas e fechadas que passa três momentos distintos:

dados sociodemográficos, hábitos de vida e história de saúde atual e progressa.

A entrevista foi realizada durante a internação hospitalar do paciente, sendo gravada e realizada conforme agendamento prévio com o paciente, de modo que esse momento ocorreu de acordo com a escolha do mesmo, respeitando suas particularidades. A média de duração das entrevistas foi de 20 minutos, variando de acordo com a maneira de cada participante se expressar diante dos questionamentos.

Os dados foram analisados a luz da análise temática, que consiste na execução de três importantes fases, definidas como: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação (MINAYO, 2012).

Na fase de pré-análise as entrevistas foram transcritas possibilitando uma leitura minuciosa e a organização do material por similaridade. Buscou-se, durante essa fase, identificar o conhecimento dos pacientes acerca da DAOP, os seus hábitos de vida, as dificuldades encontradas no domicílio após a alta hospitalar e a orientações necessárias para a continuidade do tratamento proposto após o seu retorno à comunidade. A fase de exploração do material e tratamento dos resultados, o material obtido através das entrevistas foi interpretado de maneira fiel e divididas em pré-categorias. Por fim, a fase de tratamento dos resultados e interpretação, os dados foram separados em categorias temáticas que foram sustentadas e discutidas de acordo a literatura atual.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da UFSC (CEP/UFSC), conforme preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo parecer n. 1.744.247 do CEP/UFSC. A aceitação dos pacientes foi obtida por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato foi mantido utilizando-se identificação alfanumérica (P- pacientes ou AP- acompanhante do paciente, seguido de uma ordem numérica de 1 a 13).

RESULTADOS

Os 13 participantes do estudo encontravam-se internados na Unidade de Clínica Cirúrgica no momento da entrevista, com idade entre 46 a 78 anos, sendo um paciente com idade entre 40-50 anos, dois entre 51-60 anos, seis entre 61-70 anos e quatro com idade entre 71-80 anos. Dos 13 pacientes entrevistados sete são do sexo feminino e seis do sexo masculino. Quanto ao estado civil, quatro encontravam-se casados no momento da entrevista, dois em uma união estável, cinco viúvos e dois

divorciados. Dos entrevistados, 12 têm filhos e apenas um não tem, sendo que 11 residem na companhia dos cônjuges, filhos ou familiares e apenas dois residem sozinhos.

Em relação à escolaridade, dois possuíam o 2º grau completo, três o ensino fundamental completo e oito o ensino fundamental incompleto. Desse modo, a baixa escolaridade mostrou-se predominante entre os participantes do estudo, uma vez que de 61,56% desses não concluíram o ensino fundamental.

Em relação à atividade laboral um paciente informou estar desempregado, um ser pensionista e duas mulheres definiram-se como donas de casa e, portanto, dependem financeiramente de seus cônjuges. Sete dos participantes são aposentados e dois relataram que trabalham, contudo, encontram-se afastados de suas atividades laborais por licença médica para tratamento de saúde.

Através da ordenação e reflexão dos dados, emergiu as seguintes categorias: Hábitos de vida do ser com doença arterial obstrutiva periférica; Viver com doença arterial obstrutiva periférica; O conhecimento acerca da doença arterial obstrutiva periférica; As dificuldades enfrentadas no domicílio; A rede de apoio.

Hábitos de vida do ser com doença arterial obstrutiva periférica

Nessa categoria foram organizados os relatos que contemplam os hábitos de vida dos pacientes com diagnóstico de DAOP, sendo contempladas questões relacionadas com o hábito de fumar, prática de atividades físicas e hábitos alimentares.

Em relação ao hábito do tabagismo dois pacientes afirmaram que fumam, quatro nunca fumaram e sete são ex-tabagistas.

No que se refere aos hábitos de vida, dois hábitos não saudáveis e fortemente relacionados com a DAOP mostraram-se presentes: o tabagismo e o sedentarismo. Sendo que

Já fumei muito, mas agora não [...] Fumava duas carteiras de cigarro por dia (P2)

Fumava 20 cigarros por dia antes de me internar (P3).

Parei de fumar há 25 anos. Fumava duas a três carteiras por dia [...] hoje eu estou com 68. Comecei a fumar com 16 (P13).

No que se refere à prática de atividades físicas, nove participantes reconheceram-se como sedentários e relataram não praticar nenhum

exercício físico; três informaram que caminhavam com frequência antes de ficarem doentes e um participante informou que jogava futebol uma vez na semana antes da internação hospitalar.

Não [pratico atividade física]. Há mais de 30 anos jogava futebol umas três vezes na semana (P2).

Nunca pratiquei (P3).

Eu andava bastante. Agora que eu não estou caminhando mais (P13).

Quanto aos hábitos alimentares, os 13 participantes demonstram ter conhecimento sobre os cuidados que devem manter com a alimentação, porém apesar de conhecerem os malefícios de alguns alimentos relataram que não fazem nenhuma restrição alimentar. Questões de ordem financeira foram informadas pelos pacientes entrevistados como um obstáculo na adesão à dieta recomendada.

Então, eu já tentei várias vezes fazer uma dieta específica, mas não cheguei ao fim (P13).

Não sigo dieta. Como tudo que dá na telha, o que dá vontade (P6).

Na hora que dava vontade de comer, comia (P10).

Eu já tentei fazer algumas vezes [fazer uma dieta controlada], mas baixa demais a diabetes e eu passo mal. Então eu já tentei varias vezes tentar fazer uma dieta específica, mas não cheguei ao fim. (P9)

Ela estava tomando leite desnatado, mas daí acaba e não dá para comprar e ela acaba voltando para o integral (AP5).

Viver com doença arterial obstrutiva periférica

Nessa categoria foram contemplados os relatos que fazem alusão as comorbidades associadas ao desenvolvimento e evolução da DAOP. Foram abordadas questões relacionadas com as comorbidades de HAS e DM.

A associação da HAS com o DM foi relatada por 12 dos entrevistados. Estes informaram que utilizam diariamente medicamentos como: antihipertensivos, hipoglicemiantes, insulina ou a associação entre essas terapias farmacológicas. Um participante informou ser diabético e utilizar, além dos medicamentos prescritos para o tratamento do DM,

fármacos para doenças no coração, entretanto não soube informar se era hipertenso.

Uso todo remédio que o diabético tem que tomar, eu uso. Insulina, comprimido, tudo[...]tenho pressão [alta], mas tomo remédio para pressão, a minha pressão é 13, é 12. (P10)

Para diabetes eu tomo insulina regular e tomo comprimido. Tomo dois comprimidos e quando tem eu tomo três, que é para não afetar o coração. Aquele infantil, o AAS. Para tudo eu tomo medicamento. (P12)

Embora o número de hipertensos e/ou diabéticos seja elevado, muitos pacientes comunicaram que não fazem acompanhamento com frequência de tais comorbidades e se limitam a terapia medicamentosa prescrita que, muitas vezes, encontra-se desatualizada frente a evolução da doença.

Não, não acompanho [a pressão arterial e o DM no Posto de Saúde]. Eu voltei lá na sexta-feira, depois de um ano, para fazer a pressão e a diabetes. E estava alta, a pressão e a diabetes (P6).

Nessas condições, é importante ressaltar que a HAS e o DM encontram-se entre os fatores de risco mais comuns para o surgimento e progressão da DAOP e, portanto, se não tratados corretamente contribuem com a evolução da DAOP para casos clinicamente mais graves.

O conhecimento acerca da doença arterial obstrutiva periférica

Compreender a DAOP é o primeiro passo para se alcançar o êxito do tratamento proposto. Entender a cronicidade da doença, os fatores que levaram ao adoecimento e as alternativas para controlar a evolução da doença representam elementos essenciais para a promoção da saúde e manutenção do bem-estar do paciente. Contudo, tem-se entre a baixa escolaridade da população estudada como um fator dificultador desse processo. Fato que requer dos profissionais de saúde uma dedicação especial para se fazer entender.

Observou-se, a partir das entrevistas, que muitos dos pacientes hospitalizados para tratamento da DAOP, desconhecem tanto seu diagnóstico médico, quanto os motivos que levaram ao seu adoecimento. Embora alguns profissionais de saúde tenham explicado sobre a DAOP e o seu tratamento, as informações discutidas foram pouco esclarecedoras e

assimiladas. Quando questionados como entendiam a DAOP, as falas apontam:

Do joelho para baixo as veias são muito fininhas, daí é onde não tem a passagem. Foi o que eu entendi. (P1)

O que eles explicaram hoje é que está infeccionado. Que a infecção já tomou conta das veias ali e por isso que eles optaram pela amputação de coxa que vai ser feita amanhã. Porque já está bem infeccionado e a infecção já está indo para o sangue (AP3).

Não [me explicaram]. Uma explicação assim que a gente pudesse entender não. Eles não explicam assim. Eles dizem que é por causa do cigarro (P7).

Eu entendi que eu tenho diabetes, que eu tenho que me cuidar. Vai começar amputando, amputando até morrer (P12)

Embora os pacientes tenham informado que algum profissional de saúde tenha explicado acerca de sua doença, as informações não foram assimiladas devidamente e 61,53% dos pacientes entrevistados associaram os acontecimentos ocasionais como o efeito de bater involuntariamente com o pé em um objeto, como o principal motivo de seu adoecimento. Sabe-se que o trauma pode propiciar a agudização da DAOP, entretanto não se configura como a etiologia da doença.

A esse propósito, os pacientes entrevistados que informaram ter compreendido a explicação sobre a sua doença, definiram o seu diagnóstico como um problema de circulação ou de falta de circulação nas pernas. Informaram ainda, que o diabetes foi o principal motivo para o seu adoecimento. Embora o diabetes, de fato, seja um dos principais fatores de risco para a DAOP, sabe-se que outros elementos foram determinantes no processo de adoecimento, tais como o tabagismo, a inatividade física, os elevados níveis pressóricos e a hiperlipidemia (REIS et. al., 2012; ROLIM, et. al., 2015).

Contraopondo-se a necessidade de orientação, foi observado nas falas do pacientes entrevistados que a explicação dos profissionais de saúde no que tange ao diagnóstico médico mostra-se pouco esclarecedora, muito provavelmente pela utilização de termos técnicos ou palavras desconhecidas pelos pacientes com a DAOP.

Eles não falam declarado, sabe eles não falam assim: Dona P1. a senhora teve isso e isso. Não, eles falam salteado, então você entenda o que quiser entender. (AP1)

Não caiu a minha ficha. Está passando mil coisas na minha cabeça que ele possa vir a perder a perna, qualquer coisa. Porque eu não consegui sentar com uma pessoa que pudesse me explicar mais ou menos como é que seria isso. (AP7)

As dificuldades enfrentadas no domicílio

A alta hospitalar configura-se como um momento crítico da hospitalização e, nessa transição, é essencial que o conhecimento do paciente no que tange ao seu diagnóstico e o controle dos fatores de risco, encontrem-se bem consolidados. Pois, do contrário, o agravamento da DAOP será uma realidade com o transcorrer do tempo.

Desse modo, quando questionados sobre os cuidados com a DAOP no domicílio, 11 pacientes relataram que possuem dificuldade quanto ao seu autocuidado, havendo uma maior preocupação, sobretudo, com a troca de curativo e o acesso aos medicamentos prescritos. Todavia, dois pacientes informaram não ter dificuldades na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar em razão do apoio familiar no domicílio.

Vai ser o curativo, vou ver se faço um acerto com o posto de saúde que é perto da minha casa para ver se eles fazem durante a semana e no final de semana algum familiar irá fazer para mim. (P4).

Minha dificuldade é a medicação, de não ter acesso, porque se você vai procurar no posto geralmente não tem. Entendeu? Geralmente não tem. Porque antes de vir para cá eu ia lá procurar remédio para dor e o remédio para dor geralmente não tinha (P1).

