



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

DEISE LUCI BATISTA MOTTA

***PREVENÇÃO DE AMPUTAÇÕES NÃO TRAUMÁTICAS DOS
MEMBROS INFERIORES: um estudo sobre o que sabem e fazem os
enfermeiros quando cuidam na ESF.***

Rio de Janeiro
2012

DEISE LUCI BATISTA MOTTA

PREVENÇÃO DE AMPUTAÇÕES NÃO TRAUMÁTICAS DOS MEMBROS INFERIORES: um estudo sobre o que sabem e fazem os enfermeiros quando cuidam na ESF.

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da UNIRIO.

Linha de Pesquisa “A enfermagem: cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar”.

Orientadora: Prof. Dra. Nélia Maria de Almeida Figueiredo.

Rio de Janeiro, agosto de 2012

M921 Motta, Deise Luci Batista.
Prevenção de amputações não traumáticas dos membros inferiores : um estudo sobre o que sabem e fazem os enfermeiros quando cuidam na ESF/ Deise Luci Batista, 2012.
204f. ; 30 cm

Orientador: Nébia Maria Almeida de Figueiredo.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

1. Diabetes mellitus. 2. Hipertensão arterial. 3. Membros inferiores – Amputação - Prevenção. 4. Cuidados em enfermagem - Planejamento. I. Figueiredo, Nébia Maria Almeida de. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 616.462

DEISE LUCI BATISTA MOTTA

PREVENÇÃO DE AMPUTAÇÕES NÃO TRAUMÁTICAS DOS MEMBROS INFERIORES: um estudo sobre o que sabem e fazem os enfermeiros quando cuidam na ESF.

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da UNIRIO.

Linha de Pesquisa “A enfermagem: cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar”.

Aprovada em 30 de agosto de 2012.

Menção.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Presidente (EEAP – UNIRIO)

Prof.^a Dr.^a Hellen Campos Ferreira
1^a Examinadora

Prof.^a Dr.^a Karinne Cristinne da Silva Cunha
2^a Examinadora

Prof.^a Dr.^a Teresa Tonini
1^o Suplente

Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva.
2^o Suplente

Deus não permita que o meu corpo cansado pereça sem conseguir ver findo este sonho. Obrigado pela força e por me mostrar que nunca estou sozinha. Obrigado por enxugar os prantos das noites mal dormidas e do excesso de trabalho. Obrigado por proteger meu menino quando não tive tempo para ele. Obrigado por dar tanta compreensão ao meu esposo e por tê-lo colocado em meu caminho. Obrigado, obrigado, obrigado...

Era uma vez...

Uma menina que tinha dois sonhos na vida, aprender dança de salão e a pular corda, ela passou anos de sua vida nesta busca incessante, de realizar seus sonhos, eis que um belo dia uma fada encantada, lhe faz a seguinte pergunta: “Dança Comigo?”.

Sem pensar duas vezes, pegou sua pequena bagagem e iniciou esta aventura de bailar, enquanto iniciava seus passos, ainda errantes; já esquecida do sonho de pular corda, no meio de tanto contentamento por estar a aprender a bailar, e eis que ela encontra uma corda...

Não uma corda qualquer, mas a corda das cordas, difícil de segurar, macia, esperta, com opinião própria e exigindo da menina atenção integral, a menina pensou que podia ao mesmo tempo dançar e pular, mas os passos não se combinavam, um exigia harmonia e a outra urgência, velocidade e rapidez.

A menina por um tempo envolta com sua corda negligenciou a fada, e deixou os dias de salão de lado, pendurou o sapatinho e ficou a cuidar da corda, absorta em como agradá-la e demonstrar-lhe atenção.

Um belo dia a fada aborrecida, lhe chama a atenção, diz estar sentida e que também merecia atenção, pergunta-lhe pela sua responsabilidade, pelos seus valores e intenção; e a menina pega de surpresa, não conseguia pensar em outra coisa a não ser na sua ingratidão.

A fada solicitou que a menina do salão se retirasse, convocou os duendes, fadas e feiticeiros: “por mim esta menina aqui, não fica mais não”. O conselho benevolente deu a menina uma nova chance, na qual ela se agarrou com unhas e dentes.

Colocou a corda ao lado, não lhe perderia o olhar, e entrou de vez na dança que já estava por terminar, companheiros de salão a retardaram como puderam, mas num golpe de sorte e muita oração, a menina se ergueu do chão.

A fada possuía tanto amor no coração, que bailou com a menina sem parar, e nem mesmo em suas férias pôde descansar, tinha urgência, tinha pressa, para o baile tinham que treinar.

Hoje a menina olha a fada com um amor sem fim, aprendeu os pequenos passos, foi dando um de cada vez, com a mesma urgência que a corda também lhe exigiu. Ergue os olhos ao céu e faz a seguinte oração: Fada me perdoe um dia, pelas pisadas que levaste, quando tentavas me fazer dançar, me perdoe os calos do sapato, a exaustão e o cansaço, saiba que hoje em dia, sou eu quem lhe convida com imensa gratidão: Nébia Maria Almeida de Figueiredo, Dança Comigo?

Deise Luci B. Motta.

Meus sinceros agradecimentos...

Este estudo não teria sido possível sem a participação de atores tão queridos e necessários, agradeço aos enfermeiros da ESF do Município de Itaboraí que desnudaram a sua alma e permitiram que suas falas se transformassem em luz para o meu trabalho. A Subsecretaria da Atenção Básica, que nos permitiu entrar em contato com os enfermeiros para a coleta dos dados. Ao Colegiado da Pós Graduação do Programa de Mestrado-Enfermagem (UNIRIO) que acreditou que eu poderia chegar até aqui com tão pouco tempo para construir tantas coisas. A Nébia Maria Almeida de Figueiredo que você saiba que família são pessoas com ligação de consanguinidade e que amigos são ligações e elos que transpassam o plano físico e material, você é muito especial... Para mim, para a enfermagem e porque não dizer para a humanidade. Ao meu filho que veio no meio de um turbilhão de acontecimentos, mas que não perdeu o brilho... Minha estrela guia, se eu tento ser uma pessoa melhor é por você. Ao meu esposo que me acompanhou nas noites mal dormidas, nas minhas falações, fruto de muito café e ansiedade, aquele que me ouviu desenfreadamente na busca de tentar soluções para a conclusão deste estudo e nem assim desistiu de mim.

Motta, D L B. **Prevenção de Amputações não Traumáticas dos Membros Inferiores: um estudo sobre o que sabem e fazem os enfermeiros quando cuidam na ESF**. Rio de Janeiro; 2012. 203 f – Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

RESUMO

Trata-se de um estudo sobre o saber-fazer dos enfermeiros inseridos na Estratégia da Saúde da Família (ESF) no Município de Itaboraí, a cerca da prevenção da amputação de membros inferiores em clientes portadores de diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) com risco de desenvolvimento da Insuficiência Arterial (IA). A problemática do estudo é o que sabem os enfermeiros e o que estes fazem quando de posse deste saber, e se este conhecimento é capaz e suficiente para prevenir a amputação de membros inferiores (AMIs). Objetivou-se: Identificar o saber dos enfermeiros da ESF, através do conteúdo de seus discursos, sobre o cuidado de enfermagem para os clientes portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial, atendidos na Unidade de Saúde da Família, para prevenção da amputação de membros inferiores e discutir as implicações do SABER-FAZER dos enfermeiros para a enfermagem quando atuam em prol da prevenção da amputação de MMIs de clientes portadores de DM e HAS. O método foi qualitativo, utilizando-se a técnica de entrevista semiestruturada com 11 (onze) enfermeiros lotados na ESF do Município de Itaboraí. O conteúdo de suas falas foi analisado através da técnica de Bardin, culminando em duas categorias Implicações e limites da dúvida e lembranças do SABER: sinais e sintomas da IAMIs e Implicações e limites do fazer: os sinais e sintomas no PÉ e as unidades identificadas. Os discursos geraram situações em que foram necessárias suas leituras e análise com auxílio de Foucault e Freire, onde se concluiu que os enfermeiros necessitam aumentar o seu conhecimento sobre a Insuficiência arterial para deste modo evitar a amputação dos membros inferiores, há uma preocupação com o pé do diabético, mas não com a perna, onde os enfermeiros da ESF não estão capacitados para detectar o desenvolvimento da IA no cliente com DM e HAS, tornando o fazer em enfermagem para este grupo de clientes um risco.

Palavras-chave: diabetes mellitus, hipertensão arterial, prevenção, cuidados de enfermagem, amputação.

Motta, D L B. Prevention of Non-Traumatic Lower-Limb Amputations: a study about what they know and do the nurses when care in the ESF. Rio de Janeiro; 2012. 203 f – Dissertation of Master Degree on Nursing. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

ABSTRACT

It's a study on the know-how of nurses in Estratégia de Saúde da Família (Strategy of the Health of the Family) (ESF) in Itaboraí state, about the prevention of the amputation of the lower limbs in clients with diabetes mellitus (DM) and systemic hypertension (HTN) with risk of development of Arterial insufficiency (IA). The problematization of the study is known what the nurses know and what they are doing when in possession of this knowledge, and if this knowledge is able and sufficient to prevent the lower-extremity amputations. (LEA). This study aimed to: identify the nurse's knowledge of ESF through the content of his speeches, under nursing care for clients with diabetes mellitus and hypertension, treated at Unidade de Saúde da Família (Unity of Health of the Family) (USF), to prevent lower-extremity amputations and discuss the implications of the know-how of nurses for nursing while working towards the prevention of amputation MMII customers with DM and hypertension. The method was qualitative, using the technique of semistructured interviews with eleven (11) nurses stationed in the city of ESF Itaboraí. The content of their speech was analyzed through the technique of Bardin, culminating in two categories Implications and limitations of the doubt and keepsakes of the knowledge: the signs and symptoms of IAMIs and Implications and limits of the doing: signs and symptoms in FOOT and units identified. The discourses generated situations which were required readings and their analysis with the help of Foucault and Freire, where concluded that nurses need to increase their knowledge about arterial insufficiency to thereby prevent lower-extremity amputation, there is concern with the foot of the diabetic, but not with the leg, where nurses of ESF are not trained to detect the development of IA in client with DM and hypertension, making some actions in nursing for this group of clients a risk.

Keywords: diabetes mellitus, arterial hypertension, prevention, nursing care, amputation

SIGLAS UTILIZADAS

AB – Atenção Básica

AMIs – Amputação de membros inferiores.

BVS – Biblioteca virtual em saúde.

DAOP – Doença arterial obstrutiva periférica.

DM – Diabetes mellitus

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão arterial sistêmica.

HIPERDIA – Programa governamental destinado ao conhecimento dos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial.

IA – Insuficiência Arterial.

IAMIs – Insuficiência arterial dos membros inferiores.

IPTB – Índice de Pressão Tornozelo/Braço

MAMI – Monitorização das amputações de membros inferiores.

MMIIs – Membros inferiores

MS – Ministério da Saúde.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica.

SUS – Sistema Único de Saúde.

USF – Unidade de Saúde da Família.

UBS – Unidade Básica de Saúde. .

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Figura dos Saberes e Práticas em saúde Coletiva	29
Figura 2 – Mapa do Município de Itaboraí	34
Figura 3 – Organograma de Funcionamento Hierárquico da Saúde no Município de Itaboraí	35
Figura 4 – Esquema da análise do Conteúdo	55
Figura 5 – Esquema Representativo das cores nas respostas dos conteúdos	56
Figura 6 – Esquema das falas dos Enfermeiros da ESF no Município de Itaboraí	59
Figura 7 – esquema da Análise para Categorização das falas dos Enfermeiros da ESF do Município de Itaboraí	152
Figura 8 – Representação do PENSAR e FAZER nas falas dos Enfermeiros da ESF do Município de Itaboraí	162

LISTA DE QUADROS

Quadro nº1 – Dados do SISHIPERDIA/ RJ	21
Quadro nº2 – Relação comparativa HAS e DM	22
Quadro nº3 – Resultados Preliminares na Base de Dados da BVS	24
Quadro nº4 – Resultados incluindo o descritor Enfermagem na Base de dados da BVS.....	24
Quadro nº5- Processo de enfermagem segundo Wanda Horta (1979), para usuários portadores de DM e HAS com risco de desenvolver a IA de membros inferiores visando à prevenção de amputações	32
Quadro nº6 – Relação dos fatores de risco e HAS	37
Quadro nº 7- Prevalência de sequelas em usuários.....	38
Quadro nº 8 – Demonstrativo dos fatores de risco encontrado na literatura	39
Quadro nº9- Sinais e sintomas de obstruções arteriais	42
Quadro nº10 – GAVETA 1 – COMPARTIMENTO 1: SABER dos enfermeiros com relação aos SINAIS e SINTOMAS	60
Quadro nº11 – GAVETA 1-COMPARTIMENTO 2: SABER dos enfermeiros com relação aos RISCOS	64
Quadro nº12 – Gaveta 2 e seus compartimentos	70
Quadro nº13 – Gaveta 2 Compartimento 1. Cuidados que devem ser prestados aos clientes com risco de desenvolver a IAMIs	71
Quadro nº14 – Gaveta 2 Compartimento 2. Sobre a preocupação com a possibilidade de amputação dos membros inferiores de clientes portadores de DM e HAS	79
Quadro nº15 – Gaveta 2 – Compartimento 3. Eficácia dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes portadores de DM e HAS para a prevenção da amputação de membros inferiores na ESF	85
Quadro nº16 – Gaveta 2 – Compartimento 4. Atendimento ao usuário e explicação sobre prevenção e tratamento	91

Quadro nº 17 – Gaveta 2 – Compartimento 5. Realização da verificação dos pulsos dos MMIIs	98
Quadro nº 18 – Gaveta 2 – Compartimento 6. O que faz como roteiro para aferir: perímetro abdominal, condições das unhas, dos pés, temperatura, calosidades e rachaduras	102
Quadro nº19 – Gaveta 2 – Compartimento 7. Se estes solicitam exames laboratoriais como: hemograma, TAP, PTT, glicose jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina glicosilada	108
Quadro nº20 – Gaveta 2 – Compartimento 8. O que acrescentaria na rotina de consulta de enfermagem como prevenção	112
Quadro nº 21 – Gaveta 2 – Compartimento 9. Quando encaminha o cliente para o especialista	117
Quadro nº 22 – Gaveta 2 – Compartimento 10. Se o Município possui mecanismo de referência e contra referência.	123
Quadro nº 23 – Gaveta 2 – Compartimento 11. Sobre a participação da família no tratamento	127
Quadro nº24 – Gaveta 2 – Compartimento 12. Existência de grupo de apoio para o usuário e seus familiares	131
Quadro nº25 – Gaveta 2 – Compartimento 13. Se acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar o cliente com IAMIs para que o mesmo não perca o membro inferior	134
Quadro nº 26 – Gaveta 2 – Compartimento 14. Cuidados de enfermagem feitos para o cliente com IAMIs	139
Quadro nº27 – Gaveta 2 – Compartimento 15. As intervenções (cuidados) de enfermagem impedem a amputação de membros inferiores	143
Quadro nº 28 – Gaveta 2 – Compartimento 16. Possibilidade de evitar amputações e em que momento do diagnóstico	146
Quadro nº29 – Caracterização do perfil dos enfermeiros da ESF do Município de Itaboraí	156

Quadro nº 30 – Ilustração representativa da fala dos enfermeiros com relação ao SABER.	159
Quadro nº31 – Falas apresentadas pelos enfermeiros no SABER – ocorrência e comprovação na literatura.....	160
Quadro nº32 – Falas apresentadas pelos enfermeiros no SABER – ocorrência e comprovação na literatura.....	161
Quadro nº33 – Ilustração representativa da fala dos enfermeiros com relação ao FAZER CUIDADOS, compartimentos de 1 a 8.....	171
Quadro nº34 – Ilustração representativa da fala dos enfermeiros com relação ao FAZER CUIDADOS, compartimentos de 9 a 16.....	172

SUMÁRIO

Capítulo I

CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMA	17
1.1 JUSTIFICATIVA	22
1.2 RELEVÂNCIA.....	25

Capítulo II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS	29
2.1 ESF E A ENFERMAGEM.	29
2.2 ORGANIZAÇÃO MUNICIPAL DE ITABORAÍ E A ESF.	36
2.3 DIABETES MELLITUS E A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA.....	38
2.4 SEQÜELAS DO DIABETES MELLITUS E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	40
2.4.1 INSUFICIÊNCIA ARTERIAL.	41
2.5 A AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES E SEUS CUSTOS.....	44
2.6 A HISTÓRIA DA ENFERMAGEM E A CONSTRUÇÃO DOS SABERES	45
2.7 A LUZ E OS CONTEÚDOS	48

Capítulo III

METODOLOGIA	51
3.1 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS.	55

Capítulo IV

RESULTADOS	60
4.1 SOBRE A GAVETA 1 - SABER.....	61
4.2 SOBRE A GAVETA 2 – FAZER – CUIDADOS E PREVENÇÃO	72

Capítulo V

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	154
5.1 SOBRE O ACERVO	155
5.2 ANÁLISE DAS CATEGORIAS.....	160
5.2.1 Primeira categoria – IMPLICAÇÕES e LIMITES da dúvida e da lembrança do SABER: sinais e sintomas da IAMIs.	161
5.2.2 Segunda categoria - IMPLICAÇÕES e LIMITES do FAZER: os sinais e sintomas no pé e as unidades identificadas.....	173

Capítulo VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	187
REFERENCIAS.	190
APENDICE	195
CRONOGRAMA.	196
ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIROS.....	197
TCLE.	199
ANEXOS	200
1. AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO MUNICÍPIO DE ITABORAÍ.	
2. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNIRIO	

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMA

1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMA

Como enfermeira, há mais de seis anos, desenvolvo atividades no setor de cirurgia vascular de um Hospital Público no Município do Rio de Janeiro. Dessa forma, venho convivendo, cotidianamente, com clientes portadores de patologias, muitas vezes determinantes para a amputação de membros inferiores, sendo a Insuficiência Arterial (IA) a mais incidente.

Ao contemplar e observar estes clientes portadores da insuficiência arterial (IA), ainda que empiricamente, percebe-se que alguns fatores e cuidados de enfermagem podem impedir ou retardar a perda de membros inferiores por amputação. Estes cuidados de enfermagem devem ser iniciados antes da patologia instalada, necessitando de ser observado o mais precocemente possível. Cabe à atenção básica representada pela Equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF) este papel, o de reconhecer os sinais de alerta para a prevenção da perda dos membros inferiores, diagnosticando e promovendo ações para impedir a instalação da doença e seus agravos (BRASIL, 2006).

A equipe da Estratégia da Saúde da Família, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, deve estar atenta aos sinais de alerta para a prevenção da perda dos membros inferiores, atuando na ocorrência da instalação da Insuficiência Arterial (IA), que pode ser observada da seguinte forma: dor durante a deambulação que pode progredir para a dor em repouso, palidez dos membros inferiores que pode evoluir para a cianose, diminuição da amplitude e ritmo dos pulsos nos membros inferiores (com comparação entre os membros) que pode ter sua evolução na ausência total da permeabilidade arterial, sensação de pés frios e diminuição do Índice de Pressão Tornozelo-Braço (IPTB). (PICCINATO, CHERRI E MORIYA, 2001).

A IA tem na Diabetes Mellitus (DM) e na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) seus principais fatores de risco (PICCINATO, CHERRI E MORIYA, 2001), caracterizada pelo aparecimento das placas de ateroma (responsáveis pela obstrução da luz arterial), que obstruem a luz das artérias diminuindo o fluxo arterial causando a isquemia do membro afetado. Esse quadro pode levar à amputação.

Segundo Brasil (2006), a HAS é um grave problema de saúde pública e a importância de seu controle reside na redução de complicações como a doença arterial periférica; estima-se que a cada 2000 habitantes, aproximadamente 490 são portadores da doença. Na (DM), Brasil (2006) estima que no País tenhamos 5 milhões e meio de portadores da doença, indicando um total de 11% da população Brasileira estimada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) no ano de 2005.

Os dados epidemiológicos da hipertensão arterial e do diabetes mellitus estimula práticas governamentais para o controle destas. O Governo Federal através do Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica nº16 – Diabetes Mellitus, sugere as seguintes atribuições para os enfermeiros da ESF (BRASIL, 2006):

- 1) Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes diabéticos.
- 2) Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades.
- 3) Realizar consulta de enfermagem com pessoas com maior risco para diabetes tipo 2 identificadas pelos agentes comunitários, definindo claramente a presença do risco e encaminhado ao médico da unidade para rastreamento com glicemia de jejum quando necessário.
- 4) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, estratificando risco cardiovascular, orientando mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso, verificando adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário.
- 5) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de pacientes diabéticos).
- 6) Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente.
- 7) Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames de rotina definidos como necessários pelo médico da equipe ou de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal.
- 8) Orientar pacientes sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina.
- 9) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências.
- 10) Encaminhar os pacientes portadores de diabetes, seguindo a periodicidade descrita neste manual, de acordo com a especificidade de cada caso (com maior frequência para indivíduos não aderentes, de difícil controle,

portadores de lesões em órgão salvo ou com co-morbididades) para consultas com o médico da equipe.

11) Acrescentar, na consulta de enfermagem, o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco. Realizar, também, cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco.

12) Perseguir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto ao portador de diabetes, os objetivos e metas do tratamento (estilo de vida saudável, níveis pressóricos, hemoglobina glicada e peso).

13) Organizar junto ao médico, e com a participação de toda a equipe de saúde, a distribuição das tarefas necessárias para o cuidado integral dos pacientes portadores de diabetes.

14) Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde.

Para a hipertensão arterial são sugeridas as seguintes atribuições aos enfermeiros, (BRASIL, 2006):

- 1) Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;
- 2) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;
- 3) Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos;
- 4) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos);
- 5) Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;
- 6) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências;
- 7) Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbididades;
- 8) Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbididades;

9) Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem comorbidades;

As atribuições são sugestões que necessitam de protocolos Institucionais dos Municípios onde o enfermeiro está inserido. O Município de Itaboraí conta com 34 Unidades de Saúde da Família e 44 equipes da Estratégia da Saúde da Família, mas não possui protocolos de atendimento para o enfermeiro (estes estão em vias de confecção), sendo utilizados os manuais do Ministério da Saúde com as seguintes restrições de atuação:

- Solicitação de exames complementares,
- Transcrição de medicamentos,
- Encaminhamentos para as referências.

Essas atribuições são cuidados de enfermagem que moldam o saber-fazer dos enfermeiros, em que implica em cuidar do outro em toda sua dimensão humana. A palavra cuidar é de origem latina, derivada do verbo cogitare, porém, são encontradas referências também no vocábulo latino curare. Cogitare é sinônimo de pensar, supor, imaginar e curare implica em “tratar de por cuidado em”. Quanto ao verbo cogitare, origina-se do vocábulo cogitare, significando agitação de pensamento, revolver no espírito, ou tornar a pensar em alguma coisa (MONTENEGRO, 1999, p. 64). O cuidar é uma das ferramentas do processo de trabalho que o enfermeiro dispõe para aplicação do conhecimento técnico-científico, imprescindível à assistência ao usuário e otimização das suas ações. (CHRIZOSTIMO, 2009)

A partir da configuração do SABER-FAZER dos enfermeiros, entendido como cuidados de enfermagem; dentro dessas atribuições designadas aos enfermeiros inseridos na ESF, o que eles sabem? O que fazem? Este saber-fazer é suficiente para prevenir a amputação dos membros inferiores em clientes portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial? O enfermeiro da ESF tem conhecimento suficiente para reconhecer a IA instalada e assim cuidar deste cliente?

Nesse sentido, delimita-se como objeto de estudo o saber-fazer dos enfermeiros acerca das ações preventivas da amputação não traumática, em clientes acometidos por diabetes mellitus e hipertensão arterial atendido pelo programa ESF (Estratégia de Saúde da Família).

Objetiva-se:

- Identificar o saber dos enfermeiros da ESF, através do conteúdo de seus discursos, sobre o cuidado de enfermagem para os clientes portadores de DM e HAS, atendidos na Unidade de Saúde da Família (USF), para a prevenção da

AMIs (Amputação de Membros Inferiores), decorrentes do desenvolvimento da IA;

- Discutir as implicações do SABER-FAZER dos enfermeiros para a enfermagem quando atuam em prol da prevenção da amputação de membros inferiores de clientes portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial.

1.1 Justificativa

Justifica-se tal estudo devido o custo para o Estado, no tratamento da DM e HAS, e assim como da manutenção da saúde dos usuários, seus familiares, homens ou mulheres desempregados (pela tipificação da patologia limitante), o que provavelmente poderia ser diminuída com cuidados de intervenção, de prevenção e/ou de promoção da saúde pela enfermagem.

Tem-se que a ocorrência de admissões hospitalares dos diabéticos por complicações crônicas nos Estados Unidos da América é de 2%, sendo de 56% a 83% as amputações de membros inferiores causados diretamente pelo DM. O número de casos estimado de diabéticos é de 5.800 cujo custo médio por caso é de US\$25.000,00 e o custo total é de US\$ 500,00 milhões por ano (SPICHLER, 2004).

Esses dados alarmantes podem ser reduzidos com ações de saúde, principalmente as educativas. No que diz respeito à enfermagem existe a possibilidade de contribuir com a revisão de condutas que os autores chamam de variabilidade de condutas inapropriadas que culminam em amputações evitáveis, como o evidenciado em 70% dos diabéticos, conforme afirma Spichler, (2004).

As placas de ateromas causadoras da obstrução arterial, que leva o usuário a insuficiência arterial devem ser evitadas, e o enfermeiro que irá atender este usuário da atenção básica de saúde deve conhecer os fatores de risco para a sua prevenção.

Para Brunner & Suddart (2002) os ateromas ou placas consistem em acúmulo de lipídios, cálcio, componentes sanguíneos, carboidratos e tecido fibroso sobre a camada íntima da artéria. O significado da palavra ateroma vem do grego: atheros (caldo espesso), oma (tumor), scleros (endurecimento) (MAFFEI et al, 2008), estes passíveis de prevenção, desde que os usuários possuam orientação adequada e participem ativamente em seu tratamento.

Assim, poderíamos pensar numa enfermagem com cuidados preventivos, onde as intervenções propostas promoveriam alteração nesse quadro estatístico, ao invés de

realizarmos ações terapêuticas decorrentes de determinantes de processos cirúrgicos de amputação, que são, no Brasil, dificultadas devido à valorização cultural da sociedade dos modelos médicos assistenciais que priorizam a cura e não a prevenção.

Logo, a prevenção de amputações de membros inferiores dos usuários acometidos pela insuficiência arterial dos membros inferiores deve ser motivo de estudos para que a ciência e a tecnologia do cuidar ampliem as possibilidades da manutenção da permeabilidade arterial.

A Estratégia da Saúde da Família é uma política de saúde em que a profilaxia das doenças e a vigilância epidemiológica, encontram na conduta dos seus profissionais seu principal alicerce, modelo cubano de saúde inicialmente inserido no Brasil a partir de políticas públicas de saúde no Município de Niterói com o perfil de Programa Médico de Família, este sem a presença do profissional enfermeiro, mas com o objetivo de diminuir os agravos das doenças, prevenir a sua ocorrência através da vigilância sistemática da saúde da comunidade na qual esta inserida. (FIGUEIREDO, TONINI, 2007)

Em 1996 foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), tendo a sua equipe composta por enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entendendo que programas de saúde possuem menos força de continuidade hoje o PSF reconhecido como um modelo assistencial de continuidade, denominado ESF (Estratégia de Saúde da Família) e entendido como política de saúde.

No Brasil o SISHIPERDIA é o Sistema de Informação de hipertensão e diabetes; fornece o cadastro de portadores de DM e HAS, registro dos atendimentos destes nos Municípios inscritos no Plano, relatórios operacionais e gerenciais, relatórios com indicadores de qualidade (pacto e outros), exportação/importação dos dados para o módulo Distrito Sanitário ou Centralizador Municipal, exportação e transmissão para o módulo. Este sistema é alimentado pelo programa de hipertensão arterial e diabetes, diagnosticados pelos agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos da atenção básica. (BRASIL, 2011)

No quadro abaixo encontramos o número de usuários hipertensos e diabéticos estimados pelo IBGE no Estado do Rio de Janeiro, gerados pelo Sistema de Informação em Saúde do HIPERDIA (SISHIPERDIA).