Existe uma consciência inerente do paciente no que diz respeito ao seu autocuidado, uma vez que demonstra entendimento quanto à necessidade em modificar alguns hábitos praticados em seu cotidiano. A necessidade de uma alimentação mais saudável dentro de suas possibilidades econômicas, o controle do peso, a cessação tabágica, a utilização correta dos medicamentos e o sedentarismo foram pontos comumente citados pelos pacientes quando questionados sobre os cuidados com a saúde que seriam necessários após a alta hospitalar.

Eu vou ter que mudar muita coisa na minha alimentação, eu vou ter que comer mais frutas, mais verduras para as células poderem se regenerarem. (P1)

Vou ter que mudar a alimentação, que é primordial, exercício e cuidados maiores com saúde, pela minha idade né, 70 anos. (P4)

Ele não vai poder fumar mais. Isso daí pode esquecer. (P7)

Um número expressivo dos pacientes entrevistados manifestou o desejo e a intenção de manter uma alimentação mais saudável ao retornar ao domicílio. Contudo, informaram simultaneamente a esse desejo que possuem dificuldade em comprar os alimentos recomendados por questões de cunho financeiro. Quanto aos pacientes que moram sozinhos, o preparo dos alimentos também se configurou como um obstáculo, fato que propicia o consumo de alimentos inadequados.

Moro sozinho e não sei fazer nada, eu mal sei fazer um arrozinho. Verdura e coisa diet assim eu não me preocupo, quando vou ao supermercado não me preocupo com isso. Eu quero ver se arrumo uma pessoa, se ela não me cobrar muito caro. Ai eu vou pegar ela para fazer a comida especial (P2).

Alguns participantes do estudo expuseram a dificuldade de custear a dieta recomendada e o tratamento medicamentoso como um obstáculo à terapêutica prescrita. Relatam que em períodos de paralisação dos serviços públicos de saúde, tal como as greves, a terapia medicamentosa precisou ser suspensa até a normalização da assistência por parte desses órgãos.

Já tive 3 dias sem tomar insulina. E eu tomo insulina 22 (unidades) de manhã e 22 a noite. Se não tomar vai a 500, 600, como uma vez eu vim parar aqui. Claro só tomei soro e voltei para casa, porque não tinha insulina, os postos estavam tudo em greve (P13).

Eles vão me receitar um tipo de remédio aqui para fazer o tratamento em casa, daí chega no postinho e o postinho não tem, isso daí. Você que atua na área da saúde está por dentro. Então as maiores dificuldades do pobre é isso aí! É greve em cima de greve, quando abre o postinho não tem remédio.

Quando tem insulina, não tem agulha e assim vai. Tem um tipo de remédio e não tem o outro. (P12).

A rede de apoio

Esta categoria abrange a rede de apoio que o paciente utiliza para a continuidade do seu tratamento no domicílio, seja ela dos familiares, comunidade ou serviços públicos de saúde.

O cuidado realizado por familiares após a alta hospitalar, representado pelo cônjuge, filhos e netos configurou-se como a principal rede de apoio entre os entrevistados. Tais cuidados perpassam desde o auxílio com os cuidados de higiene, realização de curativos, das atividades domésticas como alimentação e limpeza do domicílio até o acompanhamento aos serviços de saúde.

Meus filhos me ajudam na limpeza [da casa], nos curativos, na medicação. Fazem um pouquinho de tudo.(P3).

Meu filho. Ele faz almoço, lava a roupa na máquina, ele faz tudo. São muitos os remédios que eu tomo. Então ele colocou tudo no papelzinho (P10).

Logo, percebe-se que os pacientes com DAOP apresentam algum grau de dependência para a realização de suas atividades diárias, tais como: o banho, curativo, preparo de alimentos, administração dos medicamentos, entre outros. Fato que se justifica pela idade avançada e pela limitação física que a doença ocasiona a medida que evolui. O mesmo foi exposto por Rolim et. al. (2015) que associaram o agrupamento de comorbidades e o envelhecimento da população como fatores que dificultam o processo de recuperação do paciente.

Dessa forma, a presença dos filhos, a participação do cônjuge e demais familiares tem se mostrado um dos principais fatores no processo de recuperação do paciente após a alta hospitalar. Pois, aqueles que possuem uma boa estrutura familiar, encontram, nessa relação, um amparo para a realização das atividades do cotidiano.

Acho que eu não tenho dificuldade, porque eu tenho bastante gente para me ajudar, tem a filha, tem o neto, tem a esposa do meu neto (P5)

O que se observa é que o sistema de atenção básica de saúde foi pouco lembrado pelos pacientes como apoio para a continuidade do tratamento, de maneira que sua utilização permaneceu restrita ao

fornecimento de medicamentos e materiais para realização dos curativos no domicílio. Entende-se, portanto, que a rede básica de saúde encontra-se subutilizada, de maneira que o seu potencial não está sendo explorado em toda sua plenitude.

Consulta [no posto de saúde] eu não confio muito não. Mas eu gosto das enfermeiras. Vou pegar as fitas que tem que ir naquelas reuniões. Eu ainda não tenho idade para ir em casa. Meu marido eles iam (P10).

Vamos pegar os materiais no posto de saúde e quem vai fazer o curativo é a minha própria cunhada (P8).

Sim, eu uso o postinho. Eu pego o remédio todo mês (P12).

DISCUSSÃO

O objetivo desse estudo foi identificar o conhecimento do paciente hospitalizado acerca da DAOP e quais as necessidades de cuidado no domicílio. Para tal, conhecer o cotidiano dos pacientes, a sua história de vida pregressa e o seu modo de viver foram elementos fundamentais para essa construção.

Conhecer o nível de escolarização representou uma etapa indispensável e uma das grandes problemáticas identificadas através desse estudo. Pois, embora saibamos que o conhecimento é inerente a todos e que a sabedoria é um bem adquirido no decurso do processo de viver, a escolaridade expressa pelos anos de estudo de um indivíduo denota importante papel nos seus hábitos de vida. Em consonância com outros achados científicos, esse estudo apontou um baixo nível de escolaridade no que se refere aos participantes da pesquisa e portadores da DAOP, sendo a média escolar inferior a nove anos, o que corresponde ao ensino fundamental incompleto (DINIZ; PIRES, 2010; REIS et al., 2013).

Ratificando tais questões, uma pesquisa realizada com 54.369 indivíduos com idade igual ou maior a 18 anos nas capitais brasileiras e distrito federal, relacionou a baixa escolaridade com o hábito de fumar (BRASIL, 2015). Silva et al (2009) observaram que o tabagismo é maior entre os indivíduos de baixa escolaridade, sendo inversamente proporcional ao tempo de escola. Ou seja, quanto maior o período de atividade escolar, menor a prevalência desse hábito tão fortemente associado a diversas doenças, como o câncer, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e pulmonares. É possível inferir que nesse caso, que o

conhecimento adquirido através da escola representa um fator de proteção no que tange ao tabagismo.

Foi visto, também, que a baixa escolaridade está diretamente relacionada a uma alimentação inadequada, ao sedentarismo e, por conseguinte, a obesidade. Tais fatores de risco configuram-se como importantes causas para o desenvolvimento da DAOP e demais doenças crônicas como a HAS e o DM. Resultado semelhante foi encontrado por Silva, Yokoo e Costa (2013) que relacionaram a inatividade física com o baixo nível escolar e afirmaram que essa inatividade predispõe a um estilo de vida não saudável.

A esse respeito, Bastos et al (2012) concluíram em um estudo realizado com 449 homens com idade entre 20 e 59 anos residentes em Campinas- São Paulo, que o menor período ou o tempo de atividade escolar, está associado a hábitos não saudáveis e, portanto, maior consumo de bebida alcoólica, sedentarismo, alimentação inadequada e tabagismo.

Malta e Menrhy (2010) relatam que a falta de ações que previnam o adoecimento da população e promovam a saúde do indivíduo, como a prática de atividade física, pode ser compreendida como uma falha no processo de gerenciamento do setor saúde. Pois, medidas de prevenção e promoção da saúde devem ser estimuladas a fim de evitar a entrada do indivíduo doente nas redes de serviços. Logo, a ausência do hábito de exercitar-se ou o sedentarismo representa um problema que se agrava a cada dia na sociedade contemporânea, é intrigante que esse hábito saudável, de baixo ou nenhum custo seja tão pouco explorado.

Somado a essa realidade, a pesquisa identificou, também, elementos de grande complexidade quanto ao diagnóstico, tratamento e evolução da doença arterial periférica. Estando a DAOP intimamente relacionada com questões de ordem socioeconômica como a baixa escolaridade, que predispõe a um estilo de vida não saudável com importante prevalência do tabagismo, sedentarismo e alimentação inadequada com pouco consumo de frutas, verduras e hortaliças e elevada ingestão de frituras e refrigerantes. (MARKDISSE et al, 2008; SILVA et al., 2012).

Tais achados corroboram com o resultado de outros pesquisadores onde a questão social emergiu como um elemento de grande relevância na prevalência de importantes fatores de risco para a DAOP (PANICO et al., 2009; GAROFOLO; FERREIRA; JUNIOR, 2013; VAZ et al., 2013; SALES et al., 2015).

No que tange aos fatores de risco para o desenvolvimento da DAOP, os pacientes demonstraram desconhecer tais fatores, sobretudo a influência da HAS e do DM, haja vista muitos informaram que não

acompanham seus níveis pressóricos, consideram seu diabetes de baixa intensidade e não realizam acompanhamento de tais comorbidades na rede básica de saúde. Nessas condições, é importante ressaltar que a HAS e o DM encontram-se entre os fatores de risco mais comuns para o surgimento e progressão da DAOP e, portanto, se não tratados corretamente contribuem com a evolução da doença para casos clinicamente mais graves (PANICO et al., 2009; ROLIM et al., 2015).

Diante dessa perspectiva, foi identificada entre os participantes do estudo uma consciência, ainda que elementar da necessidade em adquirir hábitos de vida saudáveis, no intuito de controlar a doença.

Entretanto, quanto ao diagnóstico médico os pacientes demonstraram pouco conhecimento acerca de sua doença, pondo em evidência um conjunto de problemas com raízes profundas dentro da dinâmica hospitalar, na qual a velocidade com que os procedimentos são executados, a agilidade dos profissionais que ali atuam, bem como o predomínio das tecnologias duras, mostra-se como os grandes regentes do hospital. Nota-se uma necessidade em exaltar a importância da comunicação terapêutica, da empatia e da educação em saúde na alta complexidade, a fim de tornar o paciente o principal responsável pelo seu processo de saúde e doença, como também torná-lo capaz de decidir e discutir sobre o tratamento proposto (BRONDANI et al., 2010).

Houve similaridade entre esse estudo e o resultado encontrado por Diniz e Pires (2010), uma vez que ambas as pesquisas obtiveram um percentual superior a 60% no que se refere aos pacientes com DAOP que desconheciam seu diagnóstico. Nessas condições, a DAOP foi interpretada por essa população como uma doença aguda, de surgimento súbito. O fato de compreender a doença como súbita, está relacionado com sua evolução silenciosa, o que transmite a falsa impressão de uma condição de início inesperado (PANICO et al., 2009).

Desse modo, é essencial consolidar o conhecimento do paciente acerca de seu diagnóstico e, principalmente, da necessidade do controle dos fatores de risco da doença. Pois, do contrário o agravamento da DAOP será uma realidade com o transcorrer do tempo. Assim fazendo, o processo de educação em saúde durante a permanência no hospital configura-se como uma etapa vital para êxito do tratamento, todavia esse processo deve se estender a comunidade, devendo o conhecimento se renovar continuamente e adaptar-se diante da dinamicidade do viver de cada um.