Quadro nº 1 – Dados do SISHIPERDIA/RJ

Estado (UF)	Município	Cód. (IBGE)
RJ	Todos	
Total estimado de hipertensos		1.749.768
Total estimado de diabéticos		593.359
Total de usuários cadastrados		525.562

Disponível em www.sishiperdia.org.br, acessado dia 13/03/11 às 19h40min.

Observa-se que no site do HIPERDIA o número de cadastrados é inferior ao estimado pelo IBGE, isto é explicado pelo fato de que a hipertensão arterial e o diabetes podem ser assintomáticos na maioria dos indivíduos, ou ainda há subnotificação dos municípios ou ainda a não adesão destes à manutenção de registros dos casos mórbidos encontrados.

Quadro nº 2 – Relação comparativa HAS e DM.

UF	Nº de Diabéticos					Nº de Hipertensos			Nº de Diabéticos com Hipertensão		
	Total	Tipo 1		Tipo 2		Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.						
AC	128	15	17	46	50	2405	934	1471	499	182	317
AL	472	55	63	129	225	4606	1476	3130	1257	387	870
AM	527	63	116	156	192	4750	1832	2918	1337	494	843
AP	39	6	9	13	11	282	118	164	208	92	116
BA	2640	260	417	759	1204	37975	12365	25610	10668	3216	7452
CE	1226	141	184	335	566	12154	4046	8108	4450	1429	3021
DF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ES	474	61	73	155	185	6768	2681	4087	2211	751	1460
GO	580	122	101	156	201	9227	3451	5776	2900	990	1910
MA	1774	246	288	481	759	17554	6578	10976	4555	1574	2981
MG	2610	346	383	873	1008	44301	17058	27243	12721	4484	8237
MS	547	67	83	182	215	8410	3305	5105	2393	866	1527
MT	677	120	141	199	217	11749	4896	6853	3092	1252	1840
PA	1812	183	267	583	779	13384	5291	8093	4225	1469	2756
PB	583	78	108	172	225	7676	2601	5075	2739	835	1904
PE	1001	90	178	289	444	17306	5559	11747	5553	1619	3934
PI	427	47	65	121	194	6474	2427	4047	1430	523	907
PR	1302	196	230	407	469	20632	8005	12627	6038	2249	3789
RJ	1793	199	257	586	751	24609	8353	16256	9222	2990	6232
RN	726	65	102	209	350	7542	2434	5108	2805	831	1974
RO	354	43	58	113	140	6407	2459	3948	1715	586	1129
RR	42	6	8	10	18	413	166	247	125	41	84
RS	1545	180	213	504	648	28470	9977	18493	10078	3704	6374
SC	639	99	93	233	214	10037	3871	6166	2993	1166	1827
SE	263	22	44	84	113	3078	933	2145	1056	358	698
SP	4584	563	633	1606	1782	34047	13002	21045	18130	6844	11286
TO	405	87	81	101	136	4357	1874	2483	1261	487	774
Total	27170	3360	4212	8502	11096	344613	125692	218921	113661	39419	74242

Disponível em [www. SISHIPERDIA](http://www.SISHIPERDIA), acessado dia 13/03/11 às 19h40min.

Observa-se que no Município do Rio de Janeiro tem-se um total de 24609 clientes portadores de HAS, 1793 portadores de DM, onde 9222 portam DM e HAS, o que nos sugere que medidas de monitoramento de seus agravos devem ser amplamente difundidas e que a equipe de ESF deve estar apta para atender esta demanda crescente.

As consequências geradas para a sociedade através deste estudo pode significar uma melhor assistência de enfermagem prestada ao cliente e família, usuários da atenção básica. Para o Município de Itaboraí este estudo contribuirá com a perspectiva de cuidados de enfermagem preventivos, gerando menor custo para o mesmo com internação e/ou menos cirurgias e no reconhecimento do trabalho técnico e científico desenvolvido pelo profissional de enfermagem que atua neste.

O foco de atenção deste estudo é o saber-fazer do enfermeiro da ESF, lotados na atenção básica de saúde do Município de Itaboraí visando à prevenção de amputação dos membros inferiores dos usuários portadores de DM e HAS com risco de desenvolvimento da IA.

Contudo, não se fará ancoragem de referencial teórico nos diagnósticos da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* nesta pesquisa por entender-se que não é prática do enfermeiro no Brasil o uso dos diagnósticos como em NANDA, a enfermagem Brasileira se identifica com a resolução e identificação dos problemas como em Wanda Horta: necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, e determinam a dependência e as necessidades do cliente a partir destes achados no histórico de enfermagem, elaborando desta forma os cuidados de enfermagem da seguinte forma: Orientação, Supervisão, Encaminhamento. (HORTA, 1979).

A sistematização dos cuidados de enfermagem encontra-se prevista na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) no 358/2009 em seu artigo II diz que o “diagnóstico de Enfermagem (...) culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem (...) e, que constituem as ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados”.

Portanto, seja o usuário portador de diabetes mellitus ou hipertensão arterial, com risco de desenvolver IA, há necessidade de cuidados de enfermagem visando à manutenção da permeabilidade arterial; o enfermeiro da ESF deve estar atento para as complicações e agravos, intervindo com ações de enfermagem para que este usuário mantenha a permeabilidade arterial e assim prevenir a amputação dos membros inferiores.

1.2 Relevância

A relevância desta pesquisa prende-se ao custo benefício que ela produzirá para o usuário, família e comunidade que se envolve quando tal situação se apresenta. Os autores pesquisados para a produção do estudo trazem ações de saúde voltadas para o “pé diabético”,

valorizando o tratamento de úlceras e lesões, as orientações e condutas de enfermagem não constituem de achados novos, porém a sua discussão entre enfermeiros deve ser constante, visando a melhor qualidade de vida para o usuário e família.

Para compreensão do tema escolhido realizou-se busca de artigos científicos, em português, nos últimos dez anos, disponíveis na íntegra na internet, com os seguintes descritores: diabetes mellitus; amputação e cuidados de enfermagem. Os quadros abaixo foram produzidos para explicitação dos achados:

Quadro nº 3- Resultado preliminar na base de dados da BVS

DESCRITORES	BASE DE DADOS - BVS				
	LILACS	IBECS	MEDLINE	BDEF	TOTAL
Diabetes mellitus	3.779	899	68.710	315	73.388
Amputação	342	98	13.033	32	13.473
Cuidados de enfermagem	2.931	831	24.508	2.434	28.270

Disponível em 13 de dezembro de 2010 acessado as 15:00 h

Quadro nº 4- Resultado incluindo enfermagem na base de dados da BVS

DESCRITORES	BASE DE DADOS - BVS				
	LILACS	IBECS	MEDLINE	BDEF	TOTAL
Diabetes mellitus + amputação	57	6	240	0	303
Diabetes mellitus + amputação + cuidados de enfermagem	1	0	0	0	1

Disponível em 13 de dezembro de 2010 acessado as 20:00 h

No cruzamento dos descritores: “diabetes mellitus+ amputação+ cuidados de enfermagem” foi encontrado um único artigo, onde sua indexação não contempla a disponibilidade do texto completo on-line, sendo este excluído do estudo.

Determinamos construir a pesquisa com os descritores “diabetes mellitus e amputação”, onde encontramos 303 artigos, destes apenas 14 contemplavam nossos critérios de inclusão na pesquisa. Na leitura dos resumos disponíveis na Base de Dados, encontramos surpreendentemente alguns textos produzidos por enfermeiros, mas não indexados como tal. Verificamos na leitura qualitativa dos textos que a maior preocupação dos enfermeiros é direcionada as lesões nos pés, comum no portador de diabetes mellitus. Esta é refletida nos protocolos sugeridos para a manutenção do membro, através de curativos, cuidado com os pés e atenção a falta de sensibilidade causada pela neuropatia diabética. Recomendam-se tipos de

palmilha para os sapatos, levanta-se a questão da neuropatia diabética. Estes dados demonstram a preocupação dos enfermeiros com a manutenção dos membros inferiores dos indivíduos por ele atendido e que o assunto proposto é de interesse da academia pelo número de publicações, no entanto não houve uma preocupação voltada essencialmente para a da IA e prevenção da AMIs (Amputação de Membros Inferiores).

Outro ponto de relevância centra-se na prática de cuidar. O cuidado de enfermagem quer na realização direta quer na indireta ao cliente deve determinar um consenso sistemático que gerem um cuidar específico aos portadores de HAS e DM com fatores de risco para desenvolvimento da IA. Isto é, cuidados que utilize procedimentos técnicos definidores sobre ações preventivas, caracterizando intervenção de enfermagem. Estas serão indicadores de custo-benefício na prevenção das amputações e no desenvolvimento de propostas de intervenções mais objetivas.

Não se pode abstrair que um olhar clínico sobre o corpo do usuário, seu estilo, sua família, crenças e hábitos de viver parte do enfermeiro. As intervenções exitosas devem construir caminhos para a prevenção de amputações se o controle e a monitoração dos agravos forem mais explorados, conhecidos, compreendidos pela equipe de saúde, num conjunto de ações que estabeleçam intervenções de Enfermagem junto ao usuário e familiares.

O impacto esperado pelo estudo, não só no período desta investigação, é que a enfermagem busque conhecimento científico, considerando o seu SABER-FAZER para contribuir para a prevenção da AMIs em consequência dos agravos da DM e HAS; reconhecendo os fatores de risco e os sinais e sintomas da Insuficiência Arterial.

CAPÍTULO II

OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2- OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 – ESF e a Enfermagem

A Constituição Federal Brasileira marca uma nova era de pensamento político e social para a saúde; de seus desafios surgiu a Lei Orgânica de Saúde (LOS), a 8080/90, com mudanças estratégicas para a mesma e uma nova realidade para o serviço público, onde a “Saúde é um Direito de todos e dever do Estado”, dessas inovações vimos surgir uma enfermagem com mais autonomia, participativa como elo fundamental das propostas governamentais, vide os manuais dos Programas de Saúde que consolida a importância do trabalho do enfermeiro em suas políticas. (FIGUEIREDO; TONINI, 2007)

Mesmo sabendo que esta foi se fortalecendo como a aprendizagem e prática no âmbito dos profissionais de saúde, o modo de fazer ainda é frágil. Se considerarmos o Programa Estratégia de Saúde da Família como o espaço principal de fazer da enfermagem, mesmo bem remunerada como acontece em alguns Estados, é um Programa de Saúde relativamente novo (1996), em constante construção e modificações, onde o território Brasileiro apresenta-se de diferentes formas como espaços geopolíticos, sociais e culturais, supõem que falta-nos (enfermeiros) a experiência e saber para entender o indivíduo, a família e a comunidade, como uma ação centrada na ATENÇÃO BÁSICA. (FIGUEIREDO; TONINI, 2007)

O que temos conhecimento é de que o enfermeiro sabe e está preparado pela Instituição de Ensino Superior (IES), para atender o usuário portador de diabetes mellitus e hipertensão arterial com comprometimento vascular em membros inferiores “pé diabético”, observado pelas publicações de artigos científicos em revistas e meios eletrônicos.

Mesmo assim a experiência na prática tem demonstrado que suas ações decorrem da identificação de sinais e sintomas da doença, que são imediatas e não para uma intervenção preventiva, que exige ampliação da busca de sinais ou fenômenos indicadores do risco de desenvolvimento da Insuficiência Arterial de membros inferiores (IAMIs) visando à prevenção da amputação destes.

Há enfermeiros preparados para a consulta de enfermagem do usuário portador de DM e HAS com risco de desenvolvimento da IA? Entende-se que a avaliação do enfermeiro pode se dar através da consulta de enfermagem, que requer observação, no entender de DANIEL (1981), a observação é o ato, hábito ou poder de ver, notar e perceber; é a faculdade de

observar; é prestar atenção para aprender alguma coisa; é examinar, contemplar e notar algo através da atenção dirigida. Portanto, a intervenção do enfermeiro parte de exame atento do processo saúde-doença do usuário e sua prescrição se baseará na intenção de diminuir a morbidade e prevenir agravos, pelo menos é a ação que se espera e se não souber, que busque qualificação ou amplie suas leituras.

Atravessando o cuidado de enfermagem estão as políticas, o poder, o direito e deveres dos cidadãos verificados no discurso de cidadania, palavra tão utilizada nas aulas de saúde coletiva, que pressupõe direitos civis do indivíduo, mas ainda um processo em construção que necessita da participação da comunidade, governo e articulação das empresas particulares, segundo Pinsky (2003):

sonhar com cidadania plena em uma sociedade pobre, em que o acesso aos bens e serviços é restrito, seria utópico. Contudo, os avanços da cidadania, se têm a ver com a riqueza do país e a própria divisão de riquezas depende também da luta e das reivindicações, da ação concreta dos indivíduos.

Assim, o primeiro direito é a SAÚDE para todos e a segurança de que aqueles que cuidam estão sabendo o que fazem. A construção da cidadania só é possível quando se entende que a comunidade é o eixo norteador da saúde coletiva,

comunidade caracteriza-se por ser um espaço em que cruzam diversas referências que vão dar origem a saberes distintos daqueles que circulam nas instituições onde, tradicionalmente, as práticas dos cursos da área de saúde ocorrem. (FAGUNDES, 2005).

Neste sentido a comunidade irá necessitar de mecanismos para compor o fator de descentralização proposto pelo SUS, nesse aspecto o enfermeiro necessitará conhecer os princípios doutrinários do SUS, segundo o Ministério da Saúde, que são:

- Universalidade: acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.
- Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- Descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

- Participação da comunidade.

Com estes princípios são construídos os alicerces da ESF, no pensar do enfermeiro na coletividade, Figueiredo e Tonini (2007) coloca o SABER-FAZER da enfermagem no coletivo da seguinte forma:

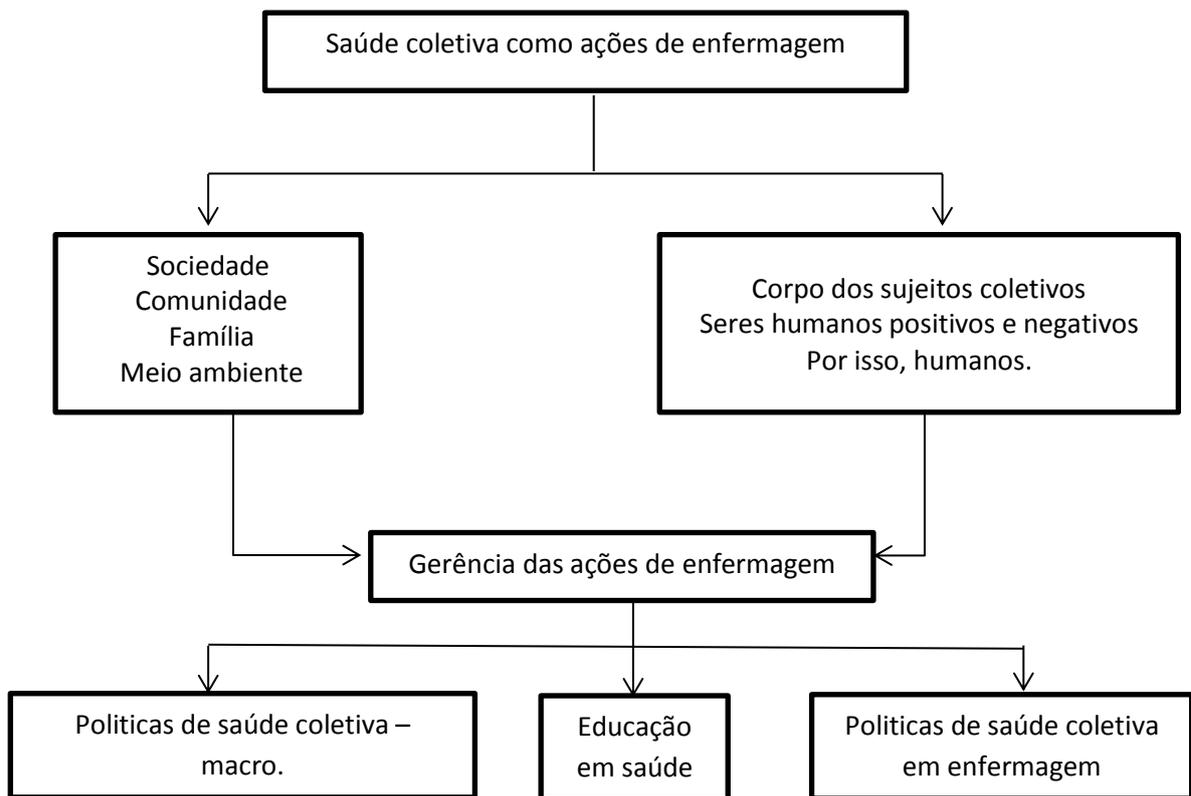


FIGURA.1 – FIGURA DOS SABERES E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA. Extraído do livro SUS E PSF PARA ENFERMAGEM: Práticas para o cuidado em Saúde Coletiva, 2007.

A figura 1 nos mostra que o FAZER em enfermagem possui várias implicações que determinam muitas das vezes o SABER dos enfermeiros, a todo o momento o enfermeiro é levado a pensar na gerência de suas ações, exigindo deste um planejamento de seus cuidados de enfermagem, respaldadas pelas políticas de saúde coletiva. A principal função do enfermeiro é (RE)conhecer os riscos do indivíduo de adoecer e assim desenvolver cuidados aqui entendidos como ação para a prevenção das doenças na comunidade, família e indivíduo, partindo do macro para o micro.

A enfermagem deve ser rastreadora de condições, levar as pessoas para a liberdade, a alegria, o desejo como saúde espiritual-corporal e assim encontrar “riscos positivos”. Riscos

entendidos como parâmetros ambientais circunstanciais, constitucionais e genéticos que estão presentes no corpo e no modo de viver. (FIGUEIREDO; TONINI, 2007)

Os riscos são agrupados em controláveis e não controláveis, podendo sofrer intervenção da enfermagem apenas os controláveis, por enquanto os não controláveis dependem de estudos mais apurados.

Sob esse pensamento, necessita-se reportar à Myra e Levine, teóricas de enfermagem, que na teoria holística, deve-se ter a visão do cliente como um “todo”. Esse modo de ver transforma a atuação do enfermeiro. Outra teoria que merece destaque é a teoria de Wanda Horta, que se baseia nas Necessidades Humanas Básicas, defendida por Maslow em sua teoria da motivação humana. Assim Horta indicou para a enfermagem as diversas etapas do processo de cuidar e elementos para o diagnóstico de enfermagem; ao se apropriar de Maslow defende que:

A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e revertem desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas: procura sempre conduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço. (1979, pag28)

Então podemos afirmar que a enfermagem inserida na saúde coletiva está em constante transformação em seu SABER-FAZER, construindo ações coletivas e individuais como afirma Figueiredo e Tonini: “*Saúde coletiva se faz pensando e agindo, se faz fazendo e isso é feito em uma conexão que movimenta a coletividade, que necessita de cuidados ou daqueles que cuidam dela.*” (2007).

Entendendo o corpo do enfermeiro como um radar, captando ruídos, cores e movimentos nos quais, aparentemente, tudo é visível e tudo está bem, (FIGUEIREDO; TONINI, 2007), o corpo do enfermeiro reage aos estímulos políticos, sociais e culturais, moldando o que SABE e o que FAZ como cuidados de enfermagem na coletividade, (RE)inventando práticas de enfermagem; nessa busca de adaptações ao que pode ou não pode ser cumprido, no que que é pré-estabelecido pelas Instituições Federais, Estaduais e Municipais que gerenciam as políticas públicas de saúde coletiva.

É imprescindível pensar no espaço/território onde o SABER-FAZER acontece, e onde se vive conhecimentos e experiências novas. Ao adentrar na casa da família passamos pela comunidade, lugar vulnerável e de riscos, onde os profissionais de saúde estão sem proteção

dos mimos das verdades básicas. Aprender a andar neste espaço leva tempo e nunca será possível conhece-lo totalmente. As casas escondem tudo àquilo que nós jamais conheceremos, pois o indivíduo ali inserido é dotado de particularidades e individualidades que muitas vezes não se deixa conhecer.

Provavelmente os agentes de saúde, que moram nela, saberão mais que a Equipe de Saúde. Entrar na casa do outro é invadir uma privacidade familiar, coletiva. A enfermagem sabe o que é isso, como sabem que para a nossa caminhada rumo à casa do doente necessita do domínio da geografia das ruas, dos caminhos e dos morros; é preciso fazer paradas subjetivas para pensar ruídos e movimentos, texturas, odores, sintomas ambientais e familiares.

Por isso existe uma diferença singular quando o usuário, ao ser atendido na unidade básica de saúde pode ou não possuir a patologia instalada, este atendimento busca a detecção de agravos, confirmações ou ainda a promoção da saúde, o ambiente está preparado e estamos cercados de colegas de trabalho.

Nesta busca para atender o usuário, a enfermagem atua baseada nos sinais e sintomas por ele apresentado, hoje em dia cada vez mais enfermeiros entendem que as intervenções de enfermagem devem ser seguras e sem riscos. Não nos cabe mais pensarmos apenas na patologia, o usuário ali atendido é dotado de referencias sociais, econômicas e familiares que demandarão formas de ser cuidado. Neste contexto suas necessidades devem ser vistas e entendidas como um corpo, localizado num espaço que tem necessidades fisiológicas, segurança e proteção, amor e gregarismo, autoestima e auto realização, como nos fala Maslow (POTTER, 2004).

A luz de Horta (1979) elaborou-se o processo de enfermagem, com integração das necessidades humanas básicas com as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente diabético e hipertenso que busca a ESF para solução de suas queixas.

Inicialmente realizamos uma leitura apurada sobre o processo de enfermagem segundo Horta, separamos as necessidades básicas relacionando as possíveis queixas do cliente portador de DM e HAS, com risco de desenvolvimento da IA, quando este é atendido na atenção básica. Depois ordenamos as queixas, identificando segundo o grau de dependência do cliente; a saber: dependência TOTAL ou PARCIAL: de ORIENTAÇÃO, de SUPERVISÃO, de AJUDA e de ENCAMINHAMENTO.

Para cada dependência existem cuidados de enfermagem, que foram pensados segundo a orientação de atribuições do enfermeiro encontradas nos Cadernos de Atenção Básica, ficando assim disposto:

Quadro nº 5- Processo de enfermagem segundo Wanda Horta (1979), para usuários portadores de DM e HAS com risco de desenvolver a IA de membros inferiores visando à prevenção de amputações.

Proposta de plano de cuidados para a prevenção de IA do cliente portador de DM e HAS – PREVENÇÃO			
Diagnóstico de enfermagem		Cuidados de Enfermagem	Esperado com as ações de enfermagem
Necessidades básicas	Grau de dependência		
Educação à saúde Segurança emocional	O	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular o conhecimento da patologia. ▪ Orientar quanto o cumprimento da dieta, solicitada pelo serviço de nutrição. 	Que o usuário se adapte ao plano de cuidados da equipe multiprofissional.
Educação à saúde Segurança emocional	O	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar quanto a sua patologia. ▪ Orientar sobre a importância do controle da patologia base, visando à diminuição dos riscos para a IA. ▪ Explicar as causas da IA. 	Diminuir a possibilidade de IA e agravos como a amputação de membros inferiores.
Atenção Segurança emocional. Nutrição	O	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar a família sobre a necessidade de participação do plano do terapêutico do paciente. ▪ Orientar a família sobre a dieta ▪ Orientar a família sobre cuidados com o usuário 	Tornar a família participativa nas ações de atenção ao usuário. Estimular a manutenção do vínculo família-usuário.
Mecânica corporal Integridade cutaneomucosa	S	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular a deambulação frequente. ▪ Orientar quanto ao posicionamento ideal do corpo ao deambular 	Manter a mobilização evitando a estase sanguínea.
Segurança emocional	E	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encaminhar ao serviço de psicologia ▪ Encaminhar ao serviço de nutrição ▪ Encaminhar ao serviço de fisioterapia. 	Atuar junto à equipe multiprofissional visando à manutenção do bem estar do usuário, através dos registros do estado geral e de saúde do usuário.
Mecânica corporal Integridade cutânea Regulação vascular	O S	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular a deambulação ▪ Orientar quanto à movimentação do membro afetado mesmo em repouso ▪ Orientar quanto à massagem no membro afetado ▪ Manter membro inferior aquecido 	Ativar a circulação sanguínea. Manter a funcionalidade do membro inferior.
Percepção sensorial aguda	O S E	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aferir a intensidade da dor junto ao usuário segundo escala visual analógica (EVA). ▪ Estimular a percepção da dor segundo escalas 	Cessar a dor aguda. Ensinar ao usuário a conhecer o seu corpo e base fisiopatológica da dor para melhor compreende-la.

		<p>esquemáticas utilizadas no serviço, evitando a sobrecarga de analgésicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar medicação analgésica 	Evitar o desconforto causado pela dor
Percepção sensorial crônica	O S E	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aferir a intensidade da dor junto ao usuário segundo escala (EVA). ▪ Estimular a percepção da dor segundo a escala, evitando a sobrecarga de analgésicos. ▪ Administrar medicação analgésica conforme prescrição médica. 	Minimizar a dor crônica. Ensinar ao usuário a conhecer o seu corpo e base fisiopatológica da dor para melhor compreendê-la. Evitar o desconforto causado pela dor
Religiosa	E O	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encaminhar ao orientador espiritual de sua religião. ▪ Amparar as suas necessidades espirituais 	Manter o usuário agregado a sua espiritualidade
Educação à saúde Exercícios	O S	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular a caminhada ▪ Estimular a realização de atividades físicas. ▪ Orientar quanto à realização das suas tarefas diárias 	Evitar o sedentarismo visando à diminuição de complicações da circulação sanguínea.
Cuidado corporal Mecânica corporal	O	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar quanto ao seu corpo ▪ Estimular a leitura sobre a patologia. ▪ Estimular a compreensão quanto à funcionalidade dos membros inferiores 	Melhorar a imagem corporal através do conhecimento de si.
Regulação vascular Dieta Mecânica corporal Integridade cutaneomucosa	O S	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar quanto o controle da glicose capilar ▪ Orientar quanto à dieta prescrita ▪ Orientar quanto o uso de sapatos e palmilhas adequadas ▪ Orientar quanto aos cuidados com os pés. ▪ Orientar quanto à ingestão hídricas, para evitar o aparecimento de infecção urinária. 	Manter o usuário livre de infecções.
Gregária	O E S	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encaminha-lo ao grupo de apoio ▪ Estimular a participação de familiares no tratamento 	Fazer com o usuário tenha uma melhor integração com a sociedade.

Adaptação da autora do processo de enfermagem segundo Wanda Horta as necessidades dos clientes com risco de desenvolvimento de IA.

2.2 – A Organização Municipal de Itaboraí e a ESF



Figura 2 – Mapa do Município de Itaboraí.

O Município de ITABORAÍ tem uma população de 218.008 habitantes (IBGE, Censo 2010). A diretriz da “Saúde da Família” recomenda que o município disponibilize uma Equipe de Saúde da Família (eSF) a cada 3.000 habitantes. Desse modo, o município precisaria de 73 equipes-padrão para oferecer cobertura a 100% de sua população. O município possui implantadas 45 eSF, de modo que seriam necessárias mais 28 equipes para o município atingir a quantidade de equipes recomendada pelo Ministério da Saúde, visando à cobertura de 100% da população com a Estratégia Saúde da Família. (Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011).

A Atenção Básica (AB) tem a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização de acordo com os preceitos do SUS. Tem como objetivos, ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Primária à Saúde; possibilitar acesso

universal à saúde; efetivar a integralidade das ações da AB; promover o cuidado integral e contínuo ao usuário, família e comunidade; estimular o controle social e a participação popular; contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. (Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011).

Com o propósito de reduzir a morbimortalidade o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, a proposta visa o estabelecimento de uma parceria entre o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Sociedades Científicas e Associações de Portadores de HA e DM para apoiar a reorganização da rede básica de saúde, mediante o desenvolvimento de ações articuladas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. (BRASIL, 2002).

No Município de Itaboraí o DM e a HAS possui uma coordenação subordinada a subsecretaria da atenção básica, as ações voltadas para o programa partem de instruções dos cadernos de atenção básica nº16 para a diabetes mellitus e nº15 para a HAS. A enfermagem da ESF encontra-se assim inserida no programa de cuidados ao cliente diabético e hipertenso:

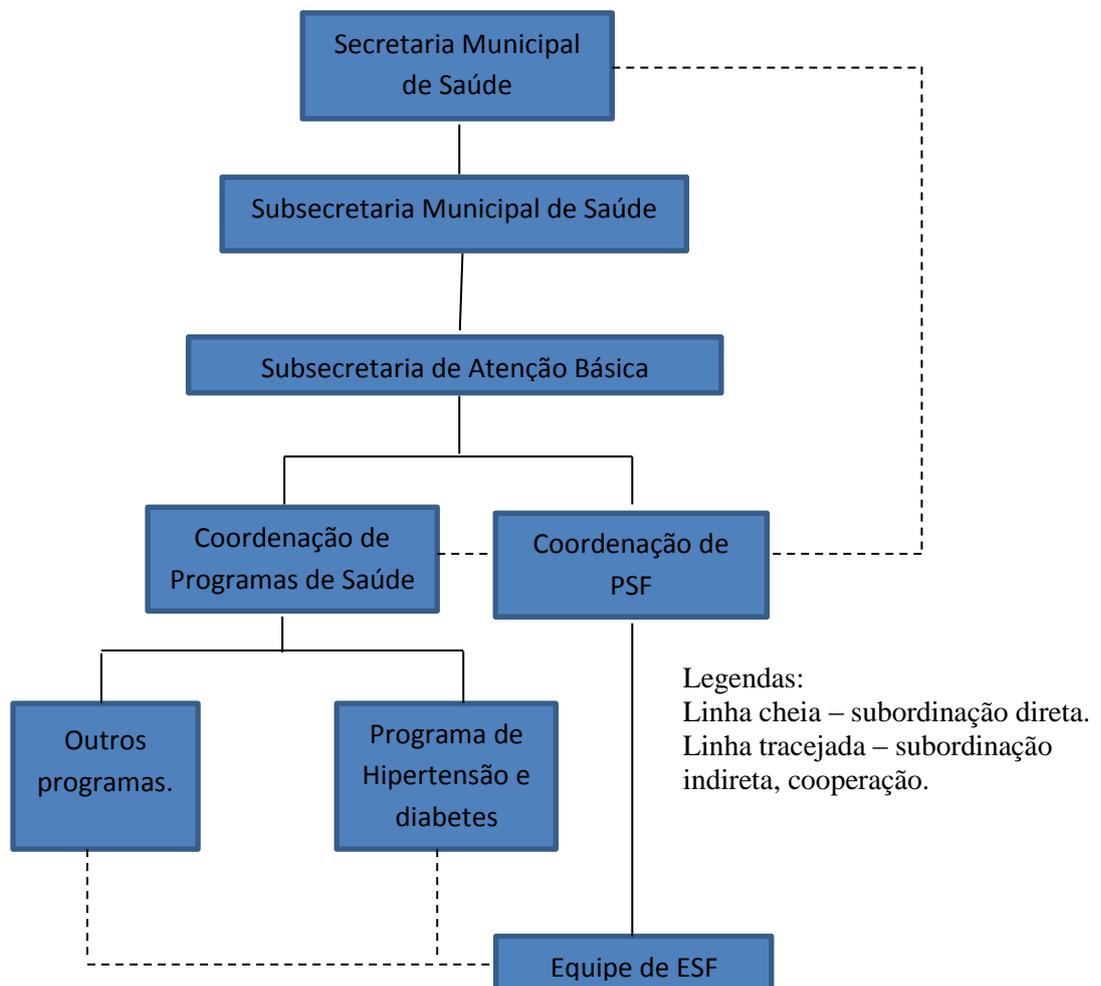


FIGURA 3 Organograma de funcionamento hierárquico da Saúde no Município de Itaboraí.

Observando o organograma temos visualizado que o enfermeiro da ESF é diretamente referenciado a coordenação do PSF, mas que paralelamente a esta coordenação ele encontra-se vinculado à coordenação dos Programas de Saúde, demonstrando a necessidade do SABER-FAZER generalista. Para um bom atendimento na ESF o enfermeiro necessita saber sobre os programas e saber-fazer (cuidados de enfermagem), por ocasião do seu atendimento ao indivíduo, família e comunidade.

Nos manuais encontramos as diretrizes de cuidados divididos em programas, e o conhecimento do enfermeiro sobre as patologias é de fundamental importância para o êxito destes, tais conhecimentos podem ser adquiridos através da leitura e/ou treinamento em serviço, mas cabe ao profissional a busca deste conhecimento quando não é ofertado pelo Município empregador.

2.3 Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica.

Segundo Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2011), o Diabetes Mellitus (DM) é causado por uma insuficiência ou ausência de insulina, ou ainda a resistência orgânica as ações desse hormônio, é tida como uma doença crônica, uma vez diagnosticada, o indivíduo deverá saber conviver com a doença, minimizando as suas consequências. Para Brasil (2006), diabetes mellitus é:

Um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos (...).

O DM tipo 1, é percebido como a ausência total deste hormônio, inicia-se na infância e adolescência, enquanto que o tipo 2 é caracterizado pela resistência a insulina em graus variáveis, acredita-se que metade dos indivíduos acometidos pela doença ainda não foram diagnosticados, geralmente diagnosticado na vida adulta, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2011).

Izzo Junior (2008) traz como fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 o seguinte:

- IMC (índice de massa corpórea) maior ou igual a 27;
- Historia familiar de diabetes;

- Historia de diabetes gestacional, intolerância a glicose ou parto de bebe maior de 4 Kg;
- Níveis de triglicerídeos acima ou iguais a 250 mg/dl ou níveis de lipoproteínas de alta densidade menores ou iguais a 35 mg/dl;
- Hipertensão arterial;
- 45 anos de idade ou mais e
- Glicemia de jejum acima de 99 mg/dl.

Brasil (2006) através do caderno de atenção básica nº15 classifica a pressão arterial (PA) em adultos como: **Normal** (PA sistólica < 120 mmHg e PA diastólica < 80 mmHg), **Pré-hipertensão** (PA sistólica 120-139 mmHg e diastólica 80-89 mmHg), e a HAS em **estágio 1** (PA sistólica 140-159 mmHg e a diastólica 90-99 mmHg) e **estágio 2** (PA sistólica \geq 160 mmHg e a diastólica \geq 100 mmHg).

Segundo Izzo Junior (2008), os fatores de risco para a hipertensão arterial são:

- Historia familiar
- Raça
- Estresse
- Obesidade
- Dieta rica em sódio ou gordura saturada.
- Tabagismo
- Uso de anticoncepcionais
- Sedentarismo
- Envelhecimento.

Quadro nº 6 – Relação dos fatores de risco e HAS

Fatores de risco	Números totais	Porcentagem
Tabagismo	1.638.104	18,10%
Sedentarismo	3.998.978	44,20%
Sobrepeso/obesidade	3.692.312	40,81%

Disponível em www.SISHIPERDIA acessado em 14/03/2011 as 17:00

No quadro acima se observa que 44,20% dos pacientes que desenvolvem HAS são sedentários e isto favorece a insuficiência arterial (IA), pois ela é causada pela formação de

placas de ateroma na camada íntima da artéria. A formação desta placa tem como fatores de risco a hipertensão arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, obesidade, dislipidemia, tabagismo, dito como fatores controláveis e a hereditariedade como causa incontrolável. Estas placas diminuem o fluxo sanguíneo nas artérias, podendo gerar sua total obstrução, levando ao aparecimento de sofrimento tecidual; é responsável em 31% dos 61% dos casos de amputação de membros inferiores (AMIs), causada pela gangrena (SPICHLER, 2004).

Tais afirmações são encontradas em Brunner & Suddart (2003) que classificam os fatores de risco para a aterosclerose em duas modalidades: a) controláveis: dieta, pressão arterial elevada, diabetes, estresse, estilo de vida sedentário e fumo e b) incontroláveis: idade e sexo. Reeves e Lockhart (1999) citam a mesma classificação e acrescentam nos fatores não controláveis a história familiar.

Tanto a hipertensão arterial como o diabetes mellitus é evidenciada em maior número no sexo masculino, porém na hipertensão arterial após os 74 anos a incidência é maior em mulheres (SBD, 2011).

2.4 – Sequelas do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial

O diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são doenças insidiosas responsáveis pelas principais causas de afastamento do serviço, mexendo com a economia do país. As sequelas orgânicas provenientes dessas doenças crônicas são responsáveis pela incapacidade laborativa, por deformidades e baixa autoestima, agravando o problema social das doenças. Abaixo apresentamos os números totais de usuários sequelados pela diabetes mellitus e hipertensão arterial no Estado do Rio de Janeiro, segundo dados do SISHIPERDIA.

Quadro nº 7- Prevalência de sequelas em usuários

Sequelas	Números totais
Infarto agudo do miocárdio	33.261
Outras coronariopatia.	41.732
Acidente vascular cerebral	32.778
Amputação por diabetes	3.775
Pé diabético	7.956
Doença renal	31.054

Disponível em www.SISHIPERDIA acessado em 14/03/2011 as 17:40 h

2.4.1 – Insuficiência Arterial

A Insuficiência Arterial (IA) pode ser sintomática ou assintomática. Nas formas sintomáticas leves o paciente refere à sensação de câimbras ao exercício físico que cessa em repouso. Esta dor pode ser sentida ao caminhar e é também chamada de claudicação intermitente. Na forma moderada o paciente apresenta dor mesmo em repouso e esta pode evoluir para a forma mais grave e preocupante quando surgem às lesões, se pensarmos que a falta de oxigenação nos tecidos impede a cicatrização. (MAFFEI et. al, 2008)

O quadro abaixo estratifica os riscos de um usuário às patologias que podem levá-lo a insuficiência de fluxo arterial. O seguimento em cinza indica os fatores com maior potencial ao usuário e os em negrito de risco moderado.

Quadro nº 8 – Demonstrativo dos fatores de risco encontrado na literatura

Fatores de risco		
Diabetes mellitus	Hipertensão arterial	Doença arterial obstrutiva periférica
	Uso de anticoncepcionais	
Historia familiar de diabetes	Historia familiar de hipertensão arterial.	Historia familiar
45 anos de idade ou mais	Envelhecimento	45 anos de idade ou mais
Sedentarismo	Sedentarismo	Sedentarismo
IMC (índice de massa corpórea) maior ou igual a 27	Obesidade	Obesidade
Glicemia de jejum acima de 99 mg/dl		
Historia de diabetes gestacional, intolerância a glicose ou parto de bebe maior de 4 Kg.		
	Raça	
	Estresse	Estresse
	Dieta rica em sódio ou gordura saturada	Dieta rica em sódio ou gordura saturada
	Tabagismo	Tabagismo
Níveis de triglicérides acima ou iguais a 240 mg/dl ou níveis de lipoproteínas de alta densidade menores ou iguais a 35 mg/dl		Dislipidemia
Hipertensão arterial		Hipertensão arterial
		Diabetes mellitus
	Sexo masculino	Sexo masculino

Disponível em www.SISHIPERDIA acessado em 14/03/2011 acessado as 17:10 h

A insuficiência arterial dos membros inferiores produz isquemias, e sintomas como: dor, alterações cutâneas, pulso diminuído e possível edema. Para Rutherford a insuficiência arterial aguda é marcada por cinco sinais e sintomas clássicos os cinco “pês”: *pain* (dor), *pulselessness* (ausência de pulso), *paliness* (palidez), *paralysis* (paralisia) e *paresthesias* (parestesia) (in: HARKER, 1999).

O diagnóstico diferencial entre a dor arterial e a venosa é percebido pelo usuário da seguinte forma: a dor por alteração arterial é tida como claudicação (dor aguda e constante e incessante) enquanto que na venosa temos as câimbras e dolorimento. (MAFFEI et. al, 2008)

Para caracterizar a isquemia o profissional deverá determinar a presença de pulsos periféricos, a ocorrência nos MMII é diagnosticada de forma subjetiva (podendo o examinador confundir o seu próprio pulso com o do usuário), com controle do pulso na artéria tibial posterior, na artéria dorsal do pé e na artéria poplítea; segundo Brunner & Suddart “a ausência de um pulso pode indicar que o local de estenose (estreitamento ou constrição) é proximal a localização” (2002).

A palidez é comum no início, mas pode ser convertida em cianose. As alterações de temperatura também são acentuadas (*coolness*) sendo verificado mais rapidamente do que a cianose (RUTHERFORD in HARKER, 1999).

A paralisia ocorrerá como risco para o tempo de isquemia do membro afetado, geralmente com forte referência as indicações de amputação, a parestesia (sensação de dormência), poderá ser progressiva com percepção sutil inicialmente. (MAFFEI et. al, 2008)

A avaliação diagnóstica para verificação do desenvolvimento da IA deverá ser valorizada pelo enfermeiro e nelas incluímos:

- a) Inspeção simultânea de ambas as extremidades para avaliação de cor (o membro afetado apresenta palidez à elevação, enchimento retardado e rubor pendente), temperatura (o membro afetado pela isquemia torna-se frio), condições da pele (esta poderá apresentar descamação e ressecamento).
- b) Observar presença de lesões, ulcerações, atrofia e edemas, estas são indicativas da gravidade da isquemia;
- c) Palpação dos pulsos dos membros inferiores (femoral, poplíteo, tibial posterior e pedioso), estes devem ser graduados em normal, diminuído e ausente;
- d) Verificação do pulso arterial nos membros inferiores com a ausculta de fluxo por ultrassom com doppler (detecta o fluxo sanguíneo nos vasos periféricos), requer treino e habilidade auditiva para detectar as alterações de fluxo, no local da estenose encontraremos o aumento da velocidade e diminuição do fluxo.
- e) Verificação da pressão arterial do tornozelo (que combinado com o ultrassom é um indicador objetivo de doença arterial);
- f) Teste de esforço (mede a resposta da pressão arterial após caminhada, realizada em esteira com inclinação de 10%, numa

velocidade de cerca de 2,4 Km por hora), em um paciente com claudicação a pressão do tornozelo cai após o esforço.

- g) Registro do índice tornozelo/braço; consiste na verificação da pressão de artérias distais (pediosa ou tibial posterior) com auxílio de aparelho ultrassônico e a verificação da pressão arterial em ambas as artérias braquiais, se houver discrepância entre elas utiliza-se a de maior valor, a razão entre a pressão distal e a braquial caracteriza o índice isquêmico: de 0,9 - 1,3 é considerado normal, de 0,4 - 0,9 é encontrado em clientes com claudicação, e os que apresentam dor em repouso possuem índice tornozelo/braço abaixo de 0,4, e 0,25 quando apresentam úlceras isquêmicas ou necrose. (PICCINATO, CHERRI, MORIYA, 2001. BRUNNER & SUDDART, 2002).

Rutherford propõe a classificação clínica da isquemia aguda de membros em três grupos distintos:

- a) Viável: presença de dor em repouso, porém sem ameaça imediata ao membro, que mostra ausência ao déficit neurológico ou fraqueza muscular;
- b) Ameaçado: isquemia irreversível, membro salvável, sendo possível evitar a amputação,
- b-1) marginalmente ameaçado (pode apresentar dormência e pequena perda sensorial restrita aos artelhos),
- b-2) ameaça imediata (dor isquêmica em repouso persistente, perda da sensibilidade além dos artelhos), pode ser salvo pela revascularização imediata e;
- c) Inviável: perda da sensibilidade, paralisia muscular acima do pé, ausência de enchimento capilar (evolui para amputação). (in: HARKER, 1999).

A doença arterial crônica dos membros inferiores, por recomendação da *Society for Vascular Surgery*, (MAFFEI et. al, 2008), leva em consideração os critérios hemodinâmicos transformando os quatro grupos existentes em seis, são eles:

- Grau 0: com quadro clínico assintomático,
- Grau 1: claudicação leve,
- Grau 2: claudicação moderada,
- Grau 3: claudicação grave,
- Grau 4: dor em repouso,
- Grau 5: perda tecidual pequena e perda tecidual extensa

O tratamento clínico requer exercícios físicos (marcha) e completa cessação do tabagismo, controle das causas controláveis, além de medicamentos antiplaquetários e controle rigoroso dos fatores de risco para aterosclerose (correção do perfil lipídico, redução do peso corpóreo, tratamento da hipertensão e controle da glicemia). (MAFFEI et. al, 2008)

Abaixo listamos as artérias que são acometidas pela obstrução arterial e que quando atingidas obstruem os membros inferiores, com seus sinais e sintomas, através deste quadro o enfermeiro pode supor a localização da obstrução. (IZZO JR, 2008).

Quadro nº9- Sinais e sintomas de obstruções arteriais

Local da obstrução	Sinais e sintomas
Bifurcação a aorta (obstrução com bloqueio em sela: uma emergência médica associada à embolização cardíaca).	Déficits sensoriais e motores (fraqueza muscular, parestesia e paralisia) e isquemia (dor de início súbito, pernas frias e pálidas com redução ou ausência dos pulsos periféricos) dos membros.
Artéria ilíaca (síndrome de Leriche)	Claudicação intermitente da região lombar baixa, das nádegas e das coxas, que é aliviada em repouso, redução ou ausência dos pulsos femorais ou distais, pele brilhante e descamativa, perda dos tecidos subcutâneos; deformidade das unhas, ampliação do tempo de enchimento capilar, palidez dos pés quando ficam elevados, pode haver sopro nas artérias femorais ou impotência sexual masculina.
Artérias femorais e poplíteas (associadas à formação de aneurisma)	Claudicação intermitente das panturrilhas ao fazerem esforço; dor (associada à formação isquêmica nos pés); dor pré-atrôfica (prenúncio de necrose e ulceração); palidez e redução da temperatura da perna; pele brilhante e descamativa, perda de tecidos subcutâneos e ausência de pelos no membro acometido; deformidade das unhas; prolongamento do tempo de enchimento capilar, palidez dos pés quando elevados, gangrena, ausência de pulsos palpáveis no segmento distais a obstrução; e sopro detectável por ausculta da região afetada.

Disponível em Vieira de Mello, 2002.

2.5 – A Amputação de Membros Inferiores e seus Custos

A amputação é entendida como a retirada de um membro por traumatismo e/ou doenças, (CAROMANO et al., 1992). A de membros inferiores torna o indivíduo suscetível à discriminação. Já que as cidades em seus planos urbanos e o comércio, não são preparadas para receberem um indivíduo cadeirante, com limitações de movimento.

O custo anual do governo com tal procedimento é enorme, incluindo a internação, aposentadoria e pensões. Os custos de uma amputação não pagam as questões sociais e psicológicas e o ato cirúrgico é oneroso indo além da capacidade financeira de muitos brasileiros, pois, segundo o professor Oliveira Junior (2006) engenheiro e professor da Universidade de Campinas, uma prótese simples e sem precisão é vendida por R\$ 1.500,00 e são as mais usadas devido ao preço e subsidio do governo. Enquanto que uma prótese de alta tecnologia – as micro controladas - produzidas no exterior são vendidas por US\$ 25 mil e as não micro controladas são vendidas por US\$ 10 mil, (in: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS).

2.6 – A História da Enfermagem e a Construção do Saber-Fazer

Há mais de cem anos que os profissionais que exercem a enfermagem avançam, saindo de uma pratica empírica, não científica centrada em trabalho manual, desenvolvido por mulheres freiras ou não, que cuidavam das pessoas mais pobres, não hospitalizadas ou em casas de caridade onde não havia oportunidade de aprenderem sobre doenças e sobre o que faziam.

No Brasil a primeira Escola de enfermagem nasce no século XIX e as mulheres e homens que tinham afinidade para cuidar do outro foram selecionados para cuidar de alienados que também deveriam ter outras doenças, incluindo HAS e DM (KLETEMBERG E SIQUEIRA, 2003).

No mesmo século surgiu na Inglaterra uma proposta de Enfermagem moderna tendo como mentora a inglesa Florence Nightingale que investiu sua vida em fortalecer a profissão de Enfermagem. Seu saber e pratica ampliou-se nas experiências da Guerra da Criméia e era saber advindo de usuários de alta complexidade porque envolvia soldados no campo de batalha.

Nightingale passou a vida pensando e escrevendo sobre a Enfermagem decorrente de suas intervenções e de como poderia ser uma “boa enfermeira”. Esta deveria saber como fazer para que o doente fosse restaurando de sua doença. Foi ela, também, que nos incitou a pensar a Enfermagem como arte, ciência e ideal, e desenvolveu pesquisas interventivas, demonstrando que a higiene era responsável pela restauração da saúde.

Suas observações registradas provam isso, pois fez investigação interventiva (separava os doentes contaminados dos não contaminados). Também, comprovou que era

necessária certa organização ambiental, administração, ordem, compromisso e liderança para desenvolver o que ela chamou de controle de atividades do cotidiano.

A evolução da Enfermagem Brasileira se fortalece no século XX a partir das orientações de Nightingale, mas ainda esta “longe de se tornar ciência” por que por mais de 80 anos ela investiu em classificar e diagnosticar o que fazemos e o que estamos investigando, a partir de observações sem controle.

É com a Pós-graduação, a partir da década de 80, (século XX), que a Enfermagem inicia seu caminho em investigações mais ousadas, embora não demonstrem e nem provem que o cuidado é terapêutico, é restaurador como orientava Nightingale, nossas afirmações baseiam-se em evidências empíricas.

Na busca de se fortalecer como profissão, a Enfermagem tanto no ensino como na prática, se fundamenta no saber médico e tende maciçamente a se preocupar com as doenças, seus sinais e sintomas e deixar de lado a saúde e os cuidados como interventivos, principalmente, no campo da assistência hospitalar.

Resgatar Nightingale neste estudo é fundamental para ancoragem teórica da construção científica de estudar o objeto de pesquisa e da aplicação de um plano de intervenção para obtenções de evidências científicas exitosas no modelo de cuidar deste tipo de usuários.

Os usuários deste estudo, diabéticos, hipertensos ou não, são doentes. Seres humanos que sob cuidados no modelo assistencial de Nightingale, receberiam uma maneira organizada de cuidar; sendo atual e possível de ser aplicado, pois “sugere que ao invés de unicamente observar, ela mensura, conta, compara, sistematiza em condições incisivas, combinadas com recomendações para a ação. Ela seguia um método clínico e em certo momento, escreveu que era necessário decidir por si mesmo... (...)...” (GARCIA E CABRAL, 2010).

Na década de 60, com investida de Wanda Horta, a enfermagem brasileira inicia que começa a pensar em diagnóstico e sistematização da assistência como modo de organizar e cientificidade à profissão. Para, essa autora:

a Enfermagem tem se firmado como uma prática científica e uma requente busca por uma ciência do cuidado, fazendo diagnóstico que é exclusivamente seu, sempre com objetivos de; manter a saúde, prevenir a doença, detectar sinais e sintomas de desvio de saúde; restabelecer ou recuperar a saúde, implementar terapêuticas médicas e promover a saúde através de ações de intervenção ‘de orientação, ajuda, encaminhamento e supervisão ou de cuidados diretos quando o doente é dependente total de cuidados de Enfermagem (HORTA, 1979).

À época, sugere um processo de cuidar para qualquer usuário, onde o diagnóstico é parte dele e é assim sugerido:

- Histórico: anamnese de enfermagem; o que o doente me diz (escuto) e o que eu vejo (olhar clínico) – exame físico (registro).
- Uma lista de situações-problema com vistas ao diagnóstico (registro)
- Diagnóstico – menor, média e maior complexidade e de dependências (registro).
- Intervenção – plano de cuidados para cada situação (registro)
- Avaliação da intervenção – em que se sentem reflexos ou respostas do que foi proposto e podem surgir novas intervenções.

Neste século XXI, existe um movimento dos órgãos fomentadores dos cursos de Pós-graduação da Enfermagem para investir em pesquisas interventivas, o que nos encaminha para a busca de riscos que tem o objetivo de descobrir vulnerabilidades não só do usuário submetido à revascularização ou a outro ato médico. Mas, aquilo que é o ato de enfermagem e que não busca saber apenas os riscos epidemiológicos, porém riscos no modo de viver e de ser de cada um de seus usuários que, mesmo tendo a mesma doença, são diferentes e singulares. Agem e reagem diferentemente às diversidades a que são submetidos, e que a Enfermagem pode investigar como seus cuidados são propostos a fim de saber como os doentes respondem a eles.

A intervenção de enfermagem deve ser entendida não como um procedimento comum e não rotina para ser aplicada a todos, porque cuidar é mais que isso. Para Figueiredo, Carvalho, Queluci e Silva (2004), a intervenção de enfermagem traduz-se em ato (científico) de Enfermagem. Requer diagnóstico, intervenção e avaliação.

Tem-se que o termo ato confere com a terminologia filosófica a linguagem de alguns autores e ele se distingue de “ação”, ou seja, “(...) ação designa um processo que pode comportar vários atos. Passar ao ato é fazer algo preciso. Passar a ação é compreender algo mais amplo (...)” (FIGUEIREDO, CARVALHO, QUELUCI E SILVA, 2004).

Na época atual, a Enfermagem tem pensado seus usuários por inteiro, em qual o cuidado com o seu corpo e ambiente é o objeto único de enfermagem.

É importante considerar que ninguém está preparado para perder parte do seu corpo e este é problema no cuidado de Enfermagem, no processo de cuidar, na descoberta de diagnóstico ou em situação de risco, por isso deve perguntar sempre: Quem é essa pessoa? Ela tem compreensão de sua situação de saúde?

O olhar holístico da enfermagem a impele a traçar planos de cuidados gerais. Como cada usuário é diferente do outro, a tomada de decisão de como o cuidado deverá acontecer depende do dissenso de cuidar humanizado e sistematizado.

Saber sobre o corpo, segundo Figueiredo cols. (2009), é saber destacar elementos de uma conduta clínica em saúde, ampliar o interesse para fora dos sinais e sintomas, buscar nos signos – expressão corporal – o ajuste singular de saber ouvir e olhar o outro. Desse modo, esses autores afirmam: “ao olhar para o outro, não podemos ver apenas a estrutura anatômica organizada por órgãos e sistemas sem pensar na alma, no corpo que não é apenas dividido em cabeça, tronco e membros”.

2.7 A LUZ E OS CONTEÚDOS

Não existiria cor senão houvesse a luz, não haveria luz senão fosse à escuridão, tudo que cala fala mais alto ao coração.

Lulu Santos

A luz é o que permite que os objetos sejam visualizados, a iluminação nos faz enxergar as formas e suas cores, é ela quem nos permite vislumbrar o arco-íris e sua dimensão, sem ela tudo seria a escuridão, a ausência da luz, a ausência de forma, cores, saber e fazer.

Na busca de iluminar os conteúdos ditos pelos enfermeiros na ESF, acerca do que SABEM e FAZEM quando cuidam de clientes portadores de DM e HAS na ESF, rastreando e cuidando da IA e assim impedir a AMIs, nos apropriamos de dois autores que emprestaram seus pensamentos e através deles e porque não dizer com eles, fundamentamos as nossas análises e categorias.

Os pensamentos de Foucault (1990) com *As palavras e as Coisas* enriqueceu a primeira GAVETA – SABER, sendo utilizada para explicar os ditos e não ditos, o que se pensa saber, mas na verdade não se sabe, tentativas fugaz de encobrir com a escuridão as lembranças vagas e a falta do exercício da prática sobre o assunto na qual investigamos. Em *PALAVRAS e as COISAS*, Foucault ilumina o que se diz (palavras) e o que se faz (coisas), montando uma teia de simpatias e conveniências apropriadas para o preparo de desenlace da segunda GAVETA – FAZER.