A baixa escolaridade dos pacientes entrevistados representou um elemento de grande relevância no que se refere à compreensão de seu processo de saúde e doença, assim como das informações discutidas durante a internação hospitalar. Diante de tais considerações, alguns

questionamentos surgem perante o exposto: seria o baixo nível de instrução do paciente com DAOP o principal fator para o pouco conhecimento acerca de sua doença? Qual a responsabilidade dos profissionais de saúde defronte a essa problemática? O processo de educação em saúde não estaria sendo negligenciado pelos profissionais da área?

Entende-se que o paciente deve ser o principal responsável pela sua recuperação e permanência de seu bem-estar, entretanto para que tal afirmação faça-se verdade, é essencial que o poder de decisão esteja com o protagonista do cuidado. Mas, como decidir entre fumar ou abandonar o tabagismo? Entre exercitar-se ou manter-se sedentário? Ou ainda, o que comer? Como preparar os alimentos? O poder de decisão ou escolha torna-se inviável se o paciente desconhece os fatores que contribuíram com o seu adoecimento, existe uma grande possibilidade mediante esse desconhecimento que os maus hábitos de vida sejam mantidos.

Quanto às dificuldades enfrentadas no domicílio, a realização correta do curativo representa um ponto de grande preocupação dos pacientes após a alta hospitalar. Na realidade, a apreensão no que refere cicatrização da lesão é justificada pelo impacto que a ferida ocasiona na vida de cada paciente, uma vez que está associada a diversos componentes de ordem emocional. A lesão trófica pode ser a causa de um afastamento social, conjugal, profissional ou, ainda, a associação de tais questões. O fato é que a carga emocional de ser portador de uma ferida ou ter sido submetido a amputações seja de ordem maior ou menor, exige um novo olhar sobre si mesmo e necessita do amparo profissional para o enfrentamento dessa nova condição (FONSECA et al., 2012).

Portanto, o acompanhamento da lesão trófica por um profissional de saúde pode ser determinante no tratamento do paciente, pois tais feridas apresentam um processo de cicatrização longo, que exige uma avaliação diária quanto a sua evolução e características. Entende-se que a troca do curativo representa um momento de grande importância, pois é a ocasião ideal para se avaliar os elementos que compõe o processo cicatricial, tais como: cor, odor, exsudação, tamanho e pele perilesional. A evolução da lesão trófica transcende o processo de restauração dos tecidos e denota, também, aspectos como o estado nutricional, a condição clínica do paciente e, ainda, o sucesso da terapêutica proposta. Portanto, o acompanhamento inadequado ou olhar inexperiente do cuidador diante da ferida podem propiciar o agravamento de uma condição de saúde ou postergar o processo de recuperação do paciente (FONSECA et al, 2012).

A aquisição dos medicamentos prescritos durante a internação hospitalar surgiu como um fator dificultador na adesão ao tratamento da

doença, visto que nem todos os medicamentos prescritos são facilmente distribuídos pelo SUS, segundo os entrevistados. Os pacientes relataram, ainda, que em momentos de paralisação dos serviços públicos de assistência à saúde, tal como as redes básicas, a distribuição desses fármacos é paralisada, implicando, com isso, na suspensão da terapia medicamentosa.

A dificuldade em compreender as orientações dos profissionais de saúde, como também o pouco esclarecimento no que tange ao seu diagnóstico e prognóstico da doença mostraram-se presentes. Desse modo, Diniz (2010) destaca a importância da utilização de uma linguagem clara com esse público, uma vez que os termos de cunho científico ou o uso de elementos linguísticos de grande complexidade dificultam o entendimento dos pacientes.

Baseado em tais observações, a rede de apoio ao paciente com DAOP apresentou-se como um diferencial após a alta hospitalar, pois muitos são os questionamentos, as dificuldades e incertezas frente ao diagnóstico da doença. Dessa forma, o apoio de familiares, amigos, profissionais e redes de assistência à saúde representa um elemento fundamental para o enfrentamento da doença (TAVARES; SILVA, 2013).

O apoio familiar emergiu como um aspecto de grande relevância e um diferencial no que tange a continuidade do tratamento após a alta hospitalar, sendo o apoio da família um agente facilitador desse processo (BRONDANI et al., 2010).

Tais resultados reafirmam a importância das relações sociais enquanto indivíduo do mundo. Fonseca et al. (2012) e Barros et al. (2012) afirmam que os laços de afeto estabelecidos entre familiares, cuidadores, amigos favorece o processo de recuperação do paciente, estimula a sua autoestima e autocuidado. Assim, o paciente sente-se acolhido e emocionalmente mais fortalecido para enfrentar e adaptar-se a sua nova condição.

Nesse sentido, observa-se a educação em saúde como uma etapa primordial do processo de trabalho dos profissionais de saúde, uma vez que tem a finalidade de orientar, esclarecer, encaminhar, transformar e conduzir o indivíduo a caminhos anteriormente não vislumbrados. A educação propicia modificações no agir, nos valores, nas convicções, no enxergar o mundo do indivíduo (SANTOS et al, 2011). Nesse sentido, torna-se possível a transição do entrever de um mundo inerte, para o vislumbrar de uma realidade que se modifica, se renova e se recria, ou seja, a educação é um meio de formar indivíduos capazes de mudar não somente a sua realidade, mas também do mundo que está (FREIRE, 2014).

Portanto, estimular a educação é uma estratégia factível dentro no universo da saúde e em todas suas esferas de assistência, uma vez que esse necessita ser iniciada e continuamente renovada, visto a dinamicidade do viver.

Todavia, as ações de educação em saúde ainda são desafiadoras, principalmente, no complexo ambiente hospitalar, onde existe o predomínio de tecnologias duras e intensa velocidade dos acontecimentos. Diante dessa realidade, a utilização de recursos que otimizem o processo de educação em saúde e estimule o preparo do paciente para a alta hospitalar representa uma estratégia na busca pela continuidade do tratamento. A esse respeito, pode-se dizer que a alta hospitalar configura-se como um momento delicado e de grande ansiedade, havendo uma transição do cuidado profissional para o cuidado domiciliar, realizado tanto pelo paciente, quanto por seus familiares.

Um estudo realizado com cuidadores de pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE) em um hospital universitário no Rio Grande do Sul apontou uma falta de preparo dos acompanhantes, familiares e pacientes para a alta hospitalar, uma vez que manifestaram insegurança perante a aproximação da alta. Observou-se paralelamente que as informações colocadas pelos profissionais foram pouco esclarecedoras e individualizadas (COBUCCI; REIS, 2011).

Assim como em outras pesquisas, a necessidade de um maior esclarecimento ao portador da DAOP sobre a sua doença e os motivos que o levou ao adoecimento fez-se presente no transcurso desse estudo, sendo educação em saúde uma peça fundamental desse processo (FERREIRA; JUNIOR, 2013; VAZ et al., 2013; SALES et al., 2015).

Objetivando melhor preparar o paciente para a alta hospitalar, Oliveira, et al. (2014) abordam o uso da tecnologia em saúde como um olhar além da cura ou conforto da doença, mas sim como uma forma de integrar o indivíduo com todos os aspectos que fazem parte de seu viver. As autoras pontuam a tecnologia educativa em saúde como eficaz e indicam sua utilização para os mais diversos assuntos, afirmando-a como um meio de interatuar com o público alvo a fim de esclarecer pontos ainda obscuros de sua doença.

Dentre as tecnologias educativas utilizadas na educação em saúde, a cartilha é entendida como um instrumento facilitador, uma vez que possibilita apresentar os conteúdos de uma forma lúdica e atrativa. Segundo Grippo e Fracolli (2008) a cartilha fomenta a discussão entre os profissionais, pacientes e familiares, gerando uma reflexão crítica acerca de sua atual realidade, fortalecendo, com isso, a autoconfiança do indivíduo. Assim fazendo, a cartilha caracteriza-se como um instrumento

de saúde válido e de fácil compreensão, fato esse que auxilia na adesão ao tratamento proposto e, conseqüentemente, na construção de um pensar voltado a uma nova forma de viver.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Os resultados desse estudo apontam para a necessidade da realização de um melhor planejamento para alta hospitalar de pacientes com DAOP, de modo que o processo de educação em saúde perpassa por todas as etapas da internação hospitalar, tendo seu início no acolhimento do paciente e sua finitude através da contrarreferência.

Verificou-se que os pacientes diagnosticados com DAOP possuem pouco conhecimento acerca do seu diagnóstico e dos fatores de risco para o desenvolvimento e evolução da doença. Fato, tal, que contribui para o agravamento de sua condição de saúde, podendo ocasionar, em casos mais graves, mutilações e óbitos.

Foi visto, ainda, que o processo de educação em saúde tem sido uma atividade de pouco prestígio entre os profissionais da área, pois alguns pacientes relataram desconhecer completamente o seu diagnóstico. É possível que fatores como a sobrecarga de trabalho esteja relacionada com essa problemática, visto que o hospital configura-se com um ambiente de grande complexidade e altamente tecnológico, o que pode dificultar as relações humanas e a interação entre paciente e profissional.

Entretanto, a tecnologia em saúde pode e deve ser utilizada com objetivo de facilitar o processo de educação em saúde e quando bem aplicada excelentes resultados são alcançados, sobretudo no que tange ao preparo do paciente para alta hospitalar. O fato é que imponentemente do caminho a ser seguido, faz-se necessário uma reflexão acerca de como o processo de educação em saúde vem sendo realizado entre as três esferas de assistência a saúde, pois entende-se que a promoção da saúde e a manutenção do bem-estar do paciente encontram-se diretamente relacionadas a conscientização dos fenômenos que anteveram o seu adoecimento, assim como das medidas necessárias para o defronte da doença.

Visualizar o paciente em sua integralidade e propor uma terapêutica holística e individualizada configura-se como uma necessidade dentro do setor saúde. Convém, no entanto que esse tratamento tenha como foco principal os fatores que levaram a instalação da doença, de modo que seja possível conhecer as suas causas e os meios de prevenir sua progressão.

Dessa forma, observou-se que a compreensão do paciente quanto à cronicidade de seu diagnóstico, o entendimento dos fatores de risco para o surgimento da doença, bem como a presença de uma rede de apoio social eficiente apresentam-se como elementos determinantes no êxito e na adesão a terapêutica prescrita.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, T.F. et al . Men's health: a population-based study on social inequalities. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2133-2142, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2016.
- BARROS, E.J.L. et al . Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 95-101, 2012 .
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRONDANI, Cecília Maria et al . Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis , v. 19, n. 3, p. 504-510, 2010.
- CAIAFA, J.S. et al . Atenção integral ao portador de pé diabético. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 10, n. 4, supl. 2, p. 1-32, 2011.
- CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I.S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1143-1153, 2011.
- CORRÊA, A.C. de P.; DÓI, H.Y. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde da família em Cuiabá. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 104-110, 2014.
- CUNHA, K.S. da; ERDMANN, A.L.; HIGASHI, G.D.C. et al. Revascularização do miocárdio: desvelando estratégias de referência

e contrarreferência na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 295-304, 2016.

DINIZ, J.N.; PIRES, R.C.C.P. Percepção da doença arterial obstrutiva periférica por pacientes classe I ou II de Fontaine de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 124-130, 2010.

FONSECA, César et al. A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 480-486, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200029&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 48. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GABRIEL, S.A. et al. Peripheral arterial occlusive disease and ankle-brachial index in patients who had coronary angiography. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 22, n. 1, p. 49-59, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-76382007000100011&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 3 jul. 2015.

GAROFOLLO, L.; FERREIRA, S.R.G.; MIRANDA JUNIOR, F.. Biomarcadores inflamatórios circulantes podem ser úteis para identificar doença arterial obstrutiva periférica mais grave. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 182-191, 2014.

GRIPPO, M.L.V.S.; FRACOLLI, L.A. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 430-436, 2008.

HOSPITAL UNIVESITÁRIO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO. **Estruturas/Setores**. 2016. Disponível em : <<http://www.hu.ufsc.br/>>. Acesso em: 03 mar 2016.