Freire (2011) é o convidado para bailar conosco com as palavras e discutir as implicações do SABER-FAZER dos enfermeiros através da Pedagogia da Autonomia. Este SABER-FAZER que buscamos para a prevenção da amputação de membros inferiores é seu pensamento que será capaz de dar forma aos conteúdos gerados pelos enfermeiros entrevistados e assim poderemos analisar como estes construíram o seu conhecimento.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

O método é qualitativo, pois não se pretende quantificar o saber e nem o fazer dos enfermeiros sobre a prevenção de amputação dos membros inferiores e sim conhecer o contexto da realidade em que estão sabendo e fazendo. Para Silva (2001) o ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave e a análise dá-se indutivamente.

Brevidelli e Domenico (2006) citam que a pesquisa descritiva também pode ser chamada de exploratória, pois busca informações apuradas a respeito de sujeitos, grupos, instituições ou situações a fim de caracterizá-los e evidenciar um perfil. A descrição dos resultados implica a apresentação dos dados obtidos, de maneira imparcial, isto é, sem nenhum julgamento de valor.

A pesquisa é do tipo descritiva sobre o saber-fazer dos enfermeiros necessários para o cuidar do cliente portador de DM e HAS com risco de desenvolver a insuficiência arterial, com a finalidade de prevenção da amputação de membros inferiores. De acordo com Gil (1996) este estudo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis e estuda as características de um grupo.

LoBionbo-Wood (2001) afirma que esta abordagem estuda as pessoas em seus ambientes naturais, sob a crença de que elas “atribuem significado a suas experiências” no contexto da vida. Pope (2009) diz que através dela os atores serão analisados em seu ambiente, não havendo a interferência do entrevistador.

Silva (2001) considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números, esta interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Assim, o processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

- PRIMEIRO MOMENTO METODOLÓGICO – A escolha do espaço de produção de dados.

Escolhemos o Programa de Estratégia da Saúde da Família da Região Metropolitana II, no Município de Itaboraí, Estado do Rio de Janeiro, local onde fomos acolhidos para o desenvolvimento do Estudo.

Considerando que o diagnóstico da Insuficiência Arterial dos Membros Inferiores (IAMIs) deve se dar o mais precocemente possível, e que o cliente portador de DM e HAS são os mais acometidos pela doença, utilizamos a Unidade de Saúde da Família (USF) como espaço do “modus operandi”, utilizando o Programa de Hipertensão e Diabetes Municipal.

A área geográfica do Município é de 429,3 Km², onde habitam 187.479 pessoas, o Programa de Estratégia da Saúde da família (ESF) possui 52.008 famílias cadastradas, tendo 84.600 famílias estimadas em seu território, são 44 equipes de ESF lotadas em 34 Unidades de Saúde da Família (USF) para atendê-los, cada equipe é composta por: um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), este último em número variado de acordo com a necessidade da área de sua localização, não ultrapassando o número de seis. Os diagnósticos de saúde-doença indicam que existem 4.549 diabéticos e 19.716 hipertensos, estes dados relativos ao consolidado SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica, 2012), o que não confere 100% dos clientes atendidos na rede e nem o total de clientes portadores das referidas patologias, uma vez que o Município não detém 100% de cobertura na ESF, o que confirma como um espaço adequado para ações e atos de identificação e prevenção da IAMIs.

- SEGUNDO MOMENTO METODOLÓGICO – A Escolha/inclusão dos Enfermeiros.

Inicialmente optamos pela inclusão de todos os enfermeiros que atendem no Programa de Estratégia da Saúde da Família, que somavam 44 enfermeiros. Destes foram excluídos aqueles que se encontrava em licença médica ou férias o que totalizou 41 enfermeiros.

Numa segunda reorganização do estudo, excluímos os enfermeiros gerentes das Unidades de Saúde, pois devido à sobrecarga de tarefas, estes não teriam disponibilidade de horário para participação das entrevistas; ficamos com aqueles que prestam somente a assistência aos usuários do programa, totalizando 15 enfermeiros, destes no momento da pesquisa, 3 encontravam-se em licença. Ficamos com um total de 11 enfermeiros lotados na ESF, que consentiram a sua participação na pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

- TERCEIRO MOMENTO METODOLÓGICO – A construção do Instrumento para a produção dos dados.

Foram realizadas, entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros, como técnica de produção de dados. Para Duarte (2004), uma entrevista bem elaborada exige do pesquisador:

a) o pesquisador tenha muito bem definido os objetivos de sua pesquisa (e introjetados — não é suficiente que eles estejam bem definidos apenas “no papel”); b) que ele conheça, com alguma profundidade, o contexto em que pretende realizar sua investigação (a experiência pessoal, conversas com pessoas que participam daquele universo — egos focais/informantes privilegiados —, leitura de estudos precedentes e uma cuidadosa revisão bibliográfica são requisitos fundamentais para a entrada do pesquisador no campo); c) a introjeção, pelo entrevistador, do roteiro da entrevista (fazer uma entrevista “não-válida” com o roteiro é fundamental para evitar “engasgos” no momento da realização das entrevistas válidas); d) segurança e autoconfiança; e) algum nível de informalidade, sem jamais perder de vista os objetivos que levaram a buscar aquele sujeito específico como fonte de material empírico para sua investigação.

Para entrevista, elaborou-se um instrumento com dois tópicos, denominados de Caracterização dos enfermeiros (item I) e Cuidados de Enfermagem (item II). Nesse último, há subdivisões em: conhecimento sobre os fatores de riscos para a prevenção de amputações de membros inferiores, rotina de atendimento, orientações ao cliente e conhecimento sobre a prevenção da amputação de membros inferiores, conforme anexo I.

Sua construção teve como propósito saber o que o Enfermeiro SABE e FAZ sobre a Insuficiência Arterial de Membros Inferiores (IAMIs) como ponto de partida para a prevenção de amputações dos membros inferiores.

As entrevistas foram gravadas em MP3, a partir do item II do instrumento, e transcritas na íntegra de seu conteúdo, cada entrevista levou em média uma hora para ser realizada, contando o momento de leitura do TCLE e interrupções imprevistas, foi totalizada uma média de 11 horas de gravação e 80 horas de transcrição e serão guardadas por cinco anos, para acesso ou retirada de dúvidas pelos participantes. Não houve tempo para que os enfermeiros tomassem conhecimento do texto produzido, mas lhes foi assegurado a não identificação delas e da unidade de saúde da família a que pertencem; e nos comprometemos a apresentar o resultado do estudo a eles.

- QUARTO MOMENTO METODOLÓGICO – Sobre aspectos éticos.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Pós Graduação da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro sob o número 54.638 (anexo III).

É importante destacar que mesmo antes deste Comitê se pronunciar, obtivemos a autorização da Coordenação do Programa Saúde da Família/Educação Permanente do Município de Itaboraí para desenvolver a pesquisa (anexo II).

A pesquisa foi desenvolvida mediante recursos do próprio pesquisador, conforme determinado no item de custos do projeto, não dispondo de qualquer patrocínio ou auxílio financeiro de qualquer fonte para execução.

Nos itens referentes à pesquisa e divulgação de dados coletados será mantido o anonimato dos sujeitos voluntários da pesquisa; os dados coletados só serão utilizados neste trabalho de pesquisa; será guardado durante cinco anos e após composição dos resultados, este serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não; só serão publicados através de eventos ou artigos científicos.

O pesquisador apresentou aos sujeitos os objetivos do estudo, o motivo da pesquisa e pediu que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Conforme a RS 196/96. Além deste termo o estudo só teve o seu início após a aprovação do comitê de ética e pesquisa que, avaliou o projeto e atestou sua pertinência. Após a leitura e assinatura do TCLE ocorreu à coleta dos dados.

Os dados coletados serão utilizados neste estudo, como fontes primárias e, serão destruídos após cinco anos. Desta maneira, preservarei a privacidade e o anonimato dos indivíduos em obediência ao código de ética dos profissionais de enfermagem.

Os sujeitos da pesquisa foram colocados em situação de risco mínimo, pois o estudo é composto de entrevistas com os enfermeiros da ESF, não foram empregados medicamentos e nem técnicas novas, as abordagens utilizadas foram convencionais de observação e escuta.

A pesquisa ofereceu risco físico e ou emocional mínimo aos participantes, pois tratou da vivência dos enfermeiros da unidade. Não se propôs a intervenção clínica e nem psicológica.

É válida a pesquisa Prevenção de amputações não traumáticas dos membros inferiores: um estudo sobre o que sabem e fazem os enfermeiros, pois nos leva ao conhecimento do que os enfermeiros da USF estão pensando e propondo aos clientes usuários da atenção básica para a prevenção das AMIs. O entendimento por parte destes no que diz respeito aos cuidados

do cliente diabético, portador de hipertensão arterial, arteriosclerose, aterosclerose e ausência e/ou diminuição da permeabilidade arterial, para que eles não venham a necessitar de amputação é de suma importância para a qualidade da assistência prestada.

A pesquisa foi realizada nas dependências da USF (Unidade de Saúde da Família), não necessitando de infraestrutura da Instituição envolvida, pois, todos os recursos foram de responsabilidade do pesquisador, que é aluno do curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

- QUINTO MOMENTO METODOLÓGICO – A produção de dados, organização e análise.

Os enfermeiros foram contatados através de seus gerentes de Unidades, após reunião semanal de gerência, realizada na Secretaria de Saúde, onde foram agendados dia e horário das entrevistas, de acordo com suas disponibilidades. Na ocasião falamos dos problemas de enfermagem e dos objetivos do estudo.

3.1 Organização e análise dos DADOS PRODUZIDOS.

Organizar e analisar as comunicações é enfrentar a explosão de informações e desenvolver o interesse de compreendê-las, o que nos obrigou a escutar não só no momento do encontro com os enfermeiros, mas depois quando liamos suas respostas às questões feitas, onde buscamos além do que era concreto e objetivo, vestígios escondidos de um saber e um fazer, considerando a palavra, a imagem, o verbo e o texto. Com isso estamos indicando como fizemos a organização e análise do conteúdo orientado por Bardin, (2006), “como uma técnica de investigação que tem por objetivo ou finalidade a discussão objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto da comunicação”.

A autora lembra que a análise de conteúdo “não possui qualidades mágicas e raramente se retira mais do que se investe nela e algumas vezes menos; - no fim das contas, nada há que substitua as ideias brilhantes” (2006).

Tentamos seguir orientações fundamentais quando nos dispomos a organizar e analisar o conteúdo contido nas mensagens respostas dos enfermeiros que Bardin (2006) chama a atenção para:

- Dizer não a ilusão da “transparência” dos fatos sociais, recusando ou tentando afastar os perigos da compreensão espontânea;

- “Tornar-se desconfiado” relativamente dos pressupostos, lutar contra a evidência do saber subjetivo, destruir a intuição em proveito do “construído”, rejeitar a tentação da sociologia ingênua, que acredita poder apreender intuitivamente as significações dos protagonistas sociais (os enfermeiros), mas que somente atinge a projeção de sua própria subjetividade.
- Manter uma atividade de “vigilância crítica” o que exige o desvio metodológico e o emprego de “técnicas de ruptura” e afigura-se tanto mais útil para o especialista das ciências humanas, quanto mais ele tenha sempre uma impressão da familiaridade face do seu objeto de análise;
- Dizer não a “leitura simples do real” sempre sedutora.

Também tentamos seguir as orientações de Bardin (2006) do jogo de construir por construir, forjar conceitos operatórios, aceitar caráter provisório de hipóteses e nem sucumbir à magia dos instrumentos metodológicos, esquecendo a razão do seu uso.

Estivemos preocupados com o rigor metodológico em não colocar em risco as informações lidas quando tentamos descobrir, muitas vezes, adivinhar, para ir além das aparências. Sabemos, alertadas por Bardin (2006), que existem aparências, linhas de forças que nos encaminham entre duas tendências, a que envolve o comportamento das ciências humanas e a análise de conteúdo de mensagens que devem ser aplicável – com maior e menor facilidade, e certo – “a todas as formas de comunicação, seja qual for à natureza do seu suporte, que possui duas funções, que na prática podem ou não dissociar-se: uma função heurística – que enriquece a tentativa exploratória; aumenta a propensão para a descoberta, e a análise de conteúdo “para ver o que dá”; e uma função de “administração da prova”, momento do estabelecimento de hipóteses sob a forma de questões ou de afirmações provisórias, confirmar ou não uma “infirmação”.

O material usado para análise de conteúdo neste estudo é composto de questões respondidas por 11 enfermeiros que cuidam de clientes com problema vascular nas atividades da ESF (Estratégia da Saúde da Família), que podem ou não sofrerem amputações onde a hipótese é de que elas sabem o que é INSUFICIÊNCIA ARTERIAL em membros inferiores quando identificam riscos e fazem intervenções de prevenção.

O instrumento que conteve 30 perguntas teve a intenção de produzir informações sobre o tema – Insuficiência arterial dos membros inferiores (IAMIs) e nelas pretendemos:

- a) Por em evidência a “respiração” do que sabem e fazem;
- b) Estabelecer um tipo de saber e fazer;

- c) Saber a implicação de esse saber e fazer;
- d) Radiografar a rede de comunicações formais e informais;
- e) Avaliar a importância do interdito nessas comunicações, sem esquecer implicações como ambiente condições de “trabalho”, de conhecimento dos enfermeiros.

Seguimos algumas regras para ancorar SABER e FAZER como categorias (previamente colocadas nos instrumentos de produção de informações) comunicações, como:

- Homogeneidade – não se mistura coisas diferentes,
- Exaustividade – esgotar a totalidade do texto,
- Adequação e pertinência – adaptadas do conteúdo e aos objetivos.

Como fizemos pelo que é chamado por Bardin (2006) de análise categorial onde se pretendeu tomar em consideração a totalidade de um “texto” passando pelo crivo da classificação. Para essas categorias – saber e fazer, criamos GAVETAS ou RUBRICAS que permitiram a classificação dos elementos de significação contidos e construtivos das mensagens, comunicação dos enfermeiros.

Primeira pré-análise – foi à organização propriamente dita, período de leitura das comunicações, reflexões e questões sobre elas- diríamos rastreamento de toda a produção de cada enfermeiro- e identificando diferenças e aproximações sobre o que sabem e fazem, como orienta a figura 4.

1. O TEXTO.

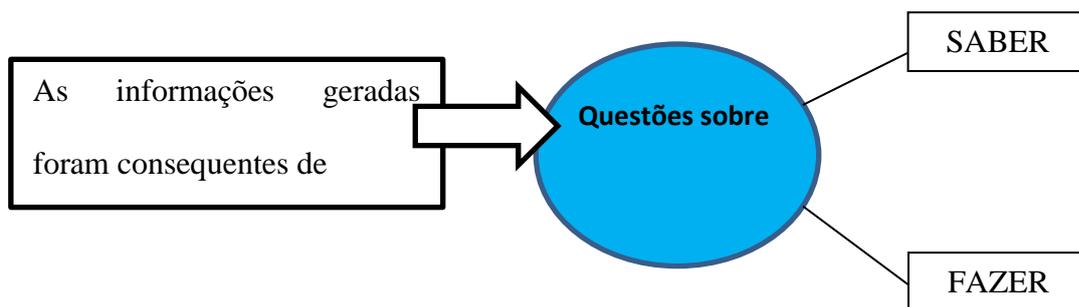


Figura 4 – Esquema da análise do Conteúdo

➤ Questões do SABER – GAVETA nº 1.

- Você sabe quais são os sinais e sintomas da insuficiência arterial de membros inferiores (IAMIs).
- Quando o doente começa a ter sinais e sintomas da IA?

- Que fatores de risco, têm sido identificado durante o atendimento do cliente com diabetes e hipertensão arterial.
- Questões do FAZER – GAVETA nº2.
- Quais são os cuidados de enfermagem ofertados ao cliente portador de DM e HAS, quando vou identificar os riscos de desenvolvimento de IA na Estratégia da Saúde da Família (ESF).
 - Quando você cuida deste usuário você está preocupada com a possibilidade de amputações dos membros inferiores (AMIs)?
 - Estes cuidados realizados por você são eficientes para evitar a amputação dos membros inferiores?

Demarcamos as respostas dadas aos 19 itens que fazem as questões sobre o SABER (3) e sobre cuidados (16). Desse modo os resultados da pré-análise de cada questão marcadas/destacadas, frases que indicavam as RESPOSTA e a justificativa para ela, o que nos reorientou a identificar cada uma delas no texto a partir de 5 cores:

- AZUL para o que SABE, ou com mais de 4 saberes assertivos.
- VERMELHO para o que NÃO SABE, NÃO FAZ ou DESCONHECE.
- VERDE para justificar as respostas.
- LARANJA para o que diz saber, ou tem menos de 4 saberes assertivos.
- PRETO para outros temas não ligados diretamente a pergunta e resposta.

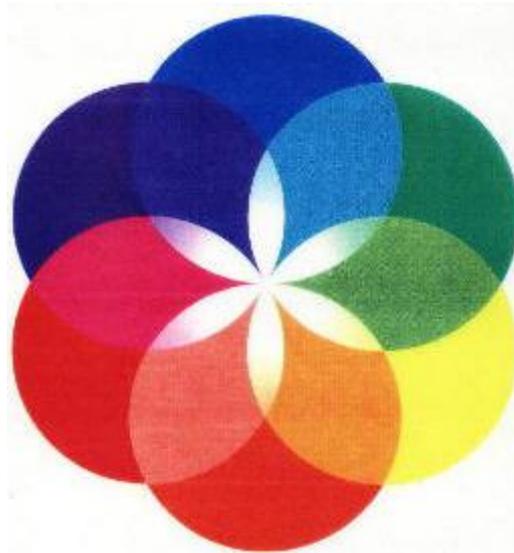


Figura 5 – Esquema representativo das cores nas respostas do conteúdo

As cores possuem significado especial quando são visualizadas, por isso foram escolhidas. As cores da legenda são reflexos do arco íris, para identificar o discurso dos

enfermeiros da ESF, a saber: o **azul** demonstra o estar bem, resolutividade, conhecimento, o saber, é estar em sintonia com o conhecimento, com o SABER-FAZER, é a luz do conhecimento; o **vermelho** trás a urgência, o querer, o que não sei, mas digo que sei, trás os ruídos do que eu gostaria de falar, encontrar, saber e fazer é o NÃO SABER-FAZER por detrás do vou me esforçar, vou estudar, vou ser melhor, vou tentar e conseguir, o **verde** trás a esperança, NÃO SEI, NÃO FAÇO, mas poderia fazer se... Retira a culpa do meu discurso, JUSTIFICA as minhas ações, me descompromete do real é o porquê do meu conhecimento ausente ou diminuído, fala na alma a esperança do que eu deveria saber e fazer. O **laranja** é a união poética do vermelho com o amarelo, mais amarelo do que vermelho, neste contexto é a exaustão do SABER-FAZER, eu lembro, eu acredito, eu poderia saber, é a angústia da plenitude do conhecimento, mas regado ao amarelo, cor da fartura, do quase faço e quase sei.

O **preto**, ainda que não complete o arco íris, foi escolhido porque só ocorre se houver a luz. Ele é a ausência de luz, esconde o NÃO SABER, o NÃO SABER-FAZER, escurecendo os conteúdos daquilo que deveria ser dito, sendo trocado por falas desviadas, justificadas com problemáticas não inerentes ao movimento do que esta sendo tratado; embuti o querer esquecer, o não querer falar e muda o foco da atenção do que deveria ser dito.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Sobre a GAVETA -1. SABER.

Após destacadas as comunicações relativas ao SABER e FAZER, decidimos organizá-las dentro de gavetas: na nº1, do SABER criamos dois (2) compartimentos:

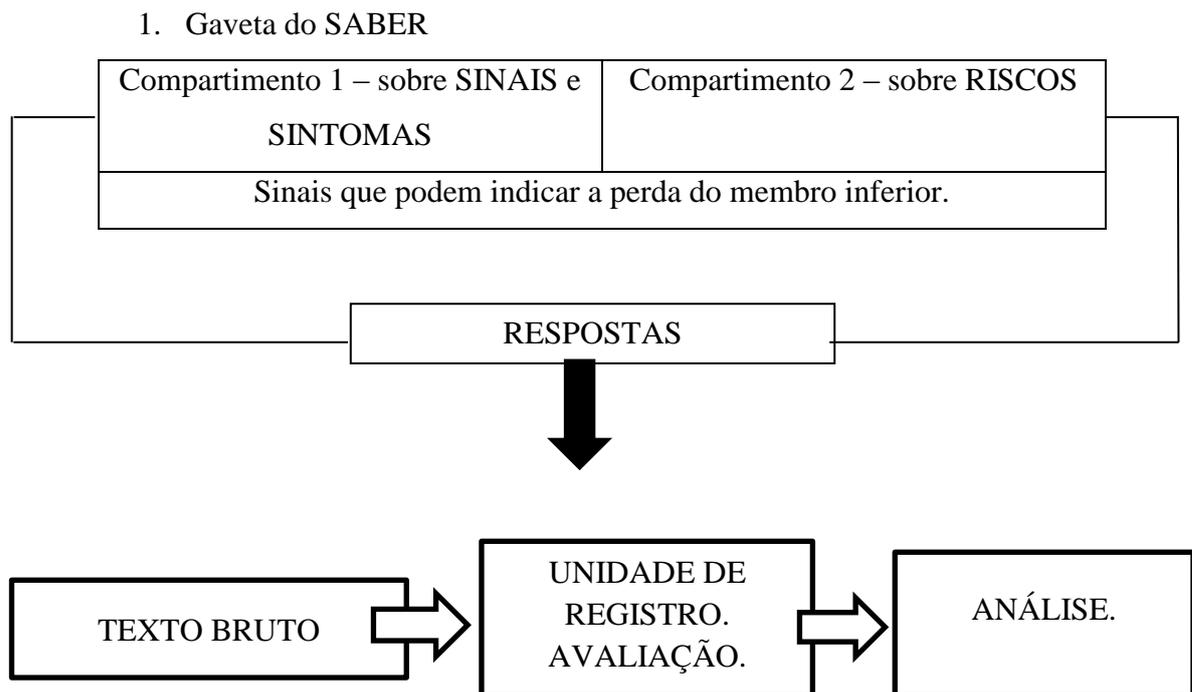


Figura 6. Esquema das falas dos enfermeiros da ESF do Município de Itaboraí.

LEGENDAS:

FALAS:

- Negrito – entrevistador.
- Sem negrito – entrevistado.

CLASSIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS:

- S – SABE e FAZ CUIDADOS – AZUL.
- N – NÃO SABE e NÃO FAZ – VERMELHO.
- NL – NÃO LEMBRA, DUVIDA, POUCO CONHECIMENTO – LARANJA.
- J – JUSTIFICA as respostas de SABER e FAZER ou NÃO SABER e FAZER – VERDE.
- O – OUTRAS INFORMAÇÕES – PRETO.

GAVETA 1 – COMPARTIMENTO 1.

Sobre SINAIS e SINTOMAS Compartmento 1		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	11.12. Você sabe quais são os sinais e sintomas da insuficiência arterial de membros inferiores, quando o paciente começa a ter os sinais de que ele pode perder o pé? R: Conheço, a pele fica fria, é... a pele fica fria, não tô lembrando de muita coisa agora não. Não tem problema não, é o que você lembrar mesmo. R: Extremidades frias, né, cianosadas...					
Unidade de registro: Sim. Pele fria. Extremidades frias. Cianosadas.						
Impressões do entrevistador: Não se lembra de muita coisa.						
Enf. 2 Texto bruto	11.12. Você sabe quais são os sinais e sintomas da insuficiência arterial de membros inferiores, quando o paciente começa a ter os sinais de que ele pode perder o pé? Deixa lembrar... (silêncio por alguns segundos) você pode repetir? Sim. Você sabe quais são os sinais e sintomas da insuficiência arterial de membros inferiores, quando o paciente, ele esta com falta de permeabilidade, quais são os primeiros sinais e sintomas? R: Então, deixa ver (risos nervosos) porque não faz parte da minha prática... Alteração de cor,... eu acredito,... dor; fico pensando em alteração de temperatura também, que eu lembre no momento é isso... (risos nervosos).	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Alteração de cor Alteração de temperatura, Dor. Não faz parte da prática.						
Impressões do entrevistador: Lembrança. Nada especificado, só lembrança, crença, pensamento.						
Enf.3 Texto bruto	11. 12. Você sabe quais são os sinais e sintomas da insuficiência arterial de membros inferiores, quando o paciente começa a ter os sinais de que ele pode perder o pé? R: É queimação, dor, edema, vermelhidão, calor ou baixa de temperatura que pode estar quente ou frio, é... Que eu me lembre, só.	S	N	NL	J	O

Unidade de registro: Queimação Dor Edema Vermelhidão. Calor ou baixa de temperatura.						
Impressões do entrevistador: Afirma saber quais são os sinais e sintomas, porém sem certeza nessa afirmativa. Lembrança.						
Enf. 4 Texto bruto	11. 12. Você sabe quais são os sinais e sintomas da insuficiência arterial de membros inferiores? R: De membros inferiores eu sei que é edema, é... hiperemia, porque insuficiência é a diminuição, então a gente tem de observar se é agudo ou crônico, então quando é agudo tem edema, calor, rubor, né, e se for crônico a pele já esta mais necrosada, é assim que eu observo aí eu coloco a mão, sinto vejo se a pessoa ainda tem sensibilidade.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Edema Hiperemia Pele necrosada Calor Rubor Sensibilidade						
Impressões do entrevistador: Faz diferença entre insuficiência aguda e crônica.						
Enf. 5 Texto bruto	11. 12. Você sabe quais são os sinais e sintomas da insuficiência arterial de membros inferiores? R: Ele apresenta rubor local, dor, quando a gente vai palpar o pulso pedioso ele não é palpável.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Rubor local. Dor Pulso pedioso impalpável.						
Impressões do entrevistador: Refere 3 sinais e sintomas, mas o rubor não é característica da IAMIs.						
Enf.6 Texto bruto	11. 12. Você sabe quais são os sinais e sintomas da insuficiência arterial de membros inferiores? R: É pele fria, é... pele escura, que é cianótica, né, inchaço, câimbras, rachadura nos pés também que podem acontecer, o que mais? O que eu me lembro, assim é mais ou menos isso, né.	S	N	NL	J	O

Unidade de registro: Pele fria Pele escura Cianose Inchaço Câimbras Rachadura nos pés					
Impressões do entrevistador: Lembranças.					
Enf.7 Texto bruto	11. 12. Você sabe quais são os sinais e sintomas da insuficiência arterial de membros inferiores? R: Eu acho que é... Você vai me corrigindo... Pode ficar calma que esta não é a finalidade. R: membro inferior frio, pés mais frios, normalmente começa a apresentar feridas, úlceras, edemas de membros inferiores, a coloração também, uma coloração mais escurecida.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Membros inferiores frios. Pés frios. Feridas. Úlceras. Edemas de membros inferiores. Coloração mais escurecida.					
Impressões do entrevistador: Solicitou ser corrigida.					
Enf.8 Texto bruto	11. 12. Você sabe quais são os sinais e sintomas da insuficiência arterial de membros inferiores? R: Edema, calor, rubor, é... sinais flogísticos, é... a pele enegrecida, escurecida.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Edema Calor Rubor Sinais flogísticos Pele enegrecida, escurecida.					
Impressões do entrevistador: Refere sinais flogísticos (de inflamação) como sinais de IAMIs.					
Enf.9 Texto bruto	11. 12. Você sabe quais são os sinais e sintomas da insuficiência arterial de membros inferiores, quando o paciente começa a ter os sinais de que ele pode perder o pé? R: Sim. A pessoa se queixa de dor às vezes sente câimbras nas pernas. A queixa maior é essa.	S	N	NL	J O

Unidade de registro: Dor Câimbra.					
Impressões do entrevistador: Lembrança de apenas dois sinais e sintomas.					
Enf.10 Texto bruto	11.12. Você sabe quais são os sinais e sintomas da insuficiência arterial de membros inferiores? R: Os sinais e sintomas? Isso. Alteração na coloração da pele do paciente, que mais meu Deus? Outro dia a gente teve uma capacitação sobre isso... a sensibilidade fica alterada, né, o curso foi muito bom, eles falaram da cor, da sensibilidade, da parte neurológica que fica afetada, que mais... edema... não lembro de tudo por que já tem um tempinho.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Alteração na coloração da pele. Alteração da sensibilidade da pele. Edema.					
Impressões do entrevistador: Lembranças.					
Enf.11 Texto bruto	11.12. Você sabe quais são os sinais e sintomas da insuficiência arterial de membros inferiores, quando o paciente começa a ter os sinais de que ele pode perder o pé? R: Sim. A gente pode considerar a variação de temperatura do membro, variação de coloração do membro, é... a própria textura da pele, a gente pode associar a alguma doença, mas na verdade é a cor, temperatura, e a textura... do que eu lembro são mais esses.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Cor Textura Temperatura.					
Impressões do entrevistador: Lembranças.					

Quadro nº 10 – GAVETA 1 – COMPARTIMENTO 1: SABER dos enfermeiros com relação aos SINAIS e SINTOMAS.

O que esperávamos nesse compartimento? GAVETA 1 - COMPARTIMENTO-1.

A Insuficiência Arterial de membros inferiores (IAMIs) é um mal insidioso que acomete principalmente a clientes diabéticos e hipertensos, quando identificada precocemente pode evitar o agravo da doença e assim impedir a amputação de membros inferiores, o

rastreamento da IAMIs deve ser realizado pelo profissional da atenção básica onde estes são promotores da saúde.

Neste compartimento pensávamos encontrar enfermeiros com conhecimento dos sinais e sintomas da IAMIs e assim capacitados para acolher o cliente diabético e hipertenso na ESF (Estratégia da Saúde da Família). A literatura refere à *pain* (dor), *pulselessness* (ausência de pulso), *paliness* (palidez), *paralysis* (paralisia) e *paresthesias* (parestesia) como sinais e sintomas da IAMIs.

Os 11 enfermeiros entrevistados não conseguiram listar, em número igual ou maior do que 4 os sinais e sintomas da Insuficiência arterial (IA); o que nos levou a analisá-los e classificá-los como amarelo, demonstraram hesitação, revelaram em suas falas que o seu conhecimento partia do princípio da lógica e da lembrança de algo já visto e estudado, nenhum enfermeiro foi classificado como não conhecedor neste compartimento, pois se percebe que em algum momento esse conhecimento lhes foi ofertado seja na Instituição de formação ou na de trabalho.

GAVETA 1 – COMPARTIMENTO 2.

Sobre RISCOS Compartimento 2		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf.1 Texto bruto	13. Sobre os fatores de risco o que você tem identificado quando atende o cliente com diabetes e hipertensão arterial? (fez cara de quem não entendeu o que eram fatores de risco) o que pode levar esse cliente a parar a circulação arterial? R: O cigarro, tabagismo, que diminui; né o fluxo sanguíneo, né e eles podem acabar a vir a perder, ter que amputar estes membros...					
Unidade de registro: O cigarro.						
Impressões do entrevistador: Sem certeza sobre o que são fatores de risco.						
Enf. 2 Texto bruto	13. Sobre os fatores de risco para a insuficiência arterial o que você tem identificado quando atende o cliente com diabetes e hipertensão arterial? R: Isso você tá falando nas consultas de enfermagem do cliente com diabetes, né? Porque eu acabo não realizando, se eu realizasse então né? A própria diabetes não controlada é um fator de risco... eu tô pensando, porque não faz parte da minha rotina.... nem estudo isso, é... não sei deixa eu pensar....depois a gente volta.	S	N	NL	J	O

<p>Unidade de registro: Diabetes descontrolada Não realiza as consultas de enfermagem Não faz parte da minha rotina.</p>						
<p>Impressões do entrevistador: Desconhecimento sobre quais são os fatores de risco. Falta de estudo sobre o assunto. Não faz parte da sua rotina. Preferiu passar para outras perguntas e não responder o questionamento. Não realiza a consulta de enfermagem para diabéticos e hipertensos.</p>						
Enf. 3 Texto bruto	<p>13. Sobre os fatores de risco para a insuficiência arterial o que você tem identificado quando atende o cliente com diabetes e hipertensão arterial? R: Em relação a esses sintomas que eu falei? Não com relação aos fatores de risco, por exemplo, o que pode levar esse paciente a ter insuficiência arterial? R: Além da diabetes algum outro risco? Tem o risco da própria perda da visão, a perda da sensibilidade, principalmente dos membros inferiores, devido até o próprio comprometimento circulatório, né, é... deixa ver... dificuldade de... por exemplo, se ele fez, ou se machucou, dificuldade de cicatrização de lesão, porque se a diabetes não estiver controlada, essa cicatrização dificulta e aí a tendência em vez de fechar, vai abrindo, abrindo, abrindo... e leva a perda do membro. E assim o que pode levar esse paciente a uma perda da permeabilidade, se ele for sedentário isso é um fator de risco é o que pode leva-lo a insuficiência arterial? R: Eu acho que tudo que você faz de menos prejudica e o que faz de mais também, uma pessoa que é diabética, é sedentária, não caminha, o exercício físico, não precisa nem entrar na academia não, uma caminhada pode dificultar até mais a própria circulação dele, levando a trombose, né, a formação de trombos, por ai... O tabagismo você acha que pode levar esse paciente a insuficiência arterial? R: Sim porque ele sendo fumante o que acontece... vai dificultar a própria circulação circulatória do corpo todo e vai automaticamente, porque influi em tudo, prejudica, vai influenciar na circulação dele, do organismo dele, vai dificultar o trabalho do coração, das próprias artéria e veias do corpo inteiro devido ao próprio fumo.</p>	S	N	NL	J	O
<p>Unidade de registro: Diabetes Dificuldade de cicatrização. Perda da visão. Perda da sensibilidade</p>						
<p>Impressões do entrevistador: Desconhece sobre fatores de risco</p>						

Sem justificativa. Confundi a insuficiência arterial com a perda do membro Foi induzida a resposta, mas ficou vago o seu raciocínio quanto aos riscos, devido a esta percepção não foi considerado o tabagismo. Perda da visão influenciando na perda dos membros inferiores						
Enf.4 Texto bruto	<p>13. Sobre os fatores de risco para a insuficiência arterial o que você tem identificado quando atende o cliente com diabetes e hipertensão arterial? R: Aqui nesse posto o que eu tenho observado é a má alimentação, a pessoa não come o que é certo, ontem mesmo eu atendi um cliente e perguntei como é a sua alimentação, a senhora come certo? E ela respondeu como, aí eu perguntei à senhora come macarrão? Aí ela disse como, e eu respondi que não pode, e ela me perguntou: porque eu não posso comer macarrão, aí eu expliquei que era porque o macarrão se transforma em açúcar, foi assim que eu expliquei; e a má higiene, a higiene daqui é muito precária, entendeu? E o tabagismo aqui é muito grande, saneamento básico aqui as valas são a céu aberto, aqui é muito complicado. Então como fator de risco que você observa é a má alimentação... existe algum outro fator de risco? R: Tem a diabetes, a pressão, higiene, a má alimentação, posso contar uma história? Pode... tem um paciente aqui que ele nem tá fazendo mais curativo aqui, ele chegou para fazer curativo a auxiliar me chamou, quando eu fui ver o curativo ele tava com um carrapato, ele ficou dizendo que não era, aí eu fui calcei a luva, peguei uma pinça, tirei e mostrei a ele, ai ele falou assim na minha casa tem um monte de cachorro, aí eu relatei chamei a assistente social para ir a casa, ela foi e conversou com ele, disse que tava bem melhor, mas os cachorros ficam andando dentro da casa.</p>	S	N	NL	J	O
	<p>Unidade de registro: Má alimentação Tabagismo Diabetes Má higiene. Saneamento básico Pressão</p>					
<p>Impressões do entrevistador: Saneamento básico como preocupação, fator de risco.</p>						
Enf.5 Texto bruto	<p>13. Sobre os fatores de risco para a insuficiência arterial o que você tem identificado quando atende o cliente com diabetes e hipertensão arterial? R: Diabetes descontrolada, glicemia muito elevada, se ele tiver uma ferida que não for bem cuidada, dificuldade de cicatrização, mais o que... varizes, você tem encontrado pacientes tabagistas, obesos? O que pode facilitar o aparecimento da insuficiência</p>	S	N	NL	J	O

	arterial? O tabagista nem tanto, mas alguns ainda são, mas a obesidade e a falta de exercício físico aumenta o risco. O pé diabético também é um fator de risco.					
Unidade de registro: Diabetes descontrolada. Glicemia elevada Ferida não cuidada, dificuldade de cicatrização. Obesidade. Varizes Pé diabético. Falta de exercício físico						
Impressões do entrevistador: Não identifica o tabagismo como fator de risco Quando induzido reconheceu a obesidade e a falta de exercício como fator de risco para a IAMIs.						
Enf.6 Texto bruto	13. Sobre os fatores de risco para a insuficiência arterial o que você tem identificado quando atende o cliente com diabetes e hipertensão arterial? O que leva esse paciente a uma insuficiência arterial? R: diabetes, fumo, obesidade, são os principais fatores.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Diabetes. Fumo Obesidade.						
Impressões do entrevistador: Lembrou-se de apenas 3.						
Enf.7 Texto bruto	13. Sobre os fatores de risco para a insuficiência arterial o que você tem identificado quando atende o cliente com diabetes e hipertensão arterial? R: Fatores de risco, doenças como diabetes, hipertensão, é... às vezes uma atividade laborativa que não dê condições a essa pessoa de, ativar esta circulação, doenças mesmo, pés diabéticos que a gente vê toda hora, essa semana eu tive o óbito de uma paciente que era recém amputada, senhorinha também, assim, eu acho que é isso.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Doenças como a diabetes e a hipertensão. Atividade laborativa que não dê condições de ativar a circulação. Pés diabéticos.						
Impressões do entrevistador: Óbito de uma senhorinha recém-amputada. O enfermeiro estava muito fragilizado com o óbito desta paciente.						

Enf.8 Texto bruto	13. Sobre os fatores de risco para a insuficiência arterial o que você tem identificado quando atende o cliente com diabetes e hipertensão arterial? R: diabetes, é ... trombose venosa, má circulação. Essa má circulação pode ser causada pelo que? Tabagismo, alcoólatra, usuário de droga, é... BK tuberculose.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Diabetes Trombose venosa Tabagismo Má circulação. Alcoólatra. Usuário de droga. BK tuberculose.						
Impressões do entrevistador: Não conhece o que é IAMIs.						
Enf.9 Texto bruto	13. Sobre os fatores de risco para a insuficiência arterial o que você tem identificado quando atende o cliente com diabetes e hipertensão arterial? R: mais é a questão da diabetes mesmo, não fazer o tratamento corretamente. Tá tem algum tabagista, obeso? R: sedentário eu tenho, obeso não, mas sobrepeso eu tenho, na verdade a maioria deles.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Diabetes Sedentário Sobrepeso Não fazer o tratamento da diabetes						
Impressões do entrevistador: Resposta induzida.						
Enf.10 Texto bruto	13. Sobre os fatores de risco para a insuficiência arterial o que você tem identificado quando atende o cliente com diabetes e hipertensão arterial? R: a própria patologia, a falta de atividade física, sedentarismo, alimentação. Você acha que o tabagismo é um fator de risco? Tabagismo, obesidade, sedentarismo, varizes.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Própria patologia. Falta de atividade física. Alimentação. RESPOSTA INDUZIDA: Varizes. Tabagismo. Obesidade.						

Sedentarismo.						
Impressões do entrevistador: Resposta induzida.						
Enf.11 Texto bruto	13. Sobre os fatores de risco o que você tem identificado quando atende o cliente com diabetes e hipertensão arterial? O que pode levar esse cliente a parar a circulação arterial? R: Co-morbidades associadas, alimentação, peso, se faz algum exercício ou não, se faz alguma atividade física, idade, acho que de uma maneira geral eu falei todos eles.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Co-morbidades. Alimentação. Peso. Atividade física. Idade.						
Impressões do entrevistador: Reconhece os fatores de risco.						

Quadro nº11 – GAVETA 1-COMPARTIMENTO 2: SABER dos enfermeiros com relação aos RISCOS.

O que esperávamos nesse compartimento? GAVETA 1 – COMPARTIMENTO 2.

Riscos entendidos como condições biológicas e psicossociais que, quando presentes em determinados grupos de população, estão associadas a uma maior probabilidade de desenvolvimento de um determinado transtorno, por parte desta população, quando pensamos em fatores de risco para a IAMIs pretendíamos identificar os listados na literatura:

- Obesidade
- Sedentarismo
- Idade superior a 45 anos.
- Dislipidemia.
- Glicemia descontrolada
- Pressão arterial descontrolada
- Estresse
- Tabagismo
- Dieta rica em sódio e gorduras saturadas
- História familiar.

Encontramos neste compartimento enfermeiros com lembranças do que seria a IA e de como poderíamos rastrear a sua possibilidade de ocorrência, não foram citados pelos enfermeiros a dislipidemia, o estresse, a história familiar e pressão arterial descontrolada. Houve lembranças sobre o sedentarismo, glicemia descontrolada e idade.

4.2 Sobre a GAVETA 2 – FAZER – Cuidados e Prevenção.

Esta GAVETA foi composta de dezesseis (16) compartimentos para guardar as comunicações, identificadas com temas relacionados aos ATOS e AÇÕES de enfermagem.

Quadro nº12 – Gaveta 2 e seus compartimentos.

Compartimento.	GAVETA 2 e seus compartimentos.
1.	Cuidados que devem ser prestados ao cliente com risco de desenvolver a IAMIs
2.	Sobre a preocupação com a possibilidade de amputação de membros inferiores de clientes portadores de DM e HAS.
3.	Acreditar na eficácia dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente portador de DM e HAS para a prevenção da AMIs na ESF
4.	Atendimento do usuário e a explicação sobre prevenção e tratamento.
5.	Realização da verificação dos pulsos dos MMIs.
6.	O que faz como roteiro para aferir: perímetro abdominal, condições das unhas, dos pés, temperatura, calosidades e rachaduras.
7.	Se solicita exames laboratoriais como: hemograma, TAP, PTT, glicose jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina glicosilada.
8.	O que acrescentaria na rotina de consulta de enfermagem como prevenção
9.	Quando encaminha o cliente para o especialista
10.	Se o Município possui mecanismo de referência e contra referência.
11.	Sobre a participação da família no tratamento
12.	Existência de grupo de apoio para o usuário e seus familiares
13.	Se acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar o cliente com IAMIs para que o mesmo não perca o membro inferior.
14.	Cuidados de enfermagem feitos para o cliente com IAMIs
15.	As intervenções (cuidados) de enfermagem impedem a amputação de membros inferiores?
16.	É possível evitar amputações e em que momento do diagnóstico?

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 1

Sobre FAZER – compartimento 1		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	<p>14. Quais os cuidados de enfermagem devem ser dados aos usuários com risco de desenvolvimento da insuficiência arterial de membros inferiores na estratégia da saúde da família, você atendeu um paciente ele está lá com sinais, ele é um tabagista como você falou um diabético e hipertenso, você tá vendo a palidez nas pernas dele, tem algum cuidado que nós enquanto enfermeiros podemos fazer?</p> <p>R: Orientação para secar bem os pés, cuidado para estes pés estarem sempre com sapatinho, cuidado com os sapatos para não machucar e iniciar as feridas se tiver muito frio aquecer para aumentar a irrigação sanguínea naquele local.</p>					
<p>Unidade de registro: Orientação para a secagem dos pés. Usar sapatinho. Não machucar os pés. Aquecer para aumentar a irrigação.</p>						
<p>Impressões do entrevistador: Cuidado só para os pés e centrado na orientação do que o cliente deve fazer. O que o enfermeiro deve fazer? Percebe-se que a perna não é o foco do atendimento, porém é nela que se inicia a insuficiência arterial. Penso que para este enfermeiro membros inferiores se resumem aos pés, possui o conhecimento sobre a necessidade de manutenção da irrigação sanguínea local, reconhece a vasoconstrição como fator da diminuição da circulação sanguínea.</p>						
Enf. 2 Texto bruto	<p>14. Quais os cuidados de enfermagem devem ser dados aos usuários com risco de desenvolvimento da insuficiência arterial de membros inferiores na estratégia da saúde da família, para evitar que ele desenvolva a insuficiência arterial, o que você proporia para ele?</p> <p>R: Na verdade eu sei muito pouco sobre a insuficiência arterial relacionada ao diabetes, muito pouco mesmo, porque a gente acaba fazendo um introdutório e estudando um pouquinho do programa de diabetes do Ministério da saúde, assim... a gente não consegue nem dar continuidade a nossa consulta de enfermagem, aí a gente acaba se envolvendo com tanta outras coisas e pré-natal e puericultura, que é o que eu mais tenho de demanda, assim que pouco faço e pouco estudo (sobre a IAMIs) também, assim é raro chegar um hipertenso e diabético, como eu falei eles não aderem, eu fico aqui nos dias de consulta de enfermagem para esse grupo atoa, e quando a gente orienta é mais em função de medicação, desse problema de insuficiência arterial a gente não tem a prática de orientar.</p>	S	N	NL	J	O

Unidade de registro:

Não respondido

Desconhecer o FAZER nas IAMIs.

Não consegue dar conta, cuida de outra clientela. Não tem prática com IAMIs. Não tem cuidados por ausência de saber e por não estudar o tema.

Por falta de demanda.

Sei muito pouco sobre a IAMIs, muito pouco mesmo.

Faz apenas um introdutório.

Não consegue dar continuidade a consulta de enfermagem.

Acaba se envolvendo com tantas coisas, como pré-natal e puericultura que é o forte.

Como aparecem poucos diabéticos e hipertensos fica a toa nos dias das consultas reservadas para este cliente.

Impressões do entrevistador:

Justifica o não saber pelo excesso de trabalho.

Visualizado que este cliente diabético e hipertenso, em desenvolvimento ou não da insuficiência arterial é órfão de cuidados de enfermagem.

Enf. 3 Texto bruto	<p>14. Quais os cuidados de enfermagem devem ser dados aos usuários com risco de desenvolvimento da insuficiência arterial de membros inferiores na estratégia da saúde da família, para evitar que ele desenvolva a insuficiência arterial, o que você proporia para ele?</p> <p>R: É a gente sempre orienta num primeiro momento a fazer uma caminhada, e o que é esta caminhada, tem gente que não entende o que é um caminhar, pensa que é andar rápido, pensa que é correr, pensa que é andar devagar, né, caminhar é caminhar pausadamente no seu próprio ritmo, né, de acordo com a sua capacidade de resistência, e você vai programando esse ritmo começa com 5 minutos, começa com 10 minutos e vai aumentando a cada dia. É lógico né, que você fazer isso, fazer o paciente entender isso é difícil porque a gente percebe que ele precisa de um estímulo pra que ele comece a fazer essa caminhada, né e aí você tenta trabalhar a família, tentar conscientizar para até entrar no ritmo também de fazer a caminhada junto com o paciente, que também não é fácil, nem sempre a família entende, nem sempre a família pode porque alguns trabalham, não tem tempo e tem gente que é sedentário mesmo, não quer fazer então é uma coisa realmente complicada de fazer esse processo de conscientização e importância, ao passo que você fala para o paciente que é importante caminhar, mas eu não gosto de andar, tenho preguiça, né, mas o que o Senhor gosta de fazer em casa, o que o Sr. gosta de fazer, “ah! Eu gosto de capinar o quintal, eu gosto de varrer, eu gosto de plantar”, isso quer dizer é um fator positivo porque ele não tá parado totalmente, ele tá fazendo uma atividade que faz com que a parte circulatória dele não fique, é... Sedentária o tempo todo.</p>	S	N	NL	J	O

<p>Unidade de registro: Não explica o que faz e nem como faz. Cuidado esta centrado só na caminhada e nas diversas dificuldades e problemas dos clientes e famílias. Orienta como caminhar no próprio ritmo e capacidade de resistência. Tenta trabalhar a família, faze-los caminhar com o cliente. Tenta conscientiza-lo a entrar no ritmo. Tem gente que é sedentário mesmo. É difícil a família não entende e muitos trabalham.</p>					
<p>Impressões do entrevistador: Visualiza o cuidado como orientação, mas só vê o sedentarismo como foco deste cuidado. Percebo uma necessidade de demonstrar conhecimento em outras áreas justificando a ausência de conhecimento sobre a insuficiência arterial.</p>					
Enf.4 Texto bruto	<p>14. Quais os cuidados de enfermagem devem ser dados aos usuários com risco de desenvolvimento da insuficiência arterial de membros , quando você faz a consulta de enfermagem, tem algum cuidado de enfermagem que você lembre específico para este cliente? R: Oriento com relação ao uso de calçado, com relação a cortar a unha, não cortar os cantinhos, questão da sensibilidade, olhar sempre o calçado para ver se tem dentro do calçado alguma sujeirinha, ou bichinho. Então você faz orientações preventivas? Isso.</p>	S	N	NL	J O
<p>Unidade de registro: Orientação sobre o uso de calçado Orientação quanto à forma de cortar as unhas Olhar calçado para ver se tem bichinho.</p>					
<p>Impressões do entrevistador: Cuidado centrado na orientação. Cuidado focado nos pés. USF localizada em área com grande número de analfabetos e de comunidade beirando a pobreza extrema, justificando a preocupação do enfermeiro com a questão de higiene e de animais nos sapatos.</p>					
Enf.5 Texto bruto	<p>14. Quais os cuidados de enfermagem devem ser dados aos usuários com risco de desenvolvimento da insuficiência arterial de membros, o paciente que chega aqui diabético, hipertenso, tabagista, obeso, sedentário, este que tem o risco de desenvolver a insuficiência arterial, tem algum cuidado que nós enfermeiros podemos dar a ele para evitar a insuficiência arterial? R: Hãn, hãn, quando ele vem, no início quando eu cheguei aqui não tinha, mas agora vem a auxiliar chama, faz uma palestra, educação, fala da importância de deixar de usar o cigarro, vai na casa dele, conversa, explica para fazer exercícios físicos, principalmente os idosos, porque aqui tem muitos idosos, então basicamente é isso as palestras de orientação? Isso.</p>	S	N	NL	J O

<p>Unidade de registro: Palestra sobre tabagismo Visita domiciliar Orienta sobre exercício físico</p>					
<p>Impressões do entrevistador: Palestra de tabagismo sendo realizada pelo auxiliar e não pelo enfermeiro. Percebe a necessidade de conhecer o cliente dentro do seu domicilio para a realização de cuidados, não deixou claro qual o profissional que vai à casa do paciente. Reconhece a idade como um fator para a insuficiência arterial, mas não se dá conta disso.</p>					
<p>Enf.6 Texto bruto</p>	<p>14. Quais os cuidados de enfermagem devem ser dados aos usuários com risco de desenvolvimento da insuficiência arterial de membros inferiores, quando você faz a consulta de enfermagem? R: educação né, orientação, principalmente se ele for diabético sobre o cuidado com os pés. Acho que é orientações como usar calçados, cuidados gerais mesmo, sinais de alerta para cirurgia vascular no caso de a gente ver sinais, coisas assim.</p>	S	N	NL	J O
<p>Unidade de registro: Orientação voltada para o cuidado com os pés. Orientação de como usar calçados.</p>					
<p>Impressões do entrevistador: Cuidado entendido como orientação. Cuidado com os pés. Refere sinais de alerta para a cirurgia vascular, mas estes não são relatados.</p>					
<p>Enf.7 Texto bruto</p>	<p>14. Quais os cuidados de enfermagem devem ser dados aos usuários com risco de desenvolvimento da insuficiência arterial de membros inferiores, quando você faz a consulta de enfermagem? R: Consulta de enfermagem, controle da pressão, controle da diabetes, a gente aqui tem um grupo bom do hipertenso, que funciona muito bem, para elas é ótimo, elas começaram muito descontroladas, mas hoje elas estão bem, elas se controlam se políam, não são muitas, é grupo de 12 que participam se reúnem já desde 2004, quando começou a atividade, assim é um grupo fiel, que funciona muito bem, para elas deu muito certo, porque quem tinha glicose muito alta conseguiu controlar no grupo, então deu muito certo, é... as orientações quanto à dieta, à gente faz bastante consulta e orienta quanto à alimentação, sobre os hábitos também, a gente tinha um grupo de caminhada que foi se perdendo no caminho, mas elas saíam de manhã e faziam caminhada, é... ensinar este paciente a utilizar o calçado certo, o que ele deve usar, é... meia de compressão, a gente orienta como ela deve ser colocada, quando ela deve usar, então... a gente tem uma abordagem boa assim... mas a adesão é muito ruim, aqui as pessoas comem muito mal e assim não é prioridade, entendeu?</p>	S	N	NL	J O

	<p>A prioridade é o final de semana, a cerveja, o cigarro, a gente tem um jornaleiro aqui que ele vende mais cachaça do que jornal e revista, aquilo ali de manhã cheira a cachaça, sabe? E são pessoas novas, pessoas idosas, não tem faixa etária, não tem idade, o nível cultural é muito ruim, então assim, eles só vem, eles só se preocupam quando acontece, teve um AVC, AAAAH! Teve uma amputação, AAAAH! Você percebe que atividade na unidade fica mais intensa, as pessoas começam a fazer controle da pressão, da diabetes, mas isso depois vai sendo esquecido, e eles vão largando, largando, até acontecer de novo, AHHH! Fulano morreu... ai vem tudo pro posto ai, então assim, a adesão não é muito boa não. Apesar de ser assim um trabalho bem de formiguinha, a gente já faz isso a (xx) anos, tem uns que seguem o que a gente tá propondo, mas tem outros que acham que isso não vai acontecer.</p>				
<p>Unidade de registro: Consulta de enfermagem. Controle da diabetes. Controle da pressão arterial Grupo de apoio aos pacientes. Pacientes controlados nesse grupo. Orientação quanto à dieta e hábitos. Grupo de caminhada. Ensinar a utilizar o calçado certo. Orientar quanto ao uso de meia de compressão, como e quando usar. Adesão ruim, a comunidade come mal, e não prioriza a saúde. Paciente prioriza o final de semana, cerveja e cigarro. Jornaleiro vende cachaça para todas as faixas de idade. Nível cultural da comunidade é ruim. A comunidade só procura atendimento quando alguém nela morre, ou foi amputado, mas isso vai sendo esquecido e eles só retornam quando ocorre outro caso.</p>					
<p>Impressões do entrevistador: Reconhece os cuidados de enfermagem, mas centra-se na orientação. Visualiza a perna como necessidade de cuidados quando refere o uso de meias de compressão. Perde-se na entrevista quando culpa o jornaleiro pela falta de adesão da comunidade, ainda que diga que tem um grupo bom de hipertensos e diabéticos. Diz que a comunidade só procura o atendimento quando tem óbitos de pacientes com a diabetes e hipertensão arterial</p>					
<p>Enf.8 Texto bruto</p>	<p>14. Quais os cuidados de enfermagem devem ser dados aos usuários com risco de desenvolvimento da insuficiência arterial de membros inferiores na estratégia da saúde da família, para evitar que ele desenvolva a insuficiência arterial? Estimular a deambulação, evitar se ele for diabético que ele se machuque, é... cuidados na alimentação, atividade física, não fumar, não beber.</p>	S	N	NL	J O

<p>Unidade de registro: Estimular a deambulação. Evitar se ele for diabético que se machuque. Cuidados na alimentação. Atividade física Não fumar Não beber.</p>						
<p>Impressões do entrevistador: A fala não diz o que fazer. Quais os cuidados com relação a fuma, beber... a resposta fica vaga, percebe-se um alinhamento de raciocínio lógico, mas sem fundamentação do que fazer.</p>						
Enf.9 Texto bruto	<p>14. Quando você recebe esse paciente que esta com risco de desenvolver a insuficiência artéria, tem algum cuidado que você passe para ele? R: O principal é a cada consulta você falar da importância de seguir a dieta, tomar a medicação conforme a prescrição, tentar estabilizar a doença, né; não ficar fazendo hipoglicemia e hiperglicemia, é o que mais... cuidado com os pés, secar entre os dedos, usar um calçado que seja macio pra não causar nenhum ferimento naquele pé.</p>	S	N	NL	J	O
<p>Unidade de registro: Dieta. Tomar a medicação conforme prescrição médica. Estabilizar a doença. Não ficar fazendo hipoglicemia e hiperglicemia. Cuidado com os pés Secar entre os dedos Usar calçado macio.</p>						
<p>Impressões do entrevistador: Tem quatro preocupações coerentes. Cuidado centrado nos pés. Mesclou orientações com cuidados propriamente ditos, ainda que não diga como o enfermeiro da ESF faria isto.</p>						
Enf.10 Texto bruto	<p>14. Quais os cuidados de enfermagem devem ser dados aos usuários com risco de desenvolvimento da insuficiência arterial de membros inferiores na estratégia da saúde da família, para evitar que ele desenvolva a insuficiência arterial? Ele se descobriu diabético e hipertenso e veio para a consulta de enfermagem, quais os cuidados de enfermagem para este cliente? R: Orientação tem um monte, primeiro ele tem de se adequar a dieta dele de diabético, e isso é muito difícil, até para gente é difícil, até da gente falar de dieta, a gente já fica com fome. Ter uma atividade física para melhorar a circulação dele, né. Os cuidados com o pé se for mulher não ficar indo a manicure, porque manicure tem mania de ser cirurgiã, ela tem mania de desencravar a unha, (risos).</p>	S	N	NL	J	O

<p>Unidade de registro: Adequação a dieta. Ter uma atividade física. Cuidados com pé. Não ficar indo a manicure. Não desencravar as unhas. Manicure tem mania de ser cirurgiã. Se for mulher não ficar indo a manicure. Só de falar da dieta dá fome. Adequar à dieta é muito difícil. Orientação tem um monte.</p>						
<p>Impressões do entrevistador: Pensa no cuidado somente como orientação. Orientação centrada no pé. As orientações são para as mulheres, não vê homens indo ao pedicuro, necessitaria de um acompanhamento para diagnosticar se há diferença na consulta de enfermagem para homens e mulheres. .</p>						
Enf.11 Texto bruto	<p>14. Quando você recebe esse paciente que esta com risco de desenvolver a insuficiência artéria, tem algum cuidado que você passe para ele? R: se ele é diabético a gente tem que pensar na alimentação dele, que é fundamental, no uso de medicação, os cuidados com a própria pele, evitar lesões, cuidados com pé diabético, cuidado com as unhas, não cortar, não mexer nos cantinhos, calçados macios, né... evitar calçados que criem bolhas, evitar que o próprio paciente corte essas bolhas, hidratar a pele, acho que de um modo geral são esses.</p>	S	N	NL	J	O
<p>Unidade de registro: Alimentação. Uso de medicação. Cuidados com a pele. Evitar lesões. Não cortar unhas e cantos dos dedos. Usar calçados macios. Não cortar as bolhas dos pés. Hidratar a pele.</p>						
<p>Impressões do entrevistador: Coerente com o seu raciocínio, ainda que centre os cuidados nas orientações. Pensou na hidratação da pele e não somente dos pés.</p>						

Quadro nº13 – Gaveta 2 Compartimento 1. Cuidados que devem ser prestados aos clientes com risco de desenvolver a IAMIs.