LOPES, P.R. et al. Triagem pré-participação em exercício físico em pacientes com doença arterial periférica. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v.11, n. 3, p. 194-198, 2012.

MAKDISSE, M. et al. Prevalence and risk factors associated with peripheral arterial disease in the hearts of Brazil project. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.91, n.6, p. 402-414, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001800008>. Acesso em: 14 mai. 2014.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.14, n.34, p. 593-606, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2014.

MARINHO, J.C.B.; SILVA, J.A. da. Concepções e implicações da aprendizagem no campo da educação em saúde. **Ensaio Pesquisa em Educação e Ciência**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 351-371, 2015 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-21172015000200351&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 ago. 2016.

MIGOWSKI, A. et al . Acurácia do relacionamento probabilístico na avaliação da alta complexidade em cardiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 269-275, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2016.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NETO, S.S.; NASCIMENTO, J. L. M. do. Doença arterial obstrutiva periférica: novas perspectivas de fatores de risco. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 21, n. 2, p. 35-39, 2007. Disponível em:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072007000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 jul. 2011.

NUNES, F.G.F. et al. Índice Tornozelo-Braquial em Pacientes de Alto Risco Cardiovascular. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 94-101, 2012. Disponível em:

<<http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/v25n2/v25n02a02.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

OLIVEIRA, P.M.P. de; PAGLIUCA, L.M.F. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre

amamentação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 205-212, 2013.

PANICO, M.D.B. et al. Prevalência e fatores de risco da doença arterial periférica sintomática e assintomática em hospital terciário, Rio de Janeiro, Brasil. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre , v. 8, n. 2, p. 125-132, 2009 .

PROTASIO, A.P.L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1o ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp, p. 209-220, 2014.

REIS, P.E.O. et al. Isquemia de Membros Inferiores: perspectiva atual da terapia celular e terapia gênica. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 330-339, 2012. Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/v25n4/v25n04a09.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2013.

REIS, P.G.T. de A. et al. Orientações de alta: cartões padronizados ajudam na compreensão dos pacientes do pronto socorro? **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 335-341, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912013000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2014.

ROLIM, D. et al . Mortalidade depois da amputação. **Angiologia e Cirurgia Vascular**, Lisboa , v. 11, n. 3, p. 166-170, set. 2015. Disponível em:<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-706X2015000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 mar. 2016.

SALES, A.T. do N. et al . Identification of peripheral arterial disease in diabetic patients and its association with quality of life, physical activity and body composition. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre , v. 14, n. 1, p. 46-54, 2015.

SANTOS, Z.M. de S.A.; CAETANO, J.A; MOREIRA, F.G.A. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial : uma tecnologia educativa em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4385-4394 ,2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2016.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H. de A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, 2010.

SCHERR, C.; RIBEIRO, J. P. Gender, age, social level and cardiovascular risk factors: considerations on the Brazilian reality. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, vol. 93, n. 3, p.e54-e56, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009000900022&script=sci_arttext&lng=en>. Acesso em: 10 mar. 2014.

SILVA, R. de C.G. et al. Limitação funcional e claudicação intermitente: impacto das medidas de pressão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 98, n. 2, p. 161-166, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2014.

SUZUKI, V.F.; CARMONA, E.V.; LIMA, M.H.M. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 527-532, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2016.

TAVARES, R. dos S.; SILVA, D.M.G.V. da. A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.34, n.3, p. 14-21, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2017.

TEIXEIRA, J.P.D. de S.; RODRIGUES, M.C.S.; MACHADO, V.B. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 186-196, 2012.

TORRES, A.G.M. et al. Prevalência de alterações do índice tornozelo-braço em indivíduos portadores assintomáticos de doença arterial obstrutiva periférica. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 25, n. 2, p. 87-93, 2012.

POLIT, F.D.; Beck, T.C. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Tradução de Denise Regina de Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

VAZ, C. et al. Doença Arterial Periférica e Qualidade de Vida.
Angiologia e Cirurgia Vascular, Lisboa, v.9, n.1, p. 17-23 2013.

Disponível em:

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646706X2013000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2014.

5.2 CARTILHA EDUCATIVA: ORIENTAÇÕES PARA A ALTA HOSPITALAR DOS PACIENTES PORTADORES DE DAOP

PRODUTO:

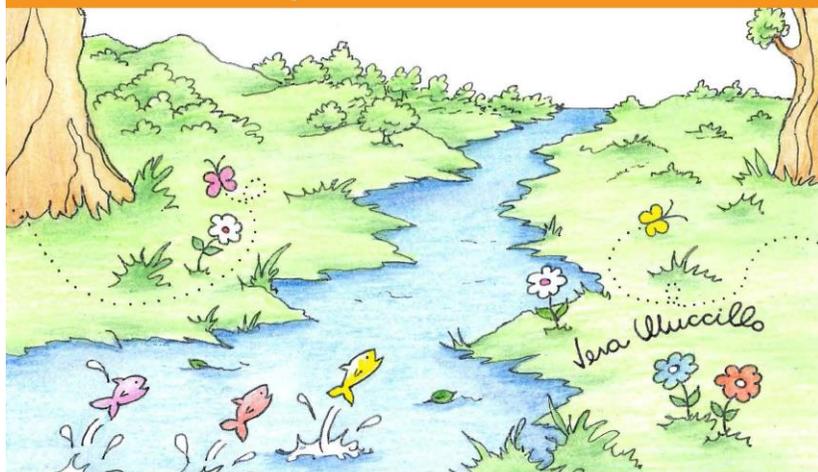
A realização desse estudo possibilitou a elaboração de uma cartilha educativa que tem como foco principal o preparo do paciente com DAOP para alta hospitalar. Diante dessa perspectiva, a utilização de uma tecnologia educativa como a cartilha contribui para uma melhor compreensão do diagnóstico, dos fatores que levaram ao adoecimento, bem como das práticas que contribuem para o processo de recuperação e manutenção do bem-estar do paciente.

A cartilha foi elaborada com base no conhecimento do paciente acerca de seu diagnóstico, os seus hábitos de vida e as dificuldades encontradas no manejo da doença no domicílio. Tais informações foram identificadas através da realização de entrevistas com portadores da DAOP, internados para tratamento da doença. Nesse sentido a cartilha foi construída com os seguintes tópicos: definição do que é DAOP; os seus sinais e sintomas; os fatores de risco para o seu desenvolvimento e evolução e o tratamento da doença.



Doença Arterial Obstrutiva Periférica

Orientações Para Alta Hospitalar de Pacientes com
Doença Arterial Obstrutiva Periférica





Universidade Federal de Santa Catarina Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem

Autoras

Tatiana Martins: é enfermeira do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – UFSC. Mestranda da Pós-Graduação Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem MPENF/UFSC.

Nádia Chiodelli Salum: é enfermeira do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – UFSC. Doutora em Enfermagem e docente do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem MPENF/UFSC.

Melissa Onório Horlandi Locks: é enfermeira, Doutora em Enfermagem e professora adjunta do Departamento de Enfermagem/UFSC.

Ilustração

Vera Muccillo

Diagramação

Paulo F. Gonçalves

Ficha Catalográfica

M386d Martins, Tatiana

Doença arterial obstrutiva periférica : orientações para alta hospitalar de pacientes com doença arterial periférica / Tatiana Martins, Nádia Chiodelli Salum, Melissa Honório Orlandi Locks ; ilustração Vera Muccillo. – Florianópolis, 2017.
32f. : il.

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, 2017.

Inclui referência

1. Enfermagem. 2. Doenças vasculares periféricas – Pacientes - Cuidado e tratamento. 3. Alta do paciente. 4. Manual de orientações. 5. Cuidados de enfermagem. I. Salum, Nádia Chiodelli. II. Locks, Melissa Honório Orlandi. III. Muccillo, Vera. IV. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. V. Título.

CDU: 616-083

Doença Arterial Obstrutiva Periférica

Orientações para alta hospitalar de pacientes com doença arterial obstrutiva periférica

Índice

Apresentação	5
Introdução	6
O que é Doença Arterial Obstrutiva Periférica?	6
O que são artérias?	7
O que é sangue arterial?	7
O que é Aterosclerose?	8
Quais os sinais e sintomas da Doença Arterial Obstrutiva Periférica?	9
Quais os principais fatores de risco da Doença Arterial Obstrutiva Periférica?	12
Qual o tratamento da Doença Arterial Obstrutiva Periférica?	17
Programas na atenção básica de saúde que podem lhe ajudar a controlar a Doença Arterial Obstrutiva Periférica.	22
Dedique um tempo do seu dia para cuidar dos pés!	24
Acompanhe sua pressão	26
Acompanhe sua glicemia	27
Referências	28

Apresentação

O Hospital Universitário (HU) de Santa Catarina é uma instituição de saúde de caráter público e vinculado a Universidade Federal de Santa Catarina que contempla o ensino, a pesquisa e a extensão. Caracteriza-se como um hospital de médio porte, de alta complexidade, sendo referência para todo o Estado nas mais diversas especialidades.

Nesse contexto, a educação em saúde faz parte do trabalho realizado pelos servidores dentro do Hospital Universitário, com o objetivo de melhor orientar os pacientes atendidos na instituição. Pensando nisso, essa cartilha foi desenvolvida para que você e seus familiares possam conhecer um pouco mais sobre a doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) e os cuidados necessários após a saída do hospital.

Introdução

O serviço de assistência hospitalar tem como finalidade atender o indivíduo doente em situações agudas ou de agudização da doença pré-existente, objetivando restabelecer a saúde e o bem estar do paciente

Tendo em vista a importância da educação em saúde durante a internação hospitalar, foi elaborada uma cartilha educativa com a finalidade de melhor orientar o paciente portador da doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) acerca de seu diagnóstico, auxiliá-lo no processo de autocuidado e estimular a adesão ao tratamento da doença ao retornar para o domicílio.

O que é Doença Arterial Obstrutiva Periférica?

A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) é um processo obstrutivo, que prejudica a chegada do sangue nas regiões periféricas, como os membros inferiores (o membro inferior é composto por nádega, coxa, perna e pé). Esse fenômeno ocorre devido ao estreitamento das artérias, que são responsáveis por levarem sangue arterial para diversas partes do corpo humano. Normalmente, a obstrução ou entupimento das artérias é ocasionado por uma doença chamada aterosclerose.

Atenção!

A DAOP está diretamente relacionada com doenças cardíacas e cerebrais, assim o risco de eventos como infarto e derrame é maior em pacientes com doença arterial obstrutiva periférica .

O que são artérias?

Artérias são vasos sanguíneos que levam sangue rico em oxigênio e nutrientes para todo o corpo. Possuímos diferentes artérias e cada uma tem tamanho e características adequadas para sua função.

O que é sangue arterial?

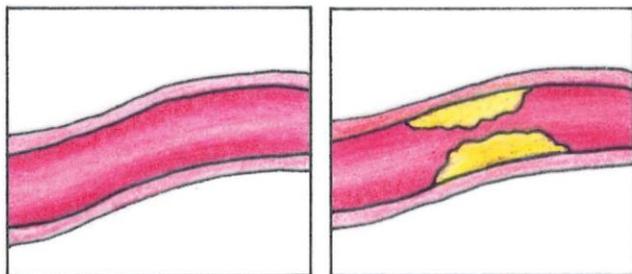
Sangue arterial é o sangue rico em oxigênio, a mesma substância que respiramos em nos mantém vivos!

O que é Aterosclerose?

A aterosclerose é uma doença que atinge diferentes partes do corpo e que ocasiona alterações na estrutura das artérias, levando ao estreitamento desses vasos e, conseqüentemente, a uma diminuição do espaço por onde o sangue arterial deve circular.

Assim, a quantidade de sangue que circula por essas artérias doentes muitas vezes é menor que o ideal, podendo não ser suficiente para irrigar as diferentes estruturas do corpo.