O que esperávamos neste compartimento? Gaveta 2 - Compartimento 1.

A insuficiência arterial é a diminuição do fluxo sanguíneo nas artérias, estes têm vários fatores de risco como: tabagismo, idade, herança genética, obesidade, sedentarismo, descontrole da diabetes e hipertensão arterial e dislipidemia. Estes fatores devem ser vistos e entendidos pela enfermagem como sinais de necessidade de cuidados, e estes cuidados na atenção básica não podem ser tratados como orientação apenas.

A Estratégia da Saúde da Família requer um bloco de atendimento partindo do macro para o micro familiar e a operacionalização deste conceito de cuidado insere o enfermeiro inclusive, na unidade casa do cliente.

Como cuidados de enfermagem esperávamos:

- Aferição dos pulsos dos membros inferiores e atuação no caso das intercorrências, como pulso diminuído ou ausente.
- Consultas de enfermagem com roteiro voltado para a família e paciente, tendo o controle da patologia de base como foco (DM e HAS).
- Observação e anotação das características dos membros inferiores, e a partir daí orientações para o cuidado.
- Visita domiciliar com periodicidade, realizada pelo profissional de nível superior assim como grupos.

Acima relatamos o mínimo esperado em uma consulta de enfermagem realizada com o cliente portador de diabetes mellitus e hipertensão arterial, baseados em conhecimentos adquiridos da prática e/ou de lembranças de informações percebidas durante a formação acadêmica, porém Brunner & Suddart (2002) e Piccinato, Cherri, Moriya, (2001), trazem as seguintes orientações:

a) Inspeção simultânea de ambas as extremidades para avaliação de cor (o membro afetado apresenta palidez à elevação, enchimento retardado e rubor pendente), temperatura (o membro afetado pela isquemia torna-se frio), condições da pele (esta poderá apresentar descamação e ressecamento).

b) Observar presença de lesões, ulcerações, atrofia e edemas, estas são indicativas da gravidade da isquemia;

c) Palpação dos pulsos dos membros inferiores (femoral, poplíteo, tibial posterior e pedioso), estes devem ser graduados em normal, diminuído e ausente;

d) Verificação do pulso arterial nos membros inferiores com a ausculta de fluxo por ultrassom com doppler (detecta o fluxo sanguíneo nos vasos periféricos), requer treino e

habilidade auditiva para detectar as alterações de fluxo, no local da estenose encontraremos o aumento da velocidade e diminuição do fluxo.

e) Verificação da pressão arterial do tornozelo (que combinado com o ultrassom é um indicador objetivo de doença arterial);

f) Teste de esforço (mede a resposta da pressão arterial após caminhada, realizada em esteira com inclinação de 10%, numa velocidade de cerca de 2,4 Km por hora), em um paciente com claudicação a pressão do tornozelo cai após o esforço.

g) Registro do índice tornozelo/braço; consiste na verificação da pressão de artérias distais (pediosa ou tibial posterior) com auxílio de aparelho ultrassônico e a verificação da pressão arterial em ambas as artérias braquiais, se houver discrepância entre elas utiliza-se a de maior valor, a razão entre a pressão distal e a braquial caracteriza o índice isquêmico: de 0,9 - 1,3 é considerado normal, de 0,4 - 0,9 é encontrado em clientes com claudicação, e os que apresentam dor em repouso possuem índice tornozelo/braço abaixo de 0,4, e 0,25 quando apresentam úlceras isquêmicas ou necrose.

As orientações acima não são específicas do Enfermeiro, cabendo a qualquer profissional de saúde por ocasião da avaliação do cliente com risco de desenvolvimento da IAMIs.

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 2

Sobre FAZER – compartimento 2		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	15. Quando você cuida deste usuário esta preocupado ou não com a possibilidade de amputação dos membros inferiores? R: Sim					
Unidade de registro: Sim.						
Impressões do entrevistador: Não explica que tipo de preocupação, ainda que não conste a pergunta.						
Enf. 2 Texto bruto	15. Quando você cuida deste usuário, quando ele adere à consulta, você esta preocupado com a possibilidade de amputação dos membros inferiores? R: Na verdade não, a gente se preocupa mais com as queixas do paciente, assim, a gente faz aquela orientação, no sentido de alimentação, dos possíveis riscos, mas não da amputação, porque eles vem com outras demandas e você acaba tendendo para estas demandas deles, então não penso nisso assim.	S	N	NL	J	O

Unidade de registro: Na verdade não. Não faz. Me preocupo com as queixas, faz aquelas orientações (sobre alimento), não para a amputação, devido a outras demandas, não penso nisso.					
Impressões do entrevistador: O cliente portador da diabetes e hipertensão arterial não é atendido pelo enfermeiro, o mesmo refere falta de demanda, portanto ele não tem essa preocupação.					
Enf. 3 Texto bruto	15. Quando você cuida deste usuário, quando ele adere à consulta, você esta preocupado com a possibilidade de amputação dos membros inferiores? R: Sim e o que me deixa mais preocupada, a gente tem sempre o olhar global, o que me deixa mais preocupada se eu percebo alguma ferida, alguma lesão, isso é o que me preocupa mais, se eu perceber algum ponto, alguma porta de entrada de algum machucado, isso vai me preocupar mais ainda, porque esse é um fator principal que vai levar a uma amputação de membro.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Sim. Preocupa-se com lesões.					
Impressões do entrevistador: Cuidado centrado na preocupação com lesões. A preocupação é com o global do paciente. Com a identificação da ferida, da lesão, perceber alguma porta de entrada, machucado, o machucado é fator de risco para amputar.					
Enf.4 Texto bruto	15. Quando você cuida deste usuário, quando ele adere à consulta, você esta preocupado com a possibilidade de amputação dos membros inferiores? R: hum, hum, então é sim? sim.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Sim.					
Impressão do entrevistador: Diz sim, mas não explica.					
Enf.5 Texto bruto	15. Quando você cuida deste usuário, durante a consulta, você esta preocupado com a possibilidade de amputação dos membros inferiores? R: sim.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Sim.					
Impressões do entrevistador: Diz sim, mas não explica.					

Enf.6 Texto bruto	15. Quando você cuida deste usuário, quando você faz a consulta de enfermagem, você esta preocupado com a possibilidade de amputação dos membros inferiores? R: com certeza, é uma das principais preocupações nossa.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Sim, é uma das suas principais preocupações.						
Impressões do entrevistador: Afirma com certeza, mas não explica.						
Enf.7 Texto bruto	15. Quando você cuida deste usuário, durante a consulta, você esta preocupado com a possibilidade de amputação dos membros inferiores? R: Olha a princípio eu não penso nisso, eu vou ser muito sincera, eu acredito que ele vai controlar, eu acho que ele vai controlar, eu acho que a orientação é eficiente, a principio eu não penso lá na frente, eu penso no aqui, que ele vai conseguir e acontece, da força de vontade que ele vai ter, às vezes ele se pune, eu não consegui controlar, eu comi 2 pães, e agora? Aí eu falo: agora a glicose tá alta, né, mas vamos tentar amanhã de novo, então eu nunca acho que vai ser (amputado), até que parece uma ferida no pé, aí você vê que o esforço é mais seu (enfermeiro) do que dele (paciente), eles gostam de ver a gente brigar, sabe, tem muita carência aqui, então se você fala: sua pressão tá alta, como pode tá alta assim, mas o que você comeu, eles (pacientes) gostam disso, gostam de ouvir isso, então a gente começa a achar... antigamente a gente verificava a pressão de todo mundo, e tava sempre alta, aí a gente começou a falar que só ia verificar a pressão de quem tivesse tomado remédio, aí eles começaram a vir controlados, mas aí não tinha como brigar, então a gente percebeu que eles estavam tristes, ninguém se preocupa com eles, então a gente se preocupa para eles isso é ótimo às vezes eles ficam meio desequilibrados por conta disso, mas... então o que a gente tava falando... a gente tava falando se você se preocupa com a possibilidade de amputação. Ah! Tá, então, mas até que apareça algum sinal eu não me preocupo não, eu nunca acho que vai amputar, eu acredito. Eu falo assim, sei que não deve ser fácil seguir né, o diabetes é uma doença muito ingrata, é a doença do comer, né, qual prazer que você tem maior na vida? É comer né, comer bem, comer bastante, então isso é muito difícil, mas pode- (nesse momento fomos interrompidos pelo auxiliar de serviços gerais da unidade com uma bandeja de café, para ambas)- pausa para o café, então eu não acho nunca que vai dar errado, a entrevista com você tá um pouco diferente, eu acho que o diferencial é o tempo que você tem na unidade xx anos, então você cria um elo com a unidade, cria um elo com o paciente e isso é revertido positivamente, você confia nos seus cuidados, confia na sua orientação, e faz, você	S	N	NL	J	O

acaba conhecendo, você sabe aquelas pessoas certinhas que vão seguir as suas orientações, aquelas que falam que seguem e não seguem, mas isso você só consegue com tempo na unidade. Eu acho que eu sou muito iludida, também nesses xx anos eu vi que a gente não tem muito recurso, apoio nutricionista você até consegue, mas demora, então eu tenho que fazer, às vezes eu falo assim (para o paciente) leva fé, tira o miolo do pão e come um só, faz a experiência de uma semana, acredita em mim e vamos ver como é que fica na próxima semana, e quando dá certo eles ficam felizes e ai eles querem mais, eles buscam, me fala mais, não sei se é culpa da vida, não sei o que é mais às vezes você (paciente) se desilude e ai o refugio é a comida e ai você (paciente) se perde, depressão, afoga na comida, come mal, isso é muito difícil, eu falo para eles (paciente), parece que às vezes eu quero muito mais do que vocês, e vocês não querem, então às vezes eu canso, sabia... **não cansa não**. Mas eu canso, eu tenho família também, eu tenho problema também, mas quando você consegue acertar a vida de alguém é muito gratificante, é a minha missão, é o que eu tenho que fazer aqui, eu não tenho muita coisa que fazer aqui, é minha missão, é o que eu tenho que fazer, é o que eu ganho, o salário não presta, as condições de trabalho é ruim, podia me lamuriar com você o tempo todo, mas, o que vale a pena é isso, **na verdade o nosso objetivo é o paciente**, é isso o que eu penso. Eu trabalho numa emergência, aí eu digo que lá é onde eu pago os meus pecados, porque lá eu tenho que resolver as sequelas do que eu não consegui resolver aqui, eu teria de resolver aqui para não atender lá, e... então eu digo que eu faço caridade lá, porque eu pego aquilo que eu não consegui fazer aqui. As vezes eu chego aqui e falo (risos), quanta grávida, quanto hipertenso... eu nunca vou ficar desempregada... (risos) vocês é que pagam meu salário aí... não vou ganhar bem nem ficar rica mas vocês me sustentam, sei que sempre vou ter emprego, então assim, eu olho, gosto muito de conversar com as pessoas, você ganha o mundo com isso, sabe, as vezes o remédio não vai fazer tanto efeito quanto uma conversa. Eu tô começando o mestrado agora com xxxx, então aqui a gente tem uma parceria com a UFF, e o que eu percebo é que os alunos não estão sendo preparados para trabalhar no SUS, então a minha linha de pesquisa é essa a formação pedagógica, e é isso, a gente tem que formar gente para trabalho na atenção básica, as pessoas só entram para a atenção básica porque o salário ainda é mais ou menos, eu me formei na XXXX, e quando eu me formei eu só tinha uma certeza... de que não iria trabalhar na atenção básica, porque eu odiei a atenção básica, eu sei que quando eu fui para a atenção básica eu fiquei numa sala um mês arrumando arquivo, não tive contato com paciente, eu só fiz uma sala de espera, e ainda assim porque eu fui obrigada a fazer, eu falei eu nunca quero fazer isso na minha vida, mas o que aconteceu, eu passei no

	<p>concurso, entrei aqui porque o salário era bom, e assim vou ter que aprender isso porque o salário é bom e eu preciso do dinheiro e assim eu me encontrei na atenção básica, é a minha praia, você se formou onde? Eu me formei na Luiza de Marillac, fiz habilitação em saúde pública na UERJ e pós-graduação na FIOCRUZ, nessa época já apaixonada pela atenção básica, a FIOCRUZ parece que respira ciência, inteligência, estou agora na UNIRIO fazendo mestrado e estou adorando apesar de todos os problemas pessoais. É muito bom estudar né? É mais vamos lá...</p>					
<p>Unidade de registro: Esforça-se mais que o cliente A diabetes é a doença do comer. O cliente gosta da atenção, mesmo que seja através da briga durante o tratamento. O enfermeiro sabe os clientes que seguem e não seguem o tratamento. O tempo de trabalho na unidade permitiu um melhor entrosamento entre os clientes. O enfermeiro também tem problema em casa e cansa. As universidades não estão preparando o aluno para a atenção básica e o SUS. O que atrai os profissionais para a ESF são os bons salários e a necessidade de dinheiro. A emergência recebe os pacientes que não tem sua doença resolvida na atenção básica. Nunca faltará emprego enquanto tiver gestante e hipertenso.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Não pensa nessa possibilidade, mas fundamenta o seu pensamento com a lógica do atendimento. Esta segura do seu atendimento prestado e de que ele é capaz de resolver o problema desta demanda.</p>						
<p>Enf.8 Texto bruto</p>	<p>15. Quando você cuida deste usuário, quando ele adere à consulta, você esta preocupado com a possibilidade de amputação dos membros inferiores? R: Sim.</p>	S	N	NL	J	O
<p>Unidade de registro: Sim.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Não explica.</p>						
<p>Enf.9 Texto bruto</p>	<p>15. Quando você cuida deste usuário, na consulta, você esta preocupado com a possibilidade de amputação dos membros inferiores? R: Sim, não só o membro, mas como lesão em outros órgãos né, o rim também a hemodiálise, porque ninguém merece, então na consulta eu faço o reforço positivo do que ele faz e do que ele tá fazendo, e algumas coisas eu faço uma correção, uma reorientação, sem pegar pesado, porque senão o paciente sai correndo e não volta mais para a consulta. Poxa eu vou lá sempre naquela consulta onde tem aquela enfermeira chata, que briga, briga, briga, aí acaba que você afasta o paciente e ele acaba não aderindo ao</p>	S	N	NL	J	O

	tratamento e não é isso que a gente quer, por isso tem sempre que realizar a recondução do que esta sendo feito errado de forma bem criteriosa para não espantar esse paciente, que senão não adianta. E o que acontece, ele tem hábitos, e mudanças de hábitos é muito difícil né, paciente come tudo que não deve há 30 anos, aí você quer que em uma consulta ele mude radicalmente? Ele não vai, só com o tempo.					
Unidade de registro:						
Sim. Não só com o membro, mas com lesão em outros órgãos. Hemodiálise. Reforço positivo. Reorientação. Sem pegar pesado. Paciente vai embora e não volta. Enfermeira chata. Recondução do que esta sendo feito errado de forma criteriosa. Mudança de hábitos é difícil.						
Impressão do entrevistador:						
Vê a necessidade da preocupação, propõem um cuidado de parceria com o cliente, onde ele não é apenas culpado e deve ser punido. Vê a necessidade de ser bem vista por este paciente, para que ele possa aderir ao tratamento.						
Enf.10 Texto bruto	15. Quando você atende este usuário, você esta preocupado com a possibilidade de amputação dos membros inferiores? R: Eu acho que vem logo na sua cabeça que ele pode desenvolver algum tipo de problema que leve ele a perder ao longo dessa caminhada da diabetes, porque se ele não aderir, né... é igual ao hipertenso, ele acha que ele pode parar de tomar a medicação para tomar a cervejinha, diz que foi o médico quem disse, você não sabe nem se pode confiar nisso... (se a fala é do médico). Porque é difícil tomar remédio todo dia.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro:						
Sim.						
Impressões do entrevistador:						
O enfermeiro preocupa-se com a adesão do cliente na terapia prescrita pelo médico, acha que a perda do membro esta voltada apenas para o controle medicamentoso da doença.						
Enf.11 Texto bruto	15. Quando você cuida deste usuário, você esta preocupado com a possibilidade de amputação dos membros inferiores? R: sim, sempre.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro:						
Sim e sempre.						

Impressões do entrevistador:

Não houve justificativa apenas afirmativa da pergunta.

Quadro nº 14 – Gaveta 2 Compartimento 2. Sobre a preocupação com a possibilidade de amputação dos membros inferiores de clientes portadores de DM e HAS.

O que esperávamos deste compartimento? GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 2

Esperávamos que a resposta partisse do conhecimento do enfermeiro sobre a patologia e de sua preocupação com o cuidado do cliente. Não há certo ou errado, apenas comprometimento ético da questão.

Houve enfermeiros que disseram não estar preocupados com a IAMIs, mas a sua ausência de preocupação decorre da sua confiança no tratamento, cuidados e orientações direcionadas aos clientes atendidos em sua unidade, outros não pensaram justificando que quando trata do cliente, ele está preocupado no agora, nos sinais e sintomas apresentados por este, e se no momento ele não evidencia necessidade de preocupação ele não o faz.

Justificamos a nossa preocupação com a possibilidade de amputação, por sabermos que a diabetes mellitus e a hipertensão arterial são patologias crônicas que uma vez associada aos fatores de risco para a IAMIs, evolui para doenças cardiovasculares e amputação de membros, a formação da placa de ateroma é uma intercorrência possivelmente evitável se o cliente das patologias de base acima citadas e familiares se comprometerem com o tratamento, reconhecemos que a história familiar e a genética são fatores incontroláveis, mas podem ser monitorados durante as consultas periódicas do cliente na unidade de saúde, justificando assim a necessidade desta preocupação por parte do enfermeiro no momento de sua avaliação do cliente diabético e hipertenso.

Sabemos que a ESF é direcionada a comunidade, família e indivíduo, o rastreamento de doenças de cunho hereditário deve ser uma das estratégias do enfermeiro para a promoção da saúde.

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 3

Sobre FAZER – compartimento 3		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	16. Estes cuidados que a gente faz aqui no PSF, estes cuidados de orientação como você disse, eles são eficientes para evitar que este paciente ampute o pé? R: Eficiente... não, pode ajudar, mas acho que não garante essa prevenção evita essa consequência não.					

Unidade de registro: Não. Não garante a prevenção da amputação.					
Impressão do entrevistador: Reticente sobre a eficiência do cuidado.					
Enf. 2 Texto bruto	16. Se você conseguisse orientar estes clientes você acha que estas orientações, estes cuidados seriam eficientes para evitar que este paciente não amputasse o pé? R: Acredito que sim, mas eu acredito que para isso a gente tivesse que estudar, se capacitar mais, de um treinamento, que a gente conseguisse mudar a lógica, a gente não consegue nem ter a consulta de enfermagem para falar das coisas mais básicas, para falar de uma alimentação mais saudável, da medicação que acabam tomando de forma inadequada, a gente não tem esse acesso, mas eu acredito que eles vindo à consulta e a gente realizando de uma forma adequada, fazendo as orientações e as avaliações, eu acredito que transforme essa realidade e cause essa prevenção.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Acredita que sim. A gente tivesse de estudar mais, se capacitar. Falar mais de uma alimentação saudável.					
Impressão do entrevistador: Acredita que precisa estudar, se capacitar, treinar mais. É apenas uma crença. Culpa o paciente, porque eles não vão à consulta, mas percebo que se ele for ele também não terá uma avaliação, orientação e cuidados adequados, partindo do princípio que o enfermeiro relata não saber.					
Enf.3 Texto bruto	16. Você acha que esse cuidados, essas orientações que você faz são eficientes para evitar que este paciente não ampute o pé? R: Eu acho que não. Eu acredito que eu poderia, eu pelo menos tento fazer, é o que nós estávamos conversando, se agente buscar o nosso diferencial, acho que a gente pode até melhorar no nosso cuidado, no nosso planejamento, na nossa consulta de enfermagem, né, é... mas o que acontece, é claro que uma coisa, não compensa a outra, ou melhor uma coisa não justifica a outra, o dia-dia massacrante, a rotina te suga tanto, te consome tanto que as vezes você deixa isso escapar, não que você não queira ou que você não saiba, ou que você não quer fazer, mas a própria rotina do trabalho te absorve tanto que você sem querer acaba deixando isso escapar, eu tenho essa consciência que se eu trabalhar isso dentro da minha mente, do meu Eu, que essa parte de melhorar a minha assistência depende mais de mim do que do próprio paciente, eu acho que se eu conseguir trabalhar isso dentro de mim	S	N	NL	J O

	emocionalmente e sei lá organizar melhor, sei lá eu acho que eu consigo buscar esse diferencial para melhorar a minha assistência.				
Unidade de registro: Acha que não. Faz reflexões sobre isso e compensações. Revela que seu dia é massacrante Tem a crença de que precisa se esforçar para melhorar a assistência, no momento não acredita que seus cuidados possam melhorar a assistência. Conseguir melhorar isso emocionalmente, se organizar melhor, buscar a diferença e melhorar a assistência. Acredita que poderia tentar fazer					
Impressão do entrevistador: Neste dia o enfermeiro havia passado por uma perda de um cliente em sua unidade, estava sensibilizado com a situação e talvez sem raciocínio lógico para as perguntas, foi lhe sugerido retornar em outro momento para a entrevista, mas o mesmo quis manter o agendamento.					
Enf.4 Texto bruto	16. Você acha que esse cuidados, essas orientações que você faz são eficientes para evitar que este paciente não ampute o pé? R: Eu acho que não. Tem outras coisas também, prevenção, mostrar a importância para ele, tipo assim vai de acordo com o paciente, quando ele chega obeso, tenho que encaminhar para a nutrição, endocrinologia, depende também dele.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Acha que não. Depende do cliente					
Impressão do entrevistador: Mostra a necessidade de outros profissionais para evitar a amputação. Ficou no achismo e não deu certeza de sua fala.					
Enf.5 Texto bruto	16. Você acha que esse cuidados, essas orientações que você faz são eficientes para evitar que este paciente não ampute o pé? R: São eficientes, mas na prevenção, se o paciente já estiver com a insuficiência arterial instalada não dá não, se ele já estiver à gente vai ter que estar observando aquela ferida, como tratar aquele pé, para evitar uma amputação, uso de meias elásticas. Orientar a ir ao vascular também é bom.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Eficiente apenas para a prevenção, com a insuficiência instalada não. Relata a necessidade de ir ao cirurgião vascular.					
Impressão do entrevistador: Não crê que os cuidados de enfermagem sejam suficientes para evitar a amputação, mas na fala anterior sobre quais os cuidados são dados ao cliente, refere estes feitos pelo auxiliar de enfermagem.					

Enf.6 Texto bruto	16. Esses cuidados, essas orientações que você faz são eficientes para evitar que este paciente não ampute o pé? R: Se ele seguir a risca pode ser que sim, porque muitas coisas são evitáveis, porque o paciente muitas das vezes ele não tem informação nenhuma sobre essas coisas, ele não tem informação sobre a doença, porque já teve caso dele (paciente) vir aqui diabética com as unhas pintadas, vermelhas, tirada cutícula, calos nos pés e eu já conversei, orientei, a paciente era diabética e não sabia que não podia fazer as unhas, expliquei que ela podia perder os pés, muitas das vezes a orientação ajuda muito.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Se ele (paciente) seguir a risca pode ser que sim. O paciente não tem informação sobre a doença. A orientação ajuda muito.						
Impressões do entrevistador: Não possui certeza no que diz. Relata a importância da informação.						
Enf.7 Texto bruto	16. Esses cuidados, essas orientações que você faz são eficientes para evitar que este paciente não ampute o pé? R: Sim.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Sim.						
Impressões do entrevistador: Entrevista longa, em determinado momento já cansada de falar, estava sensibilizada com a perda de uma paciente pós amputação, e sentiu necessidade de desabafar sobre o caso.						
Enf.8 Texto bruto	16. Estes cuidados que a gente faz aqui no PSF, estes cuidados de orientação como você disse, eles são eficientes para evitar que este paciente ampute o pé? Não. Porque não? Se ele já tiver uma pré-disposição, ou se ele for um paciente que seja já diabético, a melhor coisa para ele é a amputação. O melhor para ele você acha? Acho, para ele ter uma qualidade de vida uma perspectiva melhor, eu acho. Porque eu não sei, você não acha que se você tiver um paciente que esta em risco de desenvolver ou já desenvolveu a insuficiência arterial, você não acha que se você ensinar ele a caminhar, tiver uma boa alimentação, você não acha que isto seria melhor do que a amputação? Depende do quadro clínico do paciente, se ele já tiver muito avançado a história, a melhor causa é amputar, para uma melhora de vida, porque outro dia teve uma paciente no Geral (Hospital em São Gonçalo), que ela amputou a perna e amputou a perna feliz, foi a primeira vez que eu vi uma pessoa amputar a perna e sair da sala agradecendo porque amputou	S	N	NL	J	O

	aquele membro, porque ela disse que aquele membro causava doença a ela e sem aquele membro ela poderia viver melhor, viver sem as dores, viver sem aquele odor fétido que tinha.					
Unidade de registro:						
Não Acha melhor a amputação. Incoerente no raciocínio Conta história de paciente que gostou de ter amputado. Se o paciente for diabético a melhor coisa para ele é a amputação.						
Impressões do entrevistador:						
Não visualizado a lógica do raciocínio.						
Enf.9 Texto bruto	16. Quando você orienta este cliente você acha que estas orientações, estes cuidados são eficientes para evitar a amputação? R: acredito que sim, mas eu preciso muito da ajuda dele, ele também tem de querer, não basta a minha consulta ser linda e maravilhosa, eu falar tudo para ele, mas se ele não quiser não aceitar a doença, agora eu sinto muita falta do profissional nutricionista. Mas não tem no NASF? Eu não sei, eu queria na unidade. Falo dentro da equipe mesmo, não como referência, porque todos precisam de orientação nutricional, todos precisam né, tanto o diabético como o hipertenso e eu acho isso fundamental para a redução de dano.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro:						
Acredita. O paciente tem de aceitar a doença Sente falta do profissional da nutrição na equipe, não somente como apoio.						
Impressão do entrevistador:						
Percebe-se uma necessidade de orientação alimentar destes clientes na unidade, parece que este é o maior problema, mas não fala dos cuidados específicos do enfermeiro, porém respondeu sim para a pergunta feita.						
Enf.10 Texto bruto	16. Esses cuidados, essas orientações que você faz são eficientes para evitar que este paciente não ampute o pé? R: Eu acho que pode dar uma qualidade de vida para ele, se ele seguir, alimentação adequada, atividade física, caminhada moderada, acho que melhora bastante, acho assim, evita dele entrar no quadro agudo rapidamente. Tem diabético que ele não quer saber, ele come açúcar, ele bebe refrigerante, eu já tive um paciente que era alcoólico, depressivo, ele sentava no bar, e não adiantava falar com ele, a família falava, não adianta.	S	N	NL	J	O

Unidade de registro: Acha que pode melhorar a qualidade de vida. Evitar de ele entrar no quadro agudo da doença.						
Impressões do entrevistador: Culpa o paciente pelo agravamento da doença, refere apenas melhora da qualidade de vida e não da prevenção da amputação, e como se o paciente fosse amputado independente da ação da enfermagem.						
Enf.11	16. Estes cuidados que a gente faz aqui no PSF, estes cuidados de orientação como você disse, eles são eficientes para evitar que este paciente ampute o pé?	S	N	NL	J	O
Texto bruto	R: eu acho que sim, se feito de maneira rotineira, de maneira adequada, é acompanhada sempre por um profissional, eu acho que são eficientes sim.					
Unidade de registro: Acha que sim. Tem de ser realizado de maneira rotineira. Acompanhada por profissional.						
Impressão do entrevistador: Não se coloca na posição de profissional que irá evitar a amputação, mas também não faz referência a qual se estiver pensando no enfermeiro não se coloca como este profissional.						

Quadro nº15 – Gaveta 2 – Compartimento 3. Eficácia dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes portadores de DM e HAS para a prevenção da amputação de membros inferiores na ESF.

O que esperávamos deste compartimento? GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 3.

Esperávamos que o enfermeiro conhecesse os cuidados de enfermagem para a prevenção da IA desta forma optasse por crer na prevenção da amputação dos membros inferiores do cliente cuidado por ele.

A amputação de membros inferiores é possivelmente evitável se tivermos uma completa integração da equipe da ESF, o que foi observado é que a sobrecarga de trabalho nas USF, a falta de treinamento, o conhecimento fundamentado em crenças e lembranças, impede ao enfermeiro reconhecer a importância de seus cuidados, a maioria dos enfermeiros entrevistados baseia o seu cuidado em atos de orientação, o FAZER é limitado à palavra FAÇA ou NÃO FAÇA, totalmente dependente do que pensa e planeja o cliente, não existe uma avaliação de classificação do cliente, onde não há a mensuração do tipo de dependência deste para a percepção que o mesmo possui da dimensão de sua patologia, o que poderia ser conseguido se utilizássemos a mensuração segundo Horta: dependência total, parcial,

orientação, encaminhamento e supervisão, a palavra usada FAÇA, faz parte de um NÃO PLANEJAMENTO de enfermagem, porque foi observado uma total falta de sequência lógica no atendimento ao cliente da unidade, executam, mas não se preocupam com o COMO, o cuidado é baseado nas queixas do cliente e não na prevenção da ocorrência desta queixa.

Os cuidados de enfermagem para evitar a amputação de membros inferiores na ESF são fundamentados nas atribuições do enfermeiro para o cuidado com o cliente portador de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, encontrados nos Cadernos de Atenção Básica nº15 e 16 do Ministério da Saúde (2006).

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 4

Sobre FAZER – compartimento 4		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	17. Quando você atende esse usuário aqui no posto você, com insuficiência arterial, você explica sobre a prevenção e o tratamento, o como viver em casa e no trabalho? R: A gente explica, mas o que a gente vê e que eles não querem saber, é como se já estivessem acostumados com a doença, e como se não compreendessem a gravidade da doença a ponto de vir a perder esse membro, a gente nota que eles não ficam satisfeitos e não querem saber não. Você orienta quanto ao uso de palmilhas e sapatos fechados? Ainda não tinha orientado não, mas vou passar a orientar. (risos). Orienta quanto à forma de cortar as unhas? Sim, formas de cortar as unhas, importância de secar, de não andar descalço, não usar sapatos abertos.					
Unidade de registro: Relata o cuidado em secar os pés e de não usar sapatos fechados. Não orienta quanto ao uso de sapatos fechados e palmilhas Os pacientes não querem saber dos cuidados. Orienta quanto a forma de cortara as unhas						
Impressão do entrevistador: O cuidado fica vago. Culpa o cliente pela falta de cuidado, ou pela assistência não dada.						
Enf. 2 Texto bruto	17. Ao atender esse usuário na ESF, com insuficiência arterial, você conversa com ele e explica sobre a prevenção e o tratamento, o como viver em casa e no trabalho? Orienta quanto ao uso de palmilhas e sapatos fechados? Orienta quanto à forma de cortar as unhas? R: A gente faz determinadas orientações, mas não faz a todas essas, quanto à questão das unhas, de machucar e em relação das palmilhas não, nossa renda social aqui é bem pequena, e às vezes eles não têm o que comer o que dirá comprar palmilhas, então à	S		NL		

	<p>gente alguns cuidados, cuidados de higiene, questão das unhas, e alguns outros cuidados, mas sobre as palmilhas não, teve uma vez que eu fui orientar com relação à alimentação, e ele falou assim, eu não tenho o que comer, como eu vou escolher o que comer, fica muito difícil, e nossa área é socialmente comprometida, acho assim que as nossas orientações realmente são muito importantes, mas muita coisa influencia, o nosso conhecimento, eu, por exemplo, não tenho um conhecimento mais aprofundado sobre isso, o processo de trabalho que aqui é louco, a gente tem de dar conta de 500 mil programas, gerenciar o posto e fazer mil coisas, isso também dificulta. Assim é muito complicado. E vocês não tem um gerente aqui, né? Na verdade, me chamaram para ser gerente (editado para não possibilitar a identificação do entrevistado) a gente acaba sendo gerente, a gente se ajuda, mas o gerente de qualquer forma teria as duas funções a de gerente e a de assistencial.</p>			
<p>Unidade de registro: Faz determinadas orientações, mas não faz todas. Renda social dos clientes pequena, não tem nem o que comer. A função de enfermeiro assistencial e de gerente impossibilita um bom cuidado.</p>				
<p>Impressões do entrevistador: Justifica a não realização de cuidado pela baixa renda dos clientes atendidos, relata a falta de conhecimento sobre o assunto, queixa-se de excessos de programas para gerenciar o que dificulta a atenção a este cliente em específico.</p>				
<p>Enf. 3 Texto bruto</p>	<p>17. Ao atender esse usuário na ESF, com insuficiência arterial, você conversa com ele e explica sobre a prevenção e o tratamento, o como viver em casa e no trabalho? Orienta quanto ao uso de palmilhas e sapatos fechados? Orienta quanto à forma de cortar as unhas? R: Sim oriento, até mesmo porque antigamente não existia isso, mas hoje nas clínicas e salões de beleza, vamos dizer assim, existem hoje profissionais especializados a cuidar dos pés diabéticos, é claro que isso também depende do custo financeiro de cada pessoa, nem toda pessoa tem essas condições financeiras de ir para uma clínica e se cuidar com podólogo, mas a gente orienta, olha, se tiver de cortar a unha peça a alguém que saiba cortar e corte com cuidado, e faz toda a orientação que necessita fazer.</p>	<p>S N NL J O</p>		
<p>Unidade de registro: Orienta os clientes a cuidar dos pés. Os pacientes não têm condições de pagar podólogo.</p>				

Impressões do entrevistador: Demonstra uma necessidade de delegar o cliente a outros profissionais, não inclusos como profissional da saúde não orienta e confessa saber que nem todos os clientes terão condições financeiras de procurar o podólogo. Não explica a orientação, delega a uma pessoa que faça o cuidado com as unhas. A orientação é para pés e unhas.						
Enf.4 Texto bruto	17. Ao atender esse usuário na ESF, com insuficiência arterial, você conversa com ele e explica sobre a prevenção e o tratamento, o como viver em casa e no trabalho? Orienta quanto ao uso de palmilhas e sapatos fechados? Orienta quanto à forma de cortar as unhas? R: Sim, para todas as perguntas, no início aqui quando a gente começou a falar disso aqui, muita gente veio falar que não tinha condições de comprar chinelos, aí nós começamos a conscientiza-los da importância do uso do calçado. Eu oriento quanto à forma de cortar as unhas porque você pode contrair alguma doença né? Parasitária, fungo, né, eu explico tudo isso. Falo da higienização, porque a higiene aqui é muito precária.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Disse sim para todas as colocações e acrescentou a necessidade de higienização.						
Impressões do entrevistador: Esta muito enraizada neste entrevistado a necessidade de higiene por parte do cliente.						
Enf.5 Texto bruto	17. Ao atender esse usuário na ESF, com insuficiência arterial, você conversa com ele e explica sobre a prevenção e o tratamento, o como viver em casa e no trabalho? Orienta quanto ao uso de palmilhas e sapatos fechados? Orienta quanto à forma de cortar as unhas? R: Sim, para todas as perguntas.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Diz sim para todas as perguntas, mas não explica.						
Impressões do entrevistador: Sem explicações.						
Enf.6 Texto bruto	17. Quando você atende esse usuário na ESF, com insuficiência arterial, você conversa com ele e explica sobre a prevenção e o tratamento, o como viver em casa e no trabalho? Orienta quanto ao uso de palmilhas e sapatos fechados? Orienta quanto à forma de cortar as unhas? R: sim para todas, mas na verdade assim... quanto a sapatos fechados eu não oriento muito não, oriento para comprar sapato confortável a não andar descalço, sapatos acolchoados, oriento quanto a cutículas e cortar as unhas eu também faço.	S	N	NL	J	O

<p>Unidade de registro: Diz sim para quase todas as perguntas. Não orienta quanto ao uso de palmilhas e sapatos fechados. Orienta quanto a sapatos confortáveis.</p>						
<p>Impressões do entrevistador: Ficou em dúvida quanto ao que realmente orienta.</p>						
<p>Enf.7 Texto bruto</p>	<p>17. Quando você atende esse usuário na ESF, com insuficiência arterial, você conversa com ele e explica sobre a prevenção e o tratamento. R: Explico assim, com o que a gente tem que é muito pouco, eu vou te contar uma experiência que eu tive há pouco tempo, uma paciente diabética, bem idosa que a gente fazia visita, com glicose alta, aquele negócio todo, muito difícil porque ela era de uma religião complicada, que Deus cura tudo, não aderiu muito bem ao tratamento porque Deus ia curar. E aí ela deu uma feridinha na ponta do dedo dela, ela deu uma topada em casa e abriu aquela feridinha, e quando eu vi, vi que aquilo não tava bom, aí eu falei vou te encaminhar para o ambulatório de pequena cirurgia pra desbridar, limpar a ferida. Tem isso aqui no Município? Tem é lá no Leal Junior (HOSPITAL), eu vou te encaminhar o quanto antes, você vai lá para ele tirar só esse pretinho aqui, porque eu não vou conseguir tirar isso com pomada, com curativo, aí você vai ver isso vai fechar, tá bom? Voltei uma semana depois, E aí a senhora foi? Não vou porque Deus vai me curar, olha só tá ficando melhor, e aí o melhor dela era que estava secando, não tava secando, tava mumificando, fiquei falando que ela tinha que ir, e as filhas não fazendo também muito esforço porque tinha que arranjar um carro para ir, pois bem passou um mês e nada de melhorar e ela ir ao hospital eu falei assim – a senhora vai ter que ir ao Hospital, porque se a senhora não for eu vou trazer a assistente social aqui, e ela vai colocar isso no Ministério público e aí vai caracterizar maus tratos e vai envolver as filhas também, e aí eles decidiram ir, eu fiz o encaminhamento, mandei para a cirurgia vascular, já não mandei mais para o ambulatório de pequena cirurgia, botei paciente apresentando necrose de hálux, pá, pá, pá, solicito avaliação quanto à desbridamento físico, pá, pá, pá, curativo com iruxol sem melhora, mandei, quando eles voltaram veio direto aqui na unidade: olha só o médico disse que você é louca, que enfermeira não sabe o que esta falando, aí eu perguntei por que ele disse isso; porque ele (médico) disse que é só passar iruxol e nem precisa fechar o curativo. Eu perguntei (enfermeira), mas ele viu o pé dela? (familiar) ele viu, mas disse que se ele botar a mão aí ela vai perder o pé. A não então eu vou pedir outra avaliação (ENFERMEIRA), ah! Não porque a gente não vai (FILHA), porque é muito difícil à gente ir, a gente foi porque você falou que a gente tinha de ir e a gente não vai mais não porque ELE</p>	S	N	NL	J	O

(MEDICO) falou que você não sabe de nada. 15 dias depois eu voltei, estava muito pior, arrumei um carro com a assistente social de Itaboraí, pedi avaliação de outro cirurgião vascular, isso começou assim em janeiro, finalzinho de fevereiro, início de março ela internou, ai esse cirurgião internou e amputou aqui assim... **supra patelar?** Isso, ai mandaram para o Andaraí para ver se ia ser necessário amputar a outra também, porque a outra também tava escurecida, e eu era a enfermeira louca. Ai quando eu voltei para a visita domiciliar a culpa era minha porque eu mandei amputar, olha o pensamento das pessoas... a senhora depressiva na cama, não queria abrir o olho, sabe, ai assim eu falei, eu tenho que ajudar, aí eu ajudando no curativo e as filhas muito resistentes a visita, sabe. Eu fui lá umas 3 vezes fechou muito bem a ferida dela, mas ai hoje eu soube que sexta-feira passada ela faleceu... dia inteiro deitada na cama, não tinha quem sentasse ela, foi de depressão. **De repente ela entrou em depressão porque Deus iria cura-la e ele permitiu que ela fosse amputada, então ela perdeu até Deus.** Deus e a (XXX) porque ela queria que a minha mãe fosse amputada (FILHA), virou para mim e perguntou se eu estava satisfeita, porque você não mandou; ai eu tentei explicar que aquilo só aconteceu porque o primeiro médico não desbridou, mas ai... eu sei que eu fiquei muito mal, eu é quem não queria fazer mais visita, porque eu falei eu não vou, eles não vão me aceitar, aí a médica falou, (XXX) você vai, a gente tem de ir, eu voltei a ir, mas era muita resistência, porque assim, é muito difícil, eu falo para você eu trabalho com o que eu tenho, porque até para você pedir o parecer de um outro profissional a coisa é complicada, ele acha que é melhor que você e que você não sabe nada, tem coisa que você sabe que não vai dar boa coisa. Sabe o que eu penso, eu acredito no que eu faço, eu acho que se eu fizer um bom trabalho, eu não vou pegar na emergência os agravos que eu pego, sei lá acho que o povo vai morrer igual a passarinho, vai dormir e não vai acordar, porque morrer todo mundo vai, mas a gente não vai essas coisas que eu não consigo tratar aqui, a adesão que eu não consigo aqui. **Bom vamos voltar, você conversa com ele e explica sobre a prevenção e o tratamento, o como viver em casa e no trabalho?** Oriento. **Orienta quanto ao uso de palmilhas e sapatos fechados?** Não, oriento assim, chinelo de dedo não pode, tem que usar uma coisa mais acolchoada, para proteger a ponta do pé, mas com relação à palmilha eu não falo não, **mas quando você orienta sobre o uso de sapatos acolchoados você já esta incluindo uma palmilha. Porque teve uma enfermeira que falou que os pacientes não tinham dinheiro para comprar uma palmilha, ai eu falei compra um EVA e faz uma palmilha.** Adorei a história do EVA, a gente muitas das vezes faz e nem sabe que esta fazendo, né. **Orienta quanto à forma de cortar as unhas?** Faço.

<p>Unidade de registro: Explica. Encaminhar para o ambulatório de pequena cirurgia Paciente de uma religião que Deus cura tudo Não foi a consulta de ambulatório Intimidou a família com a assistente social e o ministério público Encaminhou para o cirurgião vascular Especialista chamou a enfermeira de louca Famíliares não confiam na enfermeira Quadro evoluiu para a amputação e óbito da cliente. Não orienta quanto ao uso de palmilha, mas fala do uso de sapato confortável. Orientam quanto à forma de cortar as unhas.</p>						
<p>Impressões do entrevistador: O enfermeiro sabe da sua importância na equipe, está sensibilizado com a perda do paciente, queixa-se da falta de parceria com o cirurgião vascular, mas após pesquisa foi verificado que esta especialização não tem matrícula no Município, o Município possui angiologista; a estrutura política da Secretaria de Saúde está passando por reformas, e o Hospital Municipal está sendo gerenciado por uma OS (Organização Social), neste momento com comprometimento do ambulatório de pequenas cirurgias.</p>						
Enf.8 Texto bruto	17. Quando você atende esse usuário na ESF, com insuficiência arterial, você conversa com ele e explica sobre a prevenção e o tratamento. R: Hum, hum. Como viver em casa e no trabalho? Sim. Orienta quanto ao uso de palmilhas e sapatos fechados? Sim. Orienta quanto à forma de cortar as unhas? Sim.	S	N	NL	J	O
<p>Unidade de registro: Sim.</p>						
<p>Impressões do entrevistador: Disse sim para todas as perguntas, mas não passou credibilidade.</p>						
Enf.9 Texto bruto	17. Quando você atende esse usuário na ESF, com insuficiência arterial, você conversa com ele e explica sobre a prevenção e o tratamento. R: explico, alguns chegam para mim com alguma ferida já, - Ah! Eu vim fazer o curativo. - Aí eu já pergunto já como é que é; se tem diabetes, aí eu já aproveito já, e capto, porque a gente desconfia né, aí ele mesmo já fala, ah! É porque eu sou diabético, mas faço o tratamento mais ou menos e aí a gente tenta orientar ali. Explica como viver em casa e no trabalho? Sim, tem que orientar. Orienta quanto ao uso de palmilhas e sapatos fechados? Não, palmilha não, mas sapato sim. Orienta quanto à forma de cortar as unhas? Nem sempre eu oriento isso, às vezes eu oriento mais as mulheres, porque às vezes numa situação que está com ponto de pus e tal, fui à manicure.	S	N	NL	J	O

Unidade de registro: Explica Questiona a diabetes quando o paciente vai fazer curativo. Orienta quanto ao uso de sapato, mas não de palmilha. Orienta as mulheres com questão a manicure.						
Impressões do entrevistador: Percebe-se uma preocupação em todas as respostas com as mulheres na manicure (pedicuro).						
Enf.10 Texto bruto	17. Quando você atende esse usuário na ESF, com insuficiência arterial, você conversa com ele e explica sobre a prevenção e o tratamento. R: explico, sobre os cuidados com a alimentação, palmilhas e sapatos fechados, não cortar os cantinhos das unhas, porque fatalmente ele vai se machucar e entra no processo inflamatório.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Conversa com o paciente e explica sobre o tratamento.						
Impressões do entrevistador: Sem observações s a fazer.						
Enf.11 Texto bruto	17. Quando você atende esse usuário aqui no posto você, com insuficiência arterial, você explica sobre a prevenção e o tratamento, o como viver em casa e no trabalho? R: sim. A gente sempre procura orientar, mas a gente tem o problema de adequação do lar e situação financeira a estes cuidados que ele tem de desenvolver, porque são casas precárias, onde eles não têm uma acomodação.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Orienta quanto adequação da moradia, situação financeira e cuidados.						
Impressões do entrevistador: Único enfermeiro que se mostrou preocupado com o lar que recebe este cliente.						

Quadro nº16 – Gaveta 2 – Compartimento 4. Atendimento ao usuário e explicação sobre prevenção e tratamento.

O que esperávamos deste compartimento? GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 4.

Esperávamos que o enfermeiro demonstrasse uma preocupação com o lar do cliente, com a família, uso de sapatos, palmilhas e cuidados com os pés durante a consulta de enfermagem.

Os enfermeiros no primeiro momento dizem que fazem, mas em respostas posterior a outras perguntas ou ainda no mesmo tema, demonstram não realizá-lo, dizem que não fazem e

vão fazer, dizem não conhecer o assunto, falam da necessidade de aprofundamento no assunto.

Esse compartimento é voltado para orientações gerais e não somente voltado para a IA (Insuficiência Arterial), o uso de palmilhas e forma de cortar as unhas deve ser orientado a qualquer cliente, independente de sua patologia de base e reforçada em clientes portadores de hanseníase, DM e HAS, o como viver em casa e no trabalho pode ser entendido como: postura da coluna vertebral, como sentar, levantar, andar, etc. pode ser entendido como forma de alimentar-se e qualidade dos alimentos ingeridos.

A casa é o ambiente de privacidade do cliente e ao observá-la, ela nos mostra os alicerces do cuidado individual na qual o cliente e família se harmonizam; é na casa que ele se despoja de calçados e desnuda os pés vulneráveis a atritos que podem causar lesões, é nesta casa dentro da intimidade da geladeira, que encontramos os grandes vilões da manutenção da dieta, do prazer, os açúcares e lipídeos envoltos numa grande camada de satisfação pessoal e de compensações emocionais, muitas vezes desencadeadas pela própria revelação da doença e do adoecer; e nesta mesma casa que encontramos a família, muitas vezes conflitantes e que necessitam de participar ativamente do cuidado alimentar do cliente, pois lembremos que estamos falando de uma patologia que pode emergir da hereditariedade.

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 5

Sobre FAZER – compartimento 5		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	18. Ao realizar a consulta de enfermagem, você avalia no exame físico os pulsos dos membros inferiores? O pedioso, poplíteo, femoral, tibial? R: Não.					
Unidade de registro: Não.						
Impressões do entrevistador: Falta rotina de atendimento para o paciente diabético e hipertenso.						
Enf. 2 Texto bruto	18. Quando você atende esse cliente, quando você realiza a consulta de enfermagem, você avalia no exame físico os pulsos dos membros inferiores? O pedioso, poplíteo, femoral, tibial? R: Só quando eles têm queixa, ah, tô com dor, edema, senão não faz parte da rotina.	S	N	NL	J	O

Unidade de registro: Não. Somente realiza se há queixas do cliente.					
Impressão do entrevistador: Não faz parte da rotina. Falta rotina de atendimento para o paciente diabético e hipertenso.					
Enf. 3 Texto bruto	18. Quando você realiza a consulta de enfermagem, você avalia no exame físico os pulsos dos membros inferiores? O pedioso, poplíteo, femoral, tibial? R: Eu verifico mais dos membros inferiores. Não, você verifica mais dos membros superiores. Eu verifico mais dos inferiores, primeiro eu verifico a presença de edemas e depois da pulsação. (neste momento ela estava apontando para as artérias: radial e braquial).	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Verifica os membros superiores, depois diz membros inferiores, mas aponta para os braços.					
Impressão do entrevistador: Enfermeiro confuso com a nomenclatura: membros inferiores e superiores.					
Enf.4 Texto bruto	18. Quando você realiza a consulta de enfermagem, você avalia no exame físico os pulsos dos membros inferiores? O pedioso, poplíteo, femoral, tibial? R: Não, só faço para ver a sensibilidade.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Não verifica.					
Impressão do entrevistador: Falta rotina de atendimento.					
Enf.5 Texto bruto	18. Quando você realiza a consulta de enfermagem, você avalia no exame físico os pulsos dos membros inferiores? O pedioso, poplíteo, femoral, tibial? R: Eu sempre avalio o femoral e o pedioso, os outros eu não tenho o costume não.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Avaliam o pulso femoral e o pedioso os outros não.					
Impressão do entrevistador: Falta rotina de atendimento.					
Enf.6 Texto bruto	18. Quando você realiza a consulta de enfermagem, você avalia no exame físico os pulsos dos membros inferiores? O pedioso, poplíteo, femoral, tibial? R: Faço, quando tem indicação para fazer, quando vê um negocinho, tem um sinalzinho de alerta, aí eu já avalio, vejo que ali pode evoluir aí	S	N	NL	J O

	<p>eu já dou uma olhadinha, na verdade eu não tenho muito aqui paciente com insuficiência arterial, não. Tenho muito é diabético, mas que chegue a esse ponto... a maioria a gente já encaminha. Ele é encaminhado e na verdade muitas pessoas procuram a unidade quando já estão na fase crítica, essa é que é a verdade, deixa... deixa...deixa... e só procura a unidade quando vê que aquilo esta complicado, e muitas das vezes não tem nem o que fazer a gente já encaminha para o vascular, já tem uma ferida aberta, já orienta quanto a curativo, essa coisa toda e fica acompanhando a evolução daquele quadro.</p>					
<p>Unidade de registro: Avalia quando tem um sinal de alerta, um negocinho (!). Dá uma olhadinha Não tem muitos pacientes com insuficiência arterial Tem muitos diabéticos Seus clientes só procuram a unidade quando estão na fase crítica, com ferida aberta.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Falta rotina de atendimento.</p>						
<p>Enf.7 Texto bruto</p>	<p>18. Quando você realiza a consulta de enfermagem, você avalia no exame físico os pulsos dos membros inferiores? O pedioso, poplíteo, femoral, tibial? R: Faço geralmente quando o paciente é acamado, porque aí você tem uma facilidade, quando ele é diabético eu costumo dar uma atenção para o pé, como vai o pé? Me preocupo com a cor, às vezes nem toco, mas dou uma olhadinha para ver a presença de edema, coloração.</p>	S	N	NL	J	O
<p>Unidade de registro: Faz quando o paciente é acamado, porque tem mais facilidade. Diabético dá atenção ao pé Como vai o pé? Preocupa-se com a cor Não toca dá uma olhadinha para ver a presença de edema e coloração</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Não possui rotina de atendimento.</p>						
<p>Enf.8 Texto bruto</p>	<p>18. Quando você realiza a consulta de enfermagem, você avalia no exame físico os pulsos dos membros inferiores? O pedioso, poplíteo, femoral, tibial? R: Sim.</p>	S	N	NL	J	O
<p>Unidade de registro: Sim.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Não percebido credibilidade do entrevistado.</p>						

Enf.9 Texto bruto	18. Quando você realiza a consulta de enfermagem, você avalia no exame físico os pulsos dos membros inferiores? O pedioso, poplíteo, femoral, tibial? R: Não, só se eu ver que esta com alguma coloração diferenciada nos membros inferiores, ou se ele relata dor ou peso nas pernas.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não. Verifica se houver coloração diferenciada ou relato de peso ou dor nas pernas.						
Impressão do entrevistador: Falta rotina de atendimento.						
Enf.10 Texto bruto	18. Quando você realiza a consulta de enfermagem, você avalia no exame físico os pulsos dos membros inferiores? O pedioso, poplíteo, femoral, tibial? R: Olha atualmente eu vou ser sincera, a gente, não tá fazendo isso aqui porque, os médicos priorizaram o atendimento clínico e o enfermeiro fazer os programas, a gente colhe preventivo, faz pré-natal, puericultura, imunização, entendi . A gente deixou a cargo deles, mas eles não fazem orientação, fica aquela coisa a jato, a gente precisa retornar a fazer, mas a gente tá vivendo um momento no Município muito político, então tem que esperar as coisas acalmar e retomar.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não estamos fazendo. O médico ficou com o atendimento clínico Faz pré-natal, puericultura. Tem que retomar o atendimento. Os médicos não orientam. Consultas a jato.						
Impressão do entrevistador: O enfermeiro não faz a consulta de enfermagem. Falta rotina de atendimento.						
Enf.11 Texto bruto	18. Quando você realiza a consulta de enfermagem, você avalia no exame físico os pulsos dos membros inferiores? O pedioso, poplíteo, femoral, tibial? R: Sim.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Sim.						
Impressão do entrevistador: Falta rotina na consulta de enfermagem.						

O que esperávamos com este compartimento? GAVETA 2 COMPARTIMENTO 5

Este compartimento comporta apenas as respostas SIM (azul) e NÃO (vermelho), porém obtivemos achados em que o enfermeiro dizia NÃO ou SIM para algumas perguntas e nas suas falas demonstravam realiza-las ou não realiza-las em discordância com a sua primeira resposta, portanto utilizamos o laranja para classificar estas questões.

Esperávamos observar se o enfermeiro durante a consulta de enfermagem para o portador de DM e HAS estava preocupado com a possibilidade da ocorrência da insuficiência arterial, aferida através da verificação dos pulsos dos membros inferiores como solicita o caderno de atenção à saúde nº15 (2006) no item 11 das atribuições do enfermeiro: “Acrescentar, na consulta de enfermagem, o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco. Realizar, também, cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco”.

A aferição dos pulsos nos dá a noção da localização da obstrução arterial, pois a ausência destes nos dá a proximidade da ocorrência, a aferição sistemática do pulso dará a possibilidade ao enfermeiro de perceber as alterações de amplitude e ritmo do fluxo arterial, estes devem ser mensurado e registrado no prontuário da família por ocasião da consulta de enfermagem.

Existindo flutuação importante nos daria um SINAL DE ALERTA para a ocorrência da insuficiência arterial, desde que respeitado alguns cuidados como: descanso prévio do cliente e mensuração dos pulsos arteriais com o cliente na posição deitado.

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 6

Sobre FAZER – compartimento 6		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	19. Faz parte do seu roteiro de enfermagem aferir o perímetro abdominal do paciente diabético? Não. Condições das unhas? Não. Coloração dos pés? Sim. Verificação da temperatura dos membros inferiores? Sim. Presença de calosidades e rachaduras nos pés? Sim. Presença de lesões nos membros inferiores? Sim. Pressão arterial em ambos os membros inferiores? Não.					
Unidade de registro: Sim para: coloração, temperatura, calosidades e lesões. Não para: perímetro abdominal, condições das unhas e pressão arterial.						

Impressão do entrevistador: Na pergunta 17 disse conversar com o cliente sobre os cuidados das unhas, mas no decorrer da entrevista, disse não examinar as unhas do cliente, faz parte do programa de hiperdia à aferição de perímetro abdominal, mas isto não é feito por ele.						
Enf. 2 Texto bruto	19. Faz parte do seu roteiro de enfermagem aferir o perímetro abdominal do paciente diabético? Sim. Condições das unhas? Sim. Coloração dos pés? Só quando tem queixa, vou ser honesta. Verificação da temperatura dos membros inferiores? Só quando tem queixa. Presença de calosidades e rachaduras nos pés? Sim, a gente verifica as unhas. Presença de lesões nos membros inferiores? Sim. Pressão arterial em ambos os membros inferiores? Não.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Sim para: perímetro abdominal, condições das unhas, calosidades e rachaduras e lesões. Não para: pressão arterial, temperatura e coloração.						
Impressão do entrevistador: Responde com honestidade. Só examina quando tem queixa senão não faz parte da sua rotina de consulta. Verifica as unhas, mas não visualiza a coloração dos pés.						
Enf. 3 Texto bruto	19. Faz parte do seu roteiro de enfermagem aferir o perímetro abdominal do paciente diabético? Sim. Condições das unhas? Sim. Coloração dos pés? Sim. Verificação da temperatura dos membros inferiores? Sim. Presença de calosidades e rachaduras nos pés? Sim. Presença de lesões nos membros inferiores? Sim. Pressão arterial em ambos os membros inferiores? Isso, eu confesso que não que eu nunca tinha verificado, mas, é aquela coisa é tão comum à gente verificar a do braço que a gente sem querer passa despercebido.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Responde sim para as questões sugeridas. Confessa que não verifica a pressão arterial dos membros inferiores por ser uma coisa tão comum que passa despercebido.						
Impressão do entrevistador: Percebido novamente incoerência do que sabe e do que diz saber sobre membros inferiores e superiores.						
Enf.4 Texto bruto	19. Faz parte do seu roteiro de enfermagem aferir o perímetro abdominal do paciente diabético? Sim, porque eu tenho que fazer o Hiperdia. Condições das unhas? Sim. Coloração dos pés? Sim. Verificação da temperatura dos membros inferiores? Sim. Presença de calosidades e rachaduras nos pés? Sim, porque é um foco. Presença de lesões nos membros inferiores? Sim. Por que aqui tem muito,	S	N	NL	J	O

	<p>muita lesão de perna. Já pensou em leishmaniose? Não sei por que tem algumas feridas que a gente tá até mandando para estudo. Pressão arterial em ambos os membros inferiores? Não. É normal a verificação? Porque eu nem sabia que sabia essa possibilidade.</p>					
<p>Unidade de registro: Afere perímetro abdominal por causa do Hiperdia. Verifica a presença de lesão porque no local onde trabalha tem muita; algumas até foram mandadas para estudo. Não verifica a pressão arterial dos membros inferiores e não sabia da possibilidade dessa verificação.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Desconhecimento das formas de aferir sinais de insuficiência arterial e agravos no paciente diabético e hipertenso.</p>						
<p>Enf.5 Texto bruto</p>	<p>19. Faz parte do seu roteiro de enfermagem aferir o perímetro abdominal do paciente diabético? Sim, faz o cadastro do hiperdia. Condições das unhas? Sim. Coloração dos pés? Sim. Verificação da temperatura dos membros inferiores? Sim. Presença de calosidades e rachaduras nos pés? Sim. Presença de lesões nos membros inferiores? Sim. Pressão arterial em ambos os membros inferiores? Não.</p>	S	N	NL	J	O
<p>Unidade de registro: Diz sim para todas as perguntas com exceção da verificação de pressão arterial nos MMIIIs. Refere aferição do perímetro abdominal para cadastro no Hiperdia.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Falta rotina de atendimento.</p>						
<p>Enf.6 Texto bruto</p>	<p>19. Faz parte do seu roteiro de enfermagem aferir o perímetro abdominal do paciente diabético? Sim, no hiperdia quando chega um paciente novo aqui que não é cadastrado. Mas é só quando cadastra, e nas consultas como é feito? Nas consultas a gente pesa e mede. Condições das unhas? Geralmente, principalmente quando é diabético, a gente já olha. Coloração dos pés? Sim. Verificação da temperatura dos membros inferiores? Sim. Presença de calosidades e rachaduras nos pés? Sim. Presença de lesões nos membros inferiores? Sim. Pressão arterial em ambos os membros inferiores? Não.</p>	S	N	NL	J	O
<p>Unidade de registro: Verifica o perímetro abdominal por ocasião do cadastro e das consultas. Geralmente avalia as unhas quando o cliente é diabético. Não verifica a pressão arterial dos membros inferiores.</p>						

Impressão do entrevistador: Avaliação do perímetro abdominal é feita apenas por ocasião do cadastro no Hiperdia. Falta rotina de consulta de enfermagem.						
Enf.7 Texto bruto	19. Faz parte do seu roteiro de enfermagem aferir o perímetro abdominal do paciente diabético? Não. Condições das unhas? Sim. Coloração dos pés? Sim. Verificação da temperatura dos membros inferiores? Sim. Presença de calosidades e rachaduras nos pés? Sim. Presença de lesões nos membros inferiores? Sim. Pressão arterial em ambos os membros inferiores? Não.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não afere perímetro abdominal Não verifica a pressão arterial dos membros inferiores.						
Impressão do entrevistador: Desconhece a aferição do perímetro abdominal inclusive no cadastro dos pacientes no Hiperdia.						
Enf.8 Texto bruto	19. Faz parte do seu roteiro de enfermagem aferir o perímetro abdominal do paciente diabético? Nunca fiz. Condições das unhas? Sim. Coloração dos pés? Sim. Verificação da temperatura dos membros inferiores? Sim. Presença de calosidades e rachaduras nos pés? Sim. Presença de lesões nos membros inferiores? Sim. Pressão arterial em ambos os membros inferiores? Sim.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não afere perímetro abdominal						
Impressão do entrevistador: Desconhece a aferição do perímetro abdominal inclusive no cadastro dos pacientes no Hiperdia.						
Enf.9 Texto bruto	19. Faz parte do seu roteiro de enfermagem aferir o perímetro abdominal do paciente diabético? Sim. Condições das unhas? Sim, quem faz essa anotação é a auxiliar de enfermagem. Coloração dos pés? Sim. Verificação da temperatura dos membros inferiores? Sim. Presença de calosidades e rachaduras nos pés? Sim. Presença de lesões nos membros inferiores? Sim, não só nos membros inferiores como em qualquer lugar. Pressão arterial em ambos os membros inferiores? Não.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Quem verifica as condições das unhas é a auxiliar de enfermagem. Não verifica a pressão arterial dos membros inferiores.						

Impressões do entrevistador: O cuidado do paciente diabético e hipertenso nesta unidade para a verificação das unhas é realizado pelo auxiliar de enfermagem.						
Enf.10 Texto bruto	19. Faz parte do seu roteiro de enfermagem aferir o perímetro abdominal do paciente diabético? O outro enfermeiro estava fazendo aqui no Hiperdia, tem o dia do Hiperdia, os meus da minha área ficaram muito preguiçosos, eu marquei e eles não vieram, mas também analisa... o homem trabalha as mulheres agora estão trabalhando como vão vir para o Hiperdia? O interessante então seria quando ele viesse para a consulta, aproveitar e pesar. É verdade. Condições das unhas? Não, a gente não tem feito isso. Coloração dos pés? Não. Verificação da temperatura dos membros inferiores? Não, porque como eu te falei a gente não tem priorizado isso, tem feito outros programas. Presença de calosidades e rachaduras nos pés? Não. Presença de lesões nos membros inferiores? Não. Pressão arterial em ambos os membros inferiores? Não.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não faz na sua área. Pacientes preguiçosos. Culpa o paciente pela falta. Culpa a falta de tempo dos pacientes. Culpa os médicos por fazerem o atendimento clínico.						
Impressões do entrevistador: O enfermeiro não realiza as consultas de enfermagem, as consultas do diabético e hipertenso esta a cargo do médico da unidade.						
Enf.11 Texto bruto	19. Faz parte do seu roteiro de enfermagem aferir o perímetro abdominal do paciente diabético? Não. Condições das unhas? Sim. Coloração dos pés? Sim. Verificação da temperatura dos membros inferiores? Sim. Presença de calosidades e rachaduras nos pés? Sim. Presença de lesões nos membros inferiores? Hum, hum. Pressão arterial em ambos os membros inferiores? Não.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Sim para: condições de unhas, coloração, temperatura, calosidades e rachaduras e lesões. Não para: perímetro abdominal e pressão arterial dos membros inferiores.						
Impressão do entrevistador: Desconhece o cadastro do Hiperdia e falta rotina de atendimento.						

Quadro nº 18 – Gaveta 2 – Compartimento 6. O que faz como roteiro para aferir: perímetro abdominal, condições das unhas, dos pés, temperatura, calosidades e rachaduras.

O que esperávamos deste compartimento? GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 6

Esperávamos que o enfermeiro entrevistado tivesse o conhecimento da rotina de atendimento do cliente portador de diabetes melitus e hipertensão arterial, participasse dos cuidados com o cliente, conhecesse o cadastro do Hiperdia e que durante as consultas de enfermagem estivesse preocupado com as condições dos membros inferiores destes clientes. No entanto em suas falas não foi demonstrado esta preocupação, e quando o faz não o faz em sua totalidade.

Ao perguntarmos sobre a aferição do perímetro abdominal do cliente diabético e hipertenso, esperávamos uma preocupação com a avaliação do risco cardiovascular e metabólico no mesmo através da gordura visceral, esse risco é aumentado no homem quando a circunferência é maior ou igual a 94 e na mulher quando é maior ou igual a 80, substancialmente aumentado no homem quando tem valores superior ou igual a 102 e na mulher quando este valor é igual ou superior a 88.

A diminuição do fluxo arterial faz com que as unhas do cliente fiquem descamadas e esbranquiçadas, sendo importante na avaliação para a insuficiência arterial, as lesões são comuns de serem encontradas no cliente diabético, não pela insuficiência arterial, mas na venosa, mas quando há a presença de IA as lesões são evidenciadas devido à falta de oxigenação dos tecidos, os pés tornam-se hipocorados evoluindo para a necrose e mumificação, inicia-se nas extremidades distais (dedos dos pés) e evolui em direção a porção proximal da perna, o que acarreta não raramente a amputação.

A pressão arterial dos membros inferiores nos dá a noção do fluxo sanguíneo através dos valores encontrados, pressões arteriais abaixo de 90 x 60 mmHg, aferidos em pacientes deitados, tendo uma discrepância significativa entre a auscultada nos membros superiores devem ser observadas e avaliadas pelo angiologista, o que nos daria a necessidade de cuidado voltada para o ENCAMINHAMENTO, conduta possível de ser realizada pelo enfermeiro na Unidade de Saúde da Família durante a consulta de enfermagem.

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 7

Sobre FAZER – compartimento 7		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	20. Durante a consulta você solicita algum exame para ele, como hemograma, bioquímica, TAP, PTT, glicose de jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina glicada? R: Não.					
Unidade de registro: Não.						
Impressão do entrevistador: A solicitação de exames no Município é a cargo dos médicos.						
Enf. 2 Texto bruto	20. Durante a consulta você solicita algum exame para ele, como hemograma, bioquímica, TAP, PTT, glicose de jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina glicada? R: Não podemos solicitar.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não pode solicitar.						
Impressão do entrevistador: A solicitação de exames no Município é a cargo dos médicos.						
Enf. 3 Texto bruto	20. Durante a consulta você solicita algum exame para ele, como hemograma, bioquímica, TAP, PTT, glicose de jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina glicada? Peço tudo do paciente. A prefeitura acata? Tem como fazer isso na consulta de enfermagem? Faz (nesse momento ela mostra um bloco de receituário e de encaminhamentos em branco assinados pelo médico de sua equipe e que fica com ela para as consultas).	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Faz mas com pedidos em branco, assinados pelo médico.						
Impressão do entrevistador: O enfermeiro na informalidade realiza a solicitação de exames para o cliente.						
Enf.4 Texto bruto	20. Durante a consulta você solicita algum exame para ele, como hemograma, bioquímica, TAP, PTT, glicose de jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina glicada? Peço tudo do paciente. A prefeitura acata? Tem como fazer isso na consulta de enfermagem? Eu faço, o médico assina e carimba, mas para não perder o tempo do paciente eu faço, ele já deixa até assinado para mim, eu tenho uma equipe que me dá respaldo, e me ensina muito.	S	N	NL	J	O

<p>Unidade de registro: Faz porque o médico deixa assinado em branco, ou assina para ele. A equipe da respaldo e o ensina muito.</p>					
<p>Impressão do entrevistador: O enfermeiro na informalidade realiza a solicitação de exames para o cliente.</p>					
Enf.5	<p>20. Durante a consulta você solicita algum exame para ele, como hemograma, bioquímica, TAP, PTT, glicose de jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina glicada? Quem faz a solicitação de exames aqui é o médico? É, é o médico.</p> <p>Geralmente, quando a gente vê a necessidade já encaminha para o médico.</p>	S	N	NL	J O
<p>Unidade de registro: Geralmente. Quem solicita é o médico. Quando necessário encaminha para o médico.</p>					
<p>Impressão do entrevistador: Não realiza a solicitação de exames e quando vê a necessidade tem de buscar a consulta médica para o cliente.</p>					
Enf.6 Texto bruto	<p>20. Durante a consulta você solicita algum exame para ele, como hemograma, bioquímica, TAP, PTT, glicose de jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina glicada? R: geralmente quem faz o pedido de exames aqui é o médico. Então você o encaminha para o médico? R: Quando tem um probleminha a gente encaminha para o médico.</p>	S	N	NL	J O
<p>Unidade de registro: Geralmente. Quem faz o pedido é o médico. Quando tem um probleminha é encaminhado para o médico.</p>					
<p>Impressão do entrevistador: Não realiza a solicitação de exames e quando vê a necessidade tem de buscar a consulta médica para o cliente.</p>					
Enf.7 Texto bruto	<p>20. Durante a consulta você solicita algum exame para ele, como hemograma, bioquímica, TAP, PTT, glicose de jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina glicada? R: Não tem protocolo para o enfermeiro vê isso, em algumas situações, por exemplo: fui ver um acamado, ou um atendimento na sexta feira e a médica não esta aqui, ai eu faço o pedido, o laboratório até colhe, mas eu tenho que enviar o pedido do médico, como eu tenho uma boa relação com a médica eu não tenho dificuldade, mas é um procedimento médico.</p>	S	N	NL	J O

Unidade de registro: Não tem protocolo para enfermeiro. Faz o pedido quando a médica não esta na unidade. Laboratório colhe, mas tem que enviar o pedido médico depois. Boa relação com a médica. Procedimento médico.						
Impressão do entrevistador: O enfermeiro vê a necessidade de um bom relacionamento com o médico para que a sua consulta consiga encaminhar o cliente ao tratamento.						
Enf.8 Texto bruto	20. Durante a consulta você solicita algum exame para ele, como hemograma, bioquímica, TAP, PTT, glicose de jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina glicada? R: Eu teria que passar para o médico para poder solicitar estes exames, porque no posto quem faz estes pedidos é o médico, não é o enfermeiro.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Teria de passar para o médico. Quem faz estes pedidos é o médico e não o enfermeiro.						
Impressão do entrevistador: A solicitação de exames no Município é a cargo dos médicos.						
Enf.9 Texto bruto	20. Durante a consulta você solicita algum exame para ele, como hemograma, bioquímica, TAP, PTT, glicose de jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina glicada? R: Não aqui não, só peço exames parta gestante.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não faz aqui. Só pede exames de gestantes.						
Impressão do entrevistador: É vetado ao enfermeiro solicitar exames para o diabético e hipertenso, mas é liberado a solicitação no pré-natal.						
Enf.10 Texto bruto	20. Durante a consulta você solicita algum exame para ele, como hemograma, bioquímica, TAP, PTT, glicose de jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina glicada? R: Não isso aí, a gente é proibido de pedir, até se eu pegar um paciente diabético e envia-lo para o oftalmo eles devolvem, é para o médico solicitar.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: É proibido. Devolvem (Secretaria de Saúde), os pedidos dos enfermeiros.						

Impressão do entrevistador: A solicitação de exames no Município é a cargo dos médicos.						
Enf.11 Texto bruto	20. Durante a consulta você solicita algum exame para ele, como hemograma, bioquímica, TAP, PTT, glicose de jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina glicada? R: geralmente pelo Município a gente não solicita bioquímica, a gente pode solicitar hemograma, TAP e PTT não, não é competência do profissional de enfermagem solicitar pelo Município, glicose sim e hemoglobina glicada não. Não é uma prática no Município, mas se houver necessidade a gente solicita. Mas você solicita com o seu carimbo ou pede para o médico assinar? Geralmente assim, se for o caso do médico não estar presente nós assinamos, se ele estiver, é ele quem vai pedir, dificilmente eu peço hemoglobina glicada, normalmente quando o paciente chega para gente o médico já solicitou.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Pede: glicose e hemograma. Não é de sua competência: bioquímica, TAP e PTT. Hemoglobina glicada, não pede porque o médico solicita antes das consultas de enfermagem. Solicita quando o médico não está presente na unidade.						
Impressão do entrevistador: Percebido incoerência na resposta, faz ou não faz? Quando faz?						

Quadro nº19 – Gaveta 2 – Compartimento 7. Se estes solicitam exames laboratoriais como: hemograma, TAP, PTT, glicose jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina glicosilada.

O que esperávamos neste compartimento? GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 7

Esperávamos conhecer o que o enfermeiro do Município de Itaboraí realiza na área do FAZER durante a sua consulta de enfermagem, e como acontecem os acordos verbais na equipe para o atendimento do cliente. Observa-se que o Município não possui protocolos de atendimento para o enfermeiro, a consulta de enfermagem é respaldada na necessidade do momento político, o FAZER do enfermeiro é atrelado ao seu bom entrosamento com a equipe médica, não possui autonomia para gerenciar o cuidado com o cliente, no momento em que não pode utilizar dos parâmetros complementares para avaliar a adesão e comprometimento do cliente no tratamento.

A solicitação de exames complementares é respaldada ao enfermeiro pelos cadernos de atenção básica, mas observa-se que na prática não é evidenciada, dos 11 enfermeiros

entrevistados 10 não fazem a solicitação e um diz que faz a solicitação quando o médico não se encontra na unidade.

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 8

Sobre FAZER – compartimento 8		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	21. O que mais você acrescentaria como rotina da consulta de enfermagem visando à prevenção de amputações de membros inferiores? R: No momento eu não lembro de nada.					
Unidade de registro: Não se lembra de nada.						
Impressão do entrevistador: A falta do fazer impediu o raciocínio para a complementação das consultas.						
Enf. 2 Texto bruto	21. O que mais você acrescentaria como rotina da consulta de enfermagem visando à prevenção de amputações de membros inferiores? R: Eu não tenho experiência e nem conhecimento aprofundado sobre o tema então não tenho sugestão (risos).	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Nada, não tem experiência e nem conhecimento profundo.						
Impressão do entrevistador: A falta do fazer impediu o raciocínio para a complementação das consultas.						
Enf. 3 Texto bruto	21. O que mais você acrescentaria como rotina da consulta de enfermagem visando à prevenção de amputações de membros inferiores? R: É... no início da conversa você falou que precisamos de um diferencial, e que é importante mostrar para o paciente que o médico é importante, mas o enfermeiro também tem a sua importância, tem o seu papel, só que eu YYYY, não sei você Deise, eu tenho consciência disso, que eu tenho que buscar esse diferencial, só que, aqui no município de Itaboraí, devido a fatores educacionais, culturais, socioeconômicos, enfim vários fatores, eu ainda não consegui encontrar o diferencial para mim mudar isso, entendeu, é como eu falei no início quando a gente tava conversando, eu trabalhei em 97 e 98 no Rio, lógico, tem suas problemáticas lá, mas eu consigo comparar hoje, Niterói, Rio de Janeiro e Itaboraí, são realidades totalmente diferentes, cultura diferente, educação diferente, situação social diferente, lá com toda a problemática (RIO), eu acredito que eu iria ter mais estímulo para conseguir encontrar esse diferencial que eu ainda não encontrei aqui.	S	N	NL	J	O

<p>Unidade de registro: Não sei e tenho consciência disso, preciso buscar um diferencial. Tem problemas no serviço, mas só consegue comparar hoje como realidade a cultura e educação. Acredita que teria mais estímulos para encontrar este diferencial em outros municípios.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Esta sempre em dúvida e tem a crença de que pode melhorar.</p>						
Enf.4 Texto bruto	<p>21. O que mais você acrescentaria como rotina da consulta de enfermagem visando à prevenção de amputações de membros inferiores? R: Eu acho que a distribuição de folder seria importante, porque o paciente levaria para casa, é explicativo, por mais que eu tenha pacientes que não saiba ler, alguém da família vai ler, e com ilustrações. Não sei em outros postos, mas aqui o analfabetismo é muito grande.</p>	S	N	NL	J	O
<p>Unidade de registro: Distribuição de folder durante as consultas de enfermagem Revela um grande índice de analfabetismo. Sugere figuras nos folders Conta com o familiar na leitura dos folders.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Pensa na distribuição de folders, mesmo tendo a consciência do alto índice de analfabetismo em sua unidade, mas é uma forma de pensar na melhoria da qualidade da informação para o cliente.</p>						
Enf.5 Texto bruto	<p>21. O que você acrescentaria na consulta de enfermagem que a gente poderia por no roteiro da consulta de enfermagem visando a prevenção da amputação de membros inferiores? R: Ideia? (risos), o que eu tenho de ideia... O que você acha que estaria faltando na consulta de enfermagem, a gente falou de verificação de perímetro abdominal, verificação dos pulsos, cor, temperatura, orientações sobre o uso de palmilhas e sapatos fechados, mas o que poderia estar faltando nessa consulta de enfermagem? R: Acho que esta completa.</p>	S	N	NL	J	O
<p>Unidade de registro: Acha que a consulta de enfermagem esta completa com o que foi observado durante a entrevista.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: A falta do fazer impediu o raciocínio para a complementação das consultas.</p>						
Enf.6 Texto bruto	<p>21. O que você acrescentaria para a rotina de consulta de enfermagem para a prevenção da amputação de membros inferiores? R: Eu acho que palestra de educação a gente já falou aqui, eu acho que o que a gente pode a gente faz aqui,</p>	S	N	NL	J	O

	<p>então na minha cabeça não tem nada mais a acrescentar não. Porque o primordial é o paciente esclarecer, tem que estar claro na cabeça dele de que se ele não se cuidar aquela doença dele para que vai evoluir e como é que vai acabar, isso aí é o que eu acho que é primordial e é o que tem de estar claro na cabeça dele. É o que eu acho, porque a pessoa ela só acredita quando acontece, mas às vezes quando ela tem aquele susto... como eu disse para você, muitas vezes ele não sabe que ele tem o diabetes que ele pode ficar cego, que ele pode perder as pernas, né; e muita gente não sabe que a diabetes é uma doença crônica degenerativa e que se não se cuidar pode levar a morte, muita gente não sabe disso. Na verdade eu tenho até exemplo na família, que é a minha mãe que é diabética, e que eu falo para ela e é a mesma coisa que nada, mas se você chegar para ela e falar ela dá valor. É o que acontece aqui, muitas das vezes tem de chegar uma pessoa de fora e esclarecer, até tipo assim colocar medo nessa pessoa para que ela se cuide.</p>			
<p>Unidade de registro: Não acrescentaria nada, porque já faz tudo. O principal é o cliente “colocar na cabeça” que tem de se cuidar O paciente tem de levar susto para se cuidar Tem de vir gente de fora para esclarecer as dúvidas do paciente (!). Colocar medo no cliente para que ele se cuide.</p>				
<p>Impressão do entrevistador: Crê que o medo seja o mecanismo de adesão do cliente ao tratamento e não se acha capaz de orientar devidamente o cliente, vê a necessidade de trazer profissionais de fora para orientar os seus clientes.</p>				
<p>Enf.7 Texto bruto</p>	<p>21. O que você acrescentaria para a rotina de consulta de enfermagem para a prevenção da amputação de membros inferiores? R: De prevenção, diretamente não, mas eu acho que colher história, conversar mais.</p>	S	N	NL J O
<p>Unidade de registro: Não acrescentaria na prevenção. Acrescentaria para conversar mais, colher a história.</p>				
<p>Impressão do entrevistador: A falta do fazer impediu o raciocínio para a complementação das consultas.</p>				
<p>Enf.8 Texto bruto</p>	<p>21. O que mais você acrescentaria como rotina da consulta de enfermagem visando à prevenção de amputações de membros inferiores? R: orientaria a ele o autocuidado, às vezes as coisas acontecem por falta do autocuidado em sim, porque às vezes a pessoa