Embora a aterosclerose tenha como uma das principais causas o excesso de colesterol no sangue, outros fatores como diabetes mellitus, obesidade, pressão alta, cigarro, infecção e a falta de exercício físico são alguns dos elementos que podem influenciar diretamente o desenvolvimento ou na progressão da aterosclerose.



Quais os sinais e sintomas da Doença Arterial Obstrutiva Periférica?

Os sinais e sintomas da DAOP dependem do estágio em que a doença se encontra. Os mais comuns são:

Dor ao caminhar com melhora em repouso

Esse sintoma chama-se claudicação intermitente e é ocasionado pelo desequilíbrio entre a quantidade de sangue arterial que chega e a quantidade de sangue arterial que o músculo necessita durante a caminhada. Ou seja, chega menos sangue que o necessário para o músculo realizar o movimento e o corpo sinaliza através da dor ao caminhar.

Normalmente, a claudicação intermitente se manifesta com uma sensação de formigamento ou queimação em panturrilha (batata da perna), na coxa ou no glúteo (nádega) durante a caminhada, com melhora do desconforto em repouso .



Dor constante com pouca ou nenhuma melhora em repouso

Esse sintoma é definido como dor isquêmica em repouso. Nesse estágio da doença, o desconforto em regiões como perna e pé pode aparecer subitamente ou ser resultado da evolução da doença arterial obstrutiva periférica ao longo do tempo. A dor é intensa e está presente mesmo sem o esforço físico. Normalmente, a dor isquêmica em repouso está associada a palidez (branqueamento) ou escurecimento (arroxejamento), frieza e dormência pela pouca ou a falta de circulação no local afetado.



Feridas que pioram rapidamente

Essas feridas são chamadas de lesões tróficas e representam o último estágio da doença arterial obstrutiva periférica. Normalmente, surgem de maneira inesperada e podem ter início após um trauma (como uma topada).

As lesões tróficas pioram rapidamente e, geralmente, são acompanhadas de dor intensa em razão de a circulação no local afetado encontrar-se criticamente diminuída e, por vezes, ausente.

Atenção!

Muitos pacientes com doença arterial obstrutiva periférica não apresentam sinal ou sintoma da doença, porém ela está presente e evoluindo silenciosamente para estágios mais graves. Portanto, é preciso ficar atento aos fatores de risco para a doença arterial obstrutiva periférica.



Quais os principais fatores de risco da Doença Arterial Obstrutiva Periférica?

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença arterial obstrutiva periférica são

- Idade
- Tabagismo (fumo)
- Diabetes mellitus (DM)
- Hipertensão arterial sistêmica (HAS)
- Obesidade
- Colesterol elevado

Conheça melhor os fatores de risco da DAOP

Idade

À medida que envelhecemos, aumenta o risco de desenvolvermos algumas doenças, o que é natural. Mas isso não significa que nada que possa ser feito. É possível envelhecer de maneira saudável e, para alcançarmos esse objetivo, é necessário um envelhecimento



ativo, com hábitos de vida saudáveis que previnam o surgimento de doenças. Prevenir é preciso!

Tabagismo

○ tabagismo corresponde ao hábito de fumar e está relacionado à dependência física e/ou psicológica a uma substância encontrada no cigarro: a nicotina. Tal fator de risco é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a principal causa de morte em todo o mundo.



A boa notícia é que os bons resultados por abandonar o tabagismo são imediatos

- após 20 minutos, sua pressão sanguínea e a pulsação voltam ao normal
- após 2 horas, não há mais nicotina no seu sangue
- após 8 horas, o nível de oxigênio no sangue se normaliza
- após 2 dias, seu olfato já percebe melhor os cheiros e seu paladar já degusta a comida melhor
- após 3 semanas, a respiração fica mais fácil e a circulação melhora
- após 5 a 10 anos, o risco de sofrer infarto será igual ao de quem nunca fumou

Fonte: <http://www.tabagismo.hu.usp.br/beneficios.html>

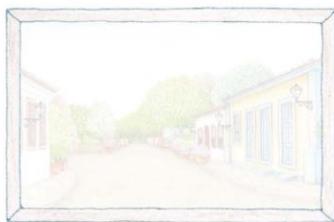
Diabetes

Diabetes é uma doença que aumenta a concentração de açúcar ou glicose no sangue. O aumento dos níveis de açúcar é conhecido como hiperglicemia.

São exemplos de sintomas do diabetes

Aumento da sede e da fome.
Grande vontade de urinar
Cicatrização demorada
Infecções frequentes
Diminuição de concentração
Visão embaçada

O diabetes pode ser identificado através de exames laboratoriais simples, portanto, acompanhe sua saúde e realize seus exames sempre que solicitado por seu médico.



Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial ou pressão alta é o aumento da pressão que o sangue exerce na parede das artérias para circular dentro delas. O aumento da pressão nesses vasos ocasiona diversos danos a sua estrutura, o que prejudica o bom funcionamento de todo o corpo.

A pressão alta pode ser silenciosa ou pode originar sinais e sintomas que, muitas vezes, passam despercebidos, o que agrava a doença. A hipertensão está associada ao aumento do risco de derrame, infarto, doenças nos rins e a própria doença arterial obstrutiva periférica.

São sintomas de pressão alta

- Náusea
- Tontura
- Alteração na visão
- Falta de ar
- Dor de cabeça
- Sensação de cansaço



Obesidade

A obesidade pode ser compreendida como o armazenamento excessivo de gordura corporal. Ela está relacionada a diferentes fatores, por exemplo: distúrbios hormonais, sedentarismo (falta de exercício físico), características genéticas e alimentação inadequada.

A obesidade é uma doença que precisa ser tratada e prevenida, pois está associada ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, ao diabetes e a diferentes tipos de câncer.



Colesterol elevado

O colesterol alto nada mais é que o excesso dessa gordura no sangue. Os altos níveis de colesterol contribuem para a formação de placas de gordura na parede das artérias, tornando difícil a passagem do sangue. Esse entupimento das artérias é a principal causa de infartos e derrames.

Fique atento. Pois colesterol alto normalmente não manifesta sinais ou sintomas, mas é facilmente identificado por meio de exames de sangue. Fale com o seu médico.

Qual o tratamento da Doença Arterial Obstrutiva Periférica?

O tratamento da doença arterial obstrutiva periférica depende do estágio em que a doença se encontra e, portanto, varia de acordo com cada paciente, podendo ser somente clínico ou estar associado a alguma técnica cirúrgica.

O tratamento clínico, representado pelo controle dos fatores de risco, é comum a todos os pacientes diagnosticados com doença arterial obstrutiva periférica. Nesse tratamento geralmente são utilizados medicamentos para melhorar a circulação sanguínea e controlar o diabetes, as taxas de colesterol no sangue e a pressão alta. Parar de fumar, controlar o peso, exercitar-se quando recomendado pelo médico e se alimentar de maneira mais saudável são recomendações fundamentais para o tratamento clínico da DAOP.

Acredite

O exercício físico, quando recomendado, desempenha um papel surpreendente no que se refere à melhora dos sintomas da doença, aumentando a capacidade de caminhada do paciente e, por isso, proporciona uma melhor qualidade de vida.

E a cirurgia?

Nos casos em que já existe um grande comprometimento da circulação sanguínea ou da qualidade de vida do paciente, o tratamento clínico sozinho pode não ser suficiente. Em situações como essa, a realização de procedimentos cirúrgicos para melhorar a circulação do sangue no local afetado é uma alternativa, mas cabe ao cirurgião vascular definir se existe indicação, qual a técnica mais indicada e o momento mais adequado para o procedimento.

Não esqueça

Independentemente do tratamento recomendado pelo médico durante a sua internação hospitalar, o controle do diabetes, da pressão alta e da alimentação farão parte da sua rotina após a alta hospitalar. Parar de fumar também é essencial para o sucesso do seu tratamento.

Atenção!

É importante compreender que a doença arterial obstrutiva periférica não tem cura, que a cirurgia representa uma parte importante do tratamento, mas o sucesso desse procedimento depende, principalmente, dos cuidados com a saúde que o paciente terá ao retornar para a sua casa.

Atenção!

É indispensável acompanhar se o tratamento prescrito pelo médico, tanto para o diabetes, quanto para hipertensão (pressão alta), estão alcançando os resultados esperados;

Para isso:

Acompanhe, na unidade básica de saúde ou em sua casa, os valores da sua glicemia (glicose no sangue) e da pressão arterial;

Retorne ao profissional que prescreveu o tratamento sempre que recomendado por ele, dessa forma é possível controlar esses dois fatores e prevenir os danos causados pela doença.



É possível que você esteja se perguntando: o que fazer agora que descobri a doença? E quando eu deixar o hospital, como vou me cuidar? Então vamos lá!

O primeiro passo é entender que, após sair do hospital, muito ainda precisa ser feito e você é o principal responsável por sua recuperação!

1. Caso seja necessário realizar curativos em casa, peça a um profissional, durante a internação hospitalar, que lhe explique como está sendo realizado o seu curativo. Solicite também que registre esse cuidado em um papel antes de sua saída do hospital, assim, ao retornar para sua casa, menos dúvidas irão surgir durante a realização do curativo. Busque ajuda de profissionais ou familiares sempre que possível para a troca do curativo.

2. É muito importante, após a alta hospitalar, o acompanhamento da ferida e a realização do curativo por um profissional habilitado, portanto utilize a unidade básica de saúde de sua comunidade durante o seu tratamento.

3. Conheça e controle os fatores de risco para a doença. Essa etapa é fundamental para o seu tratamento e diminui as chances de a doença evoluir para estágios mais graves.



4. Se você for hipertenso ou diabético, o controle desses dois fatores são essenciais no tratamento da DAOP. Faça o acompanhamento rigoroso junto à unidade básica de saúde de seu bairro ou com um profissional de sua escolha.

5. Caso você seja diabético, faça uma avaliação diária dos seus pés, observe a presença de bolhas, rachaduras, mudanças na cor ou temperatura. Peça ajuda a um familiar para a avaliação se preciso. (Consultar quadro da página 24).

6. Caso o seu médico recomende, não deixe de se exercitar. Estudos apontam que a prática de exercício físico, quando indicada, melhora a circulação nos membros inferiores e possui resultados semelhantes a alguns procedimentos cirúrgicos.



7. Liberte-se do cigarro! O hábito de fumar representa um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento e evolução da doença arterial obstrutiva periférica para os estágios mais graves, portanto, se você fuma, procure um profissional de saúde e busque alternativas que lhe ajude a parar de fumar. Os benefícios são imediatos.

8. Alimente-se da maneira mais saudável possível e controle o seu peso. O excesso de

peso prejudica a circulação do sangue e aumenta o risco de doenças cardiovasculares

9. Siga corretamente a prescrição médica. Certifique-se quanto ao uso correto dos medicamentos e, antes de sair do hospital, tire todas as suas dúvidas. Não deixe de buscar ajuda caso encontre alguma dificuldade em casa.

10. Continue acompanhando a sua saúde na unidade básica mais próxima, pois, além de se manter saudável, evita também novas internações hospitalares.

Programas na atenção básica de saúde que podem lhe ajudar a controlar a doença arterial obstrutiva periférica.

Programa Nacional de Controle do Tabagismo

É um programa disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio das unidades básicas de saúde e que auxilia o fumante, através de um conjunto de ações, a abandonar o uso do tabaco.

Farmácia Popular

É um programa criado pelo Governo Federal que amplia o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns dentre a população.

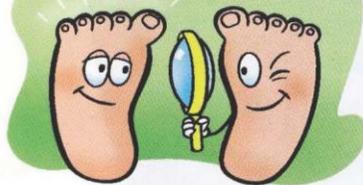
Nesse caso, o medicamento é pago, porém com uma redução no preço de 90% com relação ao valor de mercado.

Melhor em casa – Serviço de atenção domiciliar

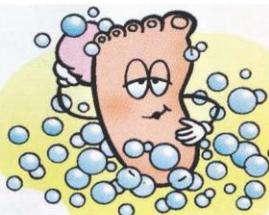
Trata-se de um serviço disponibilizado pelo SUS às pessoas que apresentam dificuldade de sair de casa para realizar seu tratamento nas unidades de saúde e que necessitam de acompanhamento dos diferentes profissionais.

Dedique um tempo do seu dia para cuidar dos pés!

Examinar os pés diariamente e ver se não há bolhas, rachaduras, cortes, pele seca ou vermelhidão.



Usar creme para amaciar (entre os dedos, não!).



Lavar os pés diariamente com sabão neutro e água morna (quente, não!).



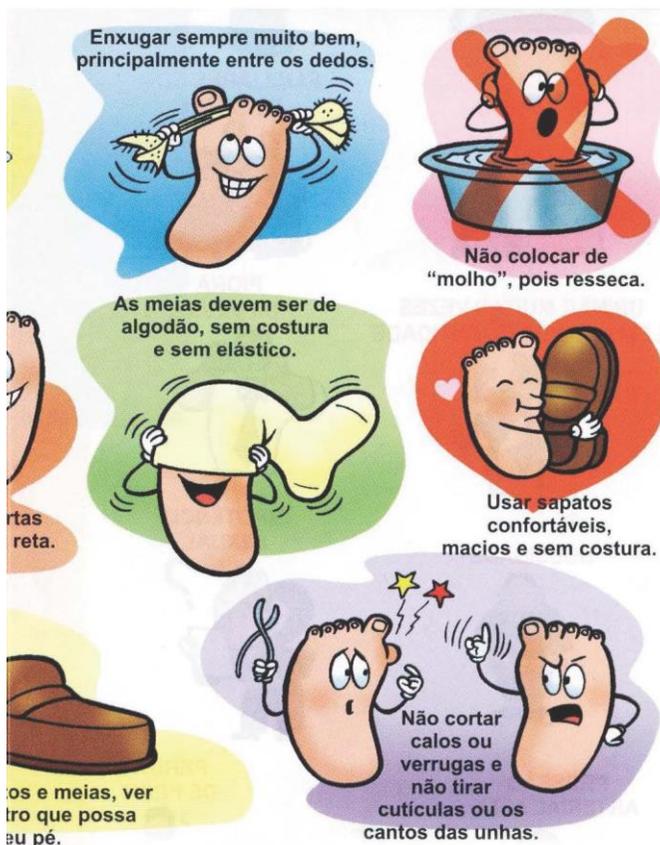
Cortar as unhas não muito curtas com tesoura própria e em linha.



Não andar descalço nem usar sandálias, salto alto ou sapato apertado.



Antes de calçar sapato se não há nada de machucar se



Fonte: Imagem Google. Disponível em: <http://adoed.com/atividade-grupo-616>. Acesso em nov. 2016.

Acompanhe sua pressão

Data e hora da aferição	Valor da PA (mmHg)	Observações	Ass. profissional
	×		
	×		
	×		
	×		
	×		
	×		
	×		
	×		
	×		
	×		
	×		
	×		

Acompanhe sua glicemia

Data e hora da glicemia	Valor da glicemia (mg/dl)	Observações	Ass. profissional
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		

Referências

AZIZI, Marco Antonio Alves. Índice tornozelo-braço nos pacientes submetidos à programa de exercício supervisionado. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 108-111, 2015 .

BRANDÃO, D.; COSTA, C.; MANSILHA, A. Angiogênese e Arteriogênese na Doença Arterial Periférica. **Angiologia e Cirurgia Vascular**, Lisboa, v. 8, n. 2, p. 53-59, 2012 .

BRASIL, Ministério da Saúde. **SVS- Mortalidade**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>>. Acesso em 5 de out. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acesso em: 5 de out. 2016.

LOPES, P. R. et al . Triagem pré-participação em exercício físico em pacientes com doença arterial periférica. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, p. 194-198, 2012 .

MAFFEI, F.H.A. **Oclusões arteriais agudas**: Epidemiologia, etiopatogenia e fisiopatologia. In: MAFFEI, F.H.A. Doenças Vasculares Periféricas. 3ª ed., Rio de Janeiro: MEDSI; 2002.

SANTOS, V. P. dos; ALVES, C.A.S.; FIDELIS, R.J.R.; FIDELIS, C.; ARAÚJO FILHO, J.S. Estudo comparativo do Índice Tornozelo-Braquial em diabéticos e não diabéticos com isquemia crítica. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 14, n. 4, p. 305-310, 2015.

SILVA JUNIOR, J. A. da et al. Avaliação da saturação tecidual de oxigênio durante o sintoma claudicante em pacientes com doença arterial periférica. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 14, n. 4, p. 311-318, 2015.

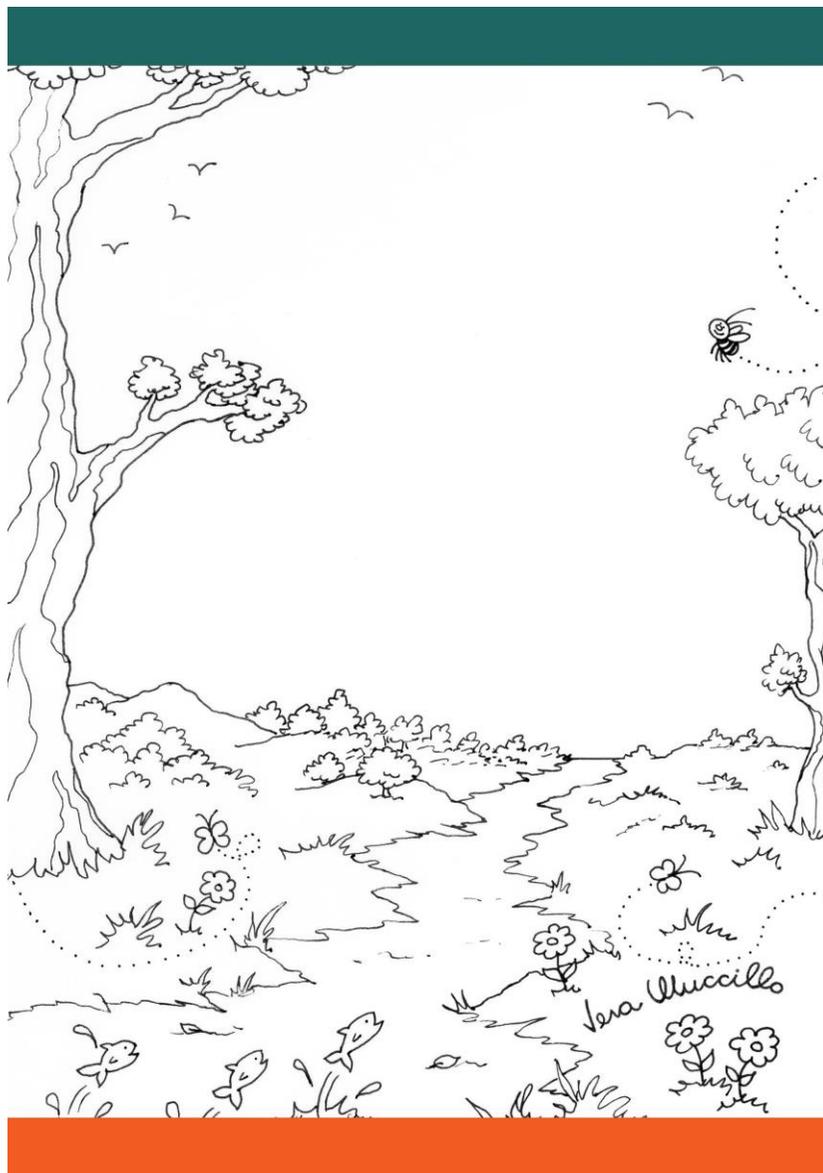
SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Você cuida do seu coração?** Cuidar do seu coração é um ato de amor a vida. SBC: São Paulo, 2016.

SBEM- Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo. **O que é a obesidade?** Humaitá: SBEM, 2016.

VENANCIO, L. de S.; BURINI, R. C.; YOSHIDA, W. B. Tratamento dietético da hiper-homocisteinemia na doença arterial periférica. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, 2010.

Organização Mundial da Saúde. Disponível em: < <http://www.paho.org/bra/>>. Acesso em: 10 de out. 2016

Anotações importantes



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo apontam para a necessidade da realização de um melhor planejamento para alta hospitalar de pacientes com DAOP, de modo que o processo de educação em saúde perpassasse por todas as etapas da internação hospitalar, tendo seu início no acolhimento do paciente e sua finitude através da contrarreferência. Foi possível identificar uma importante deficiência no processo de educação em saúde nas diferentes esferas de assistência a saúde. Haja vista que um número expressivo de pacientes portadores da DAOP desconhecia o seu diagnóstico e os fatores de risco para o desenvolvimento e evolução da doença. Embora portadores de condições crônicas como a hipertensão arterial sistêmica e o *Diabetes Mellitus* os pacientes demonstraram inabilidade quanto ao manejo desses agravos, fato que favorece a progressão da DAOP para estágios mais graves, nos quais existe um elevado comprometimento da qualidade de vida do indivíduo.

Nesse sentido, o estudo revelou que os pacientes internados para o tratamento da DAOP apesar de manifestarem, na maioria dos casos, as formas mais graves da doença, tais como: a dor isquêmica em repouso e a lesão trófica não compreendiam o seu diagnóstico, tampouco a sua cronicidade.

Semelhantemente a outros estudos, os fatores de risco como a idade, a hipertensão, o diabetes, o tabagismo, o sedentarismo e a obesidade tiveram grande influência no processo de adoecer do paciente com DAOP. Somado a essa circunstância, encontra-se a dificuldade ou o pouco esclarecimento acerca do diabetes, e da hipertensão. Os participantes demonstram um conhecimento elementar desses dois importantes fatores de risco, não sendo empregada a energia necessária para o seu controle.

Evidencia-se que a dificuldade dos pacientes em compreender as informações e orientações discutidas durante o internação hospitalar pode estar relacionada ao baixo nível de escolaridade da população, uma vez que o ensino fundamental incompleto se fez preponderante. O pouco tempo de escola além de dificultar o entendimento acerca da DAOP, estimula a permanência de hábitos de vida não saudáveis, tais como: o tabagismo, o consumo excessivo de açúcares e gordura e o sedentarismo. O sedentarismo, por sua vez, foi relato por todos os participantes do estudo o que representa um resultado preocupante.

Sabe-se que o êxito do tratamento da DAOP encontra-se entrelaçado a adesão a hábitos de vida saudáveis e, do contrário, é possível que a doença evolua rapidamente com o transcorrer do tempo,

ocasionando importante agravamento da condição clínica do paciente. Portanto, torna-se claro a necessidade de se trabalhar o processo de educação em saúde de maneira mais enérgica e eficiente, sobretudo dentro da esfera terciária de assistência à saúde. Desse modo, a utilização de estratégias que facilitem tanto a compreensão do paciente, quanto a gerenciamento do tempo destinado a esse momento pelo profissional de saúde, desenha-se como um facilitador do processo de educar no setor saúde.

No que tange as dificuldades encontradas pelos pacientes após a alta hospitalar, o manejo do curativo no domicílio, o acesso aos medicamentos prescritos e a rede de apoio familiar, fizeram-se presentes. Todavia, a manejo da lesão e o acesso aos medicamentos prescritos mostraram-se pungentes nesse estudo.

Os resultados apontam para a necessidade de uma reflexão quanto a desigualdade em saúde, representado pela dificuldade de acesso ao tratamento proposto, a falta de apoio social e a privação dos direitos e garantias previstos na Constituição do Brasil. Pois, o processo de adoecimento de um indivíduo encontra-se, também, relacionado ao seu modo de viver na sociedade. Fato tal, influenciado pela renda, cultura e o modo de se enxergar enquanto indivíduo do mundo.

Nesse sentido, a tecnologia em saúde pode e deve ser utilizada com objetivo de facilitar o processo de educação em saúde e quando bem aplicada excelentes resultados são alcançados, sobretudo no que tange ao preparo do paciente para alta hospitalar. O fato é que independentemente do caminho a ser seguido, faz-se necessário uma reflexão acerca de como o processo de educação em saúde vem sendo realizado entre as três esferas de assistência a saúde, pois entende-se que a promoção da saúde e a manutenção do bem-estar do paciente encontram-se diretamente relacionadas a conscientização dos fenômenos que anteveram o seu adoecimento, assim como das medidas necessárias para o defronte da doença.

Visualizar o paciente em sua integralidade e propor uma terapêutica holística e individualizada configura-se como uma necessidade dentro do setor saúde. Convém, no entanto que esse tratamento tenha como foco principal os fatores que levaram a instalação da doença, de modo que seja possível conhecer as suas causas e os meios de prevenir sua progressão.

No que se refere aos fatores de risco para o desenvolvimento e evolução da DAOP, se não devidamente controlados propiciam o agravamento da doença para casos clinicamente mais graves com grande impacto negativo na qualidade de vida do paciente.

Desta forma, as tecnologias educativas vêm sendo apontadas como ferramentas úteis para o processo de educação em saúde. Dentre as tecnologias educativas utilizadas na educação em saúde, a cartilha é entendida como um instrumento que torna o esse processo mais efetivo, uma vez que possibilita apresentar os conteúdos de uma forma lúdica e atrativa em meio a uma linguagem demasiadamente técnica.

Assim fazendo, perceber a DAOP como uma condição crônica e que, portanto, necessita de cuidados contínuos e permanentes apresenta-se como um ponto essencial para o êxito da terapia prescrita. Tal percepção incita a introdução de hábitos de vida mais saudáveis e o abandono de práticas deletérias. Além disso, a presença de uma rede de apoio social hábil, que auxilie no enfrentamento da doença, mostra-se, também, fundamental para o sucesso do tratamento da DAOP.

Por fim, a utilização da cartilha como instrumento educativo possibilita, através da utilização de uma linguagem simples e acessível, uma melhor compreensão dos fatores que levaram ao adoecimento, fundindo os aspectos técnicos da doença com as práticas cotidianas do indivíduo. Tal relação encoraja o paciente e/ou familiares a discutirem sobre a doença; estimula a elucidação de possíveis dúvidas; possibilita um preparo mais adequando do paciente para alta hospitalar; e perpetua as informações discutidas no processo de hospitalização, estendendo tais cuidados ao domicílio.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, C.A. et al. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v.51, n.4, p. 745-764, 2013.

AZAMBUJA, Maria Inês Reinert et al . Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 91, n. 3, p. 163-171, Sept. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001500005&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001500005>.

AZIZI, M.A.A. Índice tornozelo-braço nos pacientes submetidos à programa de exercício supervisionado. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v.21, n.2, p.108-111, 2015.

BARBOSA, J.P. dos A.S. Associação de comorbidades e hábitos não saudáveis com a capacidade de caminhada em pacientes com claudicação intermitente. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 277-284, 2011.

BARROS, E.J.L. et al . Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 95-101, 2012 .

BASTOS, T.F. et al . Men's health: a population-based study on social inequalities. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2133-2142, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2016.

BEZ, L.G. Resultados a médio prazo do tratamento endovascular das lesões de artérias ilíacas: análise de série de 59 casos. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v.12, n.2, 2013.

BRANDÃO, D.; COSTA, C.; MANSILHA, A. Angiogênese e Arteriogênese na Doença Arterial Periférica. **Angiologia e Cirurgia Vascular**, Lisboa, v. 8, n. 2, p. 53-59, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SVS- Mortalidade**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o->

ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>. Acesso em 5 de out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acesso em: 5 de out. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em:

<<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude da PessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 10. Ago. 2016.

BRITO, D.O. et al. Cartilha educativa acerca da influência dos fatores modificáveis da obesidade em adolescentes: processo de elaboração. *Revista Digital*, Buenos Aires, ano 19, n. 202, 2015.

BRONDANI, Cecília Maria et al. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 504-510, 2010.

CAIAFA, J.S. et al. Atenção integral ao portador de pé diabético. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 10, n. 4, supl. 2, p. 1-32, 2011.

CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I.S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1143-1153, 2011.

CARVALHO, B.G. et al. Diseases of the circulatory system before and after the family health program, Londrina, Paraná. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 6, p. 645-650, 2009.

Disponível em:

<<http://www.arquivosonline.com.br/2009/9306/pdf/9306014.pdf>>.

Acesso em: 10 fev. 2016.

CASTRO, A.N.P; LIMA JÚNIOR, E.M. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 103-113, 2014.

CESSE, E.A. et al. Tendência da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Brasil: 1950 a 2000. **Arquivos Brasileiros de**

Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 93, n. 5, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001100009>. Acesso em: 03 out. 2013.

COLOME, Juliana Silveira; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 177-184, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100020>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

CHRISTÓFORO, B.E.B; CARVALHO, D.S. Nursing care applied to surgical patient in the pre-surgical period. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2014.

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/susavancosedesafios.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2014.

CONNILL, E.M.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, supl. 1, p. s14-s27, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 out. 2013.

CORRÊA, A.C. de P.; DÓI, H.Y. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde da família em Cuiabá. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 104-110, 2014.

CUNHA, K.S. da; ERDMANN, A.L.; HIGASHI, G.D.C. et al. Revascularização do miocárdio: desvelando estratégias de referência e contrarreferência na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 295-304, 2016.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 15-42.

DINIZ, J.N.; PIRES, R.C.C.P. Percepção da doença arterial obstrutiva periférica por pacientes classe I ou II de Fontaine de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 124-130, 2010.

FEITO CASTEX, T. et al. Implante de células madre hematopoyéticas en pacientes con isquemia crónica de los miembros inferiores. **Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vasclar**, La Habana, v. 16, n. 1, p. 64-75, 2015.

FONSECA, César et al. A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 480-486, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200029&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2017.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/dir_ed_sau.pdf> . Acesso em: 18 jun. 2014.

FLESCHE, L. D.; ARAUJO, T. C. C. F. de. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 19, n. 3, p. 227-236, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2014000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 48. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GABRIEL, S.A. et al. Peripheral arterial occlusive disease and ankle-brachial index in patients who had coronary angiography. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 22, n. 1, p. 49-59, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-76382007000100011&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 3 jul. 2015.

GAROFALO, L.; FERREIRA, S.R.G.; MIRANDA JUNIOR, F.. Biomarcadores inflamatórios circulantes podem ser úteis para identificar doença arterial obstrutiva periférica mais grave. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 182-191, 2014.

GRIPPO, M.L.V.S.; FRACOLLI, L.A. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 430-436, 2008.

GODOY, A.S. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**. Recife, v. 3, n. 2, p- 81-89, 2005.

GAROFOLLO, L.; FERREIRA, S.R.G.; MIRANDA JUNIOR, F. Biomarcadores inflamatórios circulantes podem ser úteis para identificar doença arterial obstrutiva periférica mais grave. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v.13, n. 3, p. 182-191, 2014.

GRAMS, S.T. et al. Marcha de pacientes com doença arterial obstrutiva periférica e claudicação intermitente. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 15, n. 4, p. 255-259, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n4/v15n4a04.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2013.

GRIPPO, M.L.V.S.; FRACOLLI, L.A. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.3, p. 430-436, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300003>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

GURGEL JUNIOR., G.D.; VIEIRA, M.M.F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v.7, n.2, p. 325-334, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 17 jan. 2013.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto- Enfermagem.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200008&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-07072009000200008>. Acesso em: 06 out. 2013.

HOSPITAL UNIVESITÁRIO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO. **Estruturas/**

Setores. 2016. Disponível em : <<http://www.hu.ufsc.br/>>. Acesso em: 03 mar 2016.

INTERAMINENSE, I.N. da C.S. et al . Tecnologias educativas para promoção da vacinação contra o papilomavírus humano: revisão integrativa da literatura. **Texto & Contexto- Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. e2300015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200502&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2017.

LENZ, A. et al . Socioeconomic, demographic and lifestyle factors associated with dietary patterns of women living in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1297-1306, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2016.

LOPES, P.R. et al. Triagem pré-participação em exercício físico em pacientes com doença arterial periférica. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v.11, n. 3, p. 194-198, 2012.

KEMPFER, S.S. et al. Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 562-566, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2013.

MACHADO, W. C. A. et al . Alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante: impreteríveis encaminhamentos para reabilitação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 10, p. 3161-3170, out. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003161&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2017.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.14, n.34, p. 593-606, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2014.

MAFFEI, F.H.A. Doenças Arteriais Periféricas: Epidemiologia, etiopatogenia e fisiopatologia. In: MAFFEI, F.H.A. **Doenças Vasculares Periféricas**. 3. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

MARINHO, J.C.B.; SILVA, J.A. da. Concepções e implicações da aprendizagem no campo da educação em saúde. **Ensaio Pesquisa em Educação e Ciência**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 351-371, 2015 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-21172015000200351&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 ago. 2016.

MAKDISSE, M. et al. Prevalence and risk factors associated with peripheral arterial disease in the hearts of Brazil project. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.91, n.6, p. 402-414, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001800008>. Acesso em: 14 mai. 2014.

MAKDISSE, M. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the Edinburgh Claudication Questionnaire. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n.5, p. 501-506, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000500001>. Acesso em: 30 nov. 2015.

MATA, Luciana Regina Ferreira da; NAPOLEAO, Anamaria Alves. Intervenções de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 574-579, 2010 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mai 2014.

MEDEIROS, A. H. de O.; CHALEGRE, S. T.; CARVALHO, C. C. de. Muscle electrostimulation: alternative adjuvant treatment to patients with peripheral arterial obstructive disease. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 156-162, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-54492007000200010&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 21 set. 2014.

MENESES, A. L. et al. Correlation between physical fitness and indicators of quality of life of individuals with intermittent claudication. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 175-178, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922011000300005&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 27 jul. 2014

MIGOWSKI, A. et al . Acurácia do relacionamento probabilístico na avaliação da alta complexidade em cardiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 269-275, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2016.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-26, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2014.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

Ministério da Saúde. Datasus. Informações em Saúde. **Morbidade e informações epidemiológicas**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

MOTA, A. P. L. et al . Lipoproteína (a) em pacientes portadores de doença arterial obstrutiva periférica e/ou *Diabetes Mellitus* tipo 2. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro , v. 44, n. 2, p. 89-95, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442008000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 mar. 2014.

MOURA, A. A. G. de.; CARVALHO, E. F. de; SILVA, N. J. C. da. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1661-1672, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2013.

NESPOLI, G. Os domínios da Tecnologia Educacional no campo da Saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 873-884, 2013 .Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2016.

NETO, A. F.; FARIA, E. B.; LAURENTINO, A. Infra-inguinal angioplasty in patients with critical limb ischemia Rutherford grade III, category 5. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 173-176, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100->

39842008000300009&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 10 mar. 2014.

NETO, S. S.; NASCIMENTO, J. L. M. do. Doença arterial obstrutiva periférica: novas perspectivas de fatores de risco. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 21, n. 2, p. 35-39, 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072007000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 jul. 2011.

NORGREN, L. et al. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease. **Journal of Vascular Surgery**, Chicago, v. 45, p. S5A-S67A, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2006.12.037>>. Acesso em: 2 mar. 2016.

NUNES, F.G.F. et al. Índice Tornozelo-Braquial em Pacientes de Alto Risco Cardiovascular. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 94-101, 2012. Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/v25n2/v25n02a02.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

OLIVEIRA, P.M.P de; PAGLIUCA, L.M.F. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 205-212, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100026&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2017.

PANICO, M.D.B. et al. Prevalência e fatores de risco da doença arterial periférica sintomática e assintomática em hospital terciário, Rio de Janeiro, Brasil. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 125-132, 2009.

PEREIRA, D. A. G. et al. Relação entre força muscular e capacidade funcional em pacientes com doença arterial obstrutiva periférica: um estudo piloto. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, P. 26-30, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492011000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2013.

PINTO. D. M; MANDIL. A. Claudicação intermitente: do tratamento clínico ao intervencionista. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 262-269, 2005. Disponível em: <<http://oldarchive.rbc.org.br/default.asp?ed=11>>. Acesso em: 07 out. 2013.

- POMPEO, D.A. et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 345-350, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2016.
- PONTES, A.C.; LEITAO, I.M.T.A.; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mai 2014..
- POLIT, F.D.; Beck, T.C. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Tradução de Denise Regina de Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- PONDÉ, M. P.; MENDONÇA, M. S. S.; CAROSO, C. Proposta metodológica para análise de dados qualitativos em dois níveis. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 129-143, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2016.
- PROTASIO, A.P.L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1o ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp, p. 209-220, 2014.
- REIS, P.E.O. et al. Isquemia de Membros Inferiores: perspectiva atual da terapia celular e terapia gênica. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 330-339, 2012. Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/v25n4/v25n04a09.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2013.
- REIS, P.G.T. de A. et al. Orientações de alta: cartões padronizados ajudam na compreensão dos pacientes do pronto socorro? **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 335-341, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912013000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2014.
- RIBEIRO, I. L; MEDEIROS. J. A. Graduação em saúde, uma reflexão sobre ensino-aprendizado. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 14, n.

- 1, p. 33-53, mar. 2016. Disponível em :
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100033&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2017.
- ROLIM, D. et al . Mortalidade depois da amputação. **Angiologia e Cirurgia Vascular**, Lisboa , v. 11, n. 3, p. 166-170, set. 2015.
Disponível
em:<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-706X2015000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 mar. 2016.
- SA-SILVA, S.P. de; YOKOO, E.M.; SALLES-COSTA, R. Fatores demográficos e hábitos de vida relacionados com a inatividade física de lazer entre gêneros. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 26, n. 6, p. 633-645, 2013.
- SANTOS, V. P. dos et al. Estudo comparativo do Índice Tornozelo-Braquial em diabéticos e não diabéticos com isquemia crítica. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v.14, n.4, p. 305-310, 2015.
- SA-SILVA, S.P. de; YOKOO, E.M.; SALLES-COSTA, R. Fatores demográficos e hábitos de vida relacionados com a inatividade física de lazer entre gêneros. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 26, n. 6, p. 633-645, 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732013000600003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jan. 2017.
- SALES, A.T. do N. et al . Identification of peripheral arterial disease in diabetic patients and its association with quality of life, physical activity and body composition. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre , v. 14, n. 1, p. 46-54, 2015.
- SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Você cuida do seu coração?** Cuidar do seu coração é um ato de amor a vida. SBC: São Paulo, 2016.
- SBEM- Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo. **O que é a obesidade?** Humaitá: SBEM, 2016.
- SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H. de A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, 2010.
- SENA, A.C. de; NASCIMENTO, E.R.P. do; MAIA, A.R.C.R. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre , v. 34, n.

3, p. 132-137, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2014.

SILVA JUNIOR, J. A. da et al . Avaliação da saturação tecidual de oxigênio durante o sintoma claudicante em pacientes com doença arterial periférica. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 14, n. 4, p. 311-318, 2015.

SILVA, R. de C.G. et al. Limitação funcional e claudicação intermitente: impacto das medidas de pressão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.**, São Paulo, v. 98, n. 2, p. 161-166, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2014.

SILVA, G.A. et al. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, supl. 2, p. 48-56, 2009 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jan. 2017.

SOUZA, L.A.F. et al. O modelo bioético principlalista aplicado no manejo da dor. **Revista Gaúcha de Enfermagem.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 187-195, 2013.

SBACV- Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular.

Projeto Diretrizes: Doença arterial Periférica Obstrutiva - Diagnóstico e Tratamento. Disponível em:

<<http://sbacv.com.br/diretrizes/2015/DIRETRIZES-DAPO.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

SUZUKI, V.F.; CARMONA, E.V.; LIMA, M.H.M. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 2, p. 527-532, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2016.

SCHERR, C.; RIBEIRO, J. P. Gender, age, social level and cardiovascular risk factors: considerations on the Brazilian reality.

Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo, vol. 93, n. 3, p.e54-e56, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009000900022&script=sci_arttext&lng=en>. Acesso em: 10 mar. 2014.

TAVARES, R. dos S.; SILVA, D.M.G.V. da. A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.34, n.3, p. 14-21, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2017.

TEIXEIRA, J.P.D. de S.; RODRIGUES, M.C.S.; MACHADO, V.B. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 186-196, 2012.

TEIXEIRA, E. et al . Cuidados com a saúde da criança e validação de uma tecnologia educativa para famílias ribeirinhas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.6, p. 1003-1009, 2011. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600003> >. Acesso em: 15 Mar. 2016.

TORRES, A.G.M. et al. Prevalência de alterações do índice tornozelo-braço em indivíduos portadores assintomáticos de doença arterial obstrutiva periférica. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 25, n. 2, p. 87-93, 2012.

VAZ, C. et al. Doença Arterial Periférica e Qualidade de Vida. **Angiologia e Cirurgia Vascular**, Lisboa, v.9, n.1, p. 17-23 2013. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646706X2013000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2014.

VENANCIO, L. de S.; BURINI, R. C.; YOSHIDA, W. B. Tratamento dietético da hiper-homocisteinemia na doença arterial periférica. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 28-41, 2010.

YOSHIDA, R. de A. et al. Comparative study of evolution and survival of patients with intermittent claudication, with or without limitation for exercises, followed in a specific outpatient setting. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 112-122, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492008000200005>. Acesso em: 19 abr. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA – PACIENTE/
FAMÍLIA/ CUIDADOR

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PACIENTE/ FAMÍLIA/ CUIDADOR	
PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Nome:	
Idade:	Gênero: () Feminino () Masculino
Casado?	
() Sim () Não () União Estável	
Mora sozinho?	
() Sim () Não Quem o acompanha? _____	
Alguém auxilia no seu cuidado? Quem?	
Escolaridade:	
() Fundamental () Fundamental Incompleto () 2º Grau Incompleto	
() 2º Grau Incompleto () Superior Completo () Outros _____	
Trabalha?	
() Sim () Não () Desempregado () Aposentado	
Profissão: _____	
Você possui algum problema de saúde? Há quanto tempo? Fale um pouco sobre ele.	
Utiliza algum medicamento diariamente? Qual?	
PARTE II – HÁBITOS DE VIDA	
Você fuma?	
() Sim Não () N° Cigarros/dia _____	
Parou de fumar?	
Há quanto tempo? _____	

Pratica algum exercício físico? Qual? Quantas vezes na semana? Sozinho?
Como é a sua alimentação? O que você costuma comer ao longo do dia?
PARTE III – DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
O que lhe fez procurar o hospital? Fale um pouco sobre como tudo começou.
Algum profissional de saúde explicou qual o seu problema de saúde? O que você entendeu?
É a primeira internação hospitalar? Quais foram os motivos da outras internações?
Você buscou ajuda em outro local antes do hospital? Onde?
Você saberia dizer quais os cuidados você deve ter em casa quando sair do hospital?
Quais as dificuldades para continuar o seu tratamento em casa?
Alguém lhe ajuda em casa? Explique um pouco como é essa ajuda.
O que você acredita que poderia facilitar o tratamento em casa?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO - PACIENTES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel.: (48) 3721-4164 E-mail: mpenf@contato.ufsc.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
PACIENTES**

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa que tem como objetivo elaborar uma tecnologia educativa para alta hospitalar de pacientes com doença arterial obstrutiva periférica. A pesquisa supracitada será realizada pela aluna do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, Tatiana Martins sob orientação da Dra. Nádia Chiodelli Salum, e coorientação da Dra. Melissa Orlandi Honório, intitulada: “Tecnologia Educativa para Alta Hospitalar de Pacientes com Doença Arterial Obstrutiva Periférica”

O estudo tem como objetivo geral elaborar uma cartilha educativa para alta hospitalar de pacientes com doença arterial obstrutiva periférica, internados na Unidade de Internação Cirúrgica II e assim estimular a continuidade do tratamento da doença em casa.

Caso seu interesse se concretize pela pesquisa, você receberá duas vias deste Termo, assinadas e rubricadas por nós pesquisadoras deste estudo, uma via ficará com você e a outra via você deverá assinar no espaço destinado a este fim. A sua participação na coleta de dados será no período em que julgue mais apropriado e o local e horário será definido pelo participante. Isto posto, será utilizado como instrumento de pesquisa uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas e diante de sua autorização a entrevista será gravada e suas respostas poderão ser utilizadas para identificar as necessidades de orientação que irá compor a cartilha educativa. Sua identidade será preservada e sua contribuição será mantida sob anonimato.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir e retirar seu consentimento, não havendo prejuízo em sua relação com a pesquisadora e/ou com o tratamento que você vem realizando. Não estão previstos riscos a sua integridade física e psicológica, entretanto você pode se sentir desconfortável com algum questionamento durante a entrevista, se isso acontecer a entrevista poderá ser suspensa ou cancelada, como também estarei a disposição para lhe dar o suporte necessário sem que haja custos financeiros para você. Se ocorrer algum dano à sua saúde física ou mental relacionado à sua participação nesta pesquisa, desde que devidamente comprovado, nós pesquisadores assumimos o compromisso em indenizá-lo. Por ser voluntária e sem interesse financeiro, você não terá nenhum gasto, mas também não terá direito a nenhum tipo de pagamento. Entretanto, se houver despesas comprovadamente vinculadas a este estudo garantimos o ressarcimento aos mesmos.

Informamos e garantimos que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, serão preservados, havendo o compromisso da pesquisadora em manter o anonimato sobre as informações fornecidas por você durante a entrevista.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como lhe é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

No transcorrer do estudo, você poderá retirar dúvidas e/ou esclarecimentos com a enfermeira pesquisadora mestranda responsável, Tatiana Martins. As informações contidas neste estudo serão mantidas em sigilo e, em caso de divulgações científicas, a sua identidade será substituída por pseudônimos definidos pelas pesquisadoras.

Esta pesquisa cumpre a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e tem a aprovação do comitê de pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. (CEPSH/UFSC). O CEPSH/UFSC está localizado na Universidade Federal de Santa Catarina, no Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 3721-6094. E-mail: cep.propesq.@contato.ufsc.br.

Contamos com a sua participação! Caso você tenha ainda alguma dúvida em relação à pesquisa ou quiser desistir em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente. Se você aceitar ser participante deste estudo, por favor, assine este documento no fim desta página. Agradecemos sua atenção.

Dados da Pesquisadora (mestranda): Nome completo: Tatiana Martins Doc. de Identificação: 2318935. Endereço completo: Rua Alba Dias Cunha, 147/801, Trindade. Florianópolis – SC. CEP:88036020. Telefone: (48) 99940896. Email:tatianamartinsrn@gmail.com

Dados da pesquisadora (orientadora). Nome completo: Nádía Chiodelli Salum. Doc. de Identificação: 880.197Endereço completo: Rua Ferreira Lima, 247/702. Florianópolis-SC. CEP: 88015420. Telefone: (48) 9915-9431 Email: nchiodelli@gmailcom.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO INFORMANTE

Eu, _____,
 RG: _____ CPF: _____,
 recebi informações sobre o estudo, "Tecnologia Educativa para Alta Hospitalar de Pacientes com Doença Arterial Obstrutiva Periférica", além disso, li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação nesta pesquisa, e tive a oportunidade de discutir e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu voluntariamente concordo em participar deste estudo. Foi-me garantido que tenho liberdade de desistência de participar da pesquisa e retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Florianópolis, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora (mestranda) : _____

Assinatura da pesquisadora (orientadora): _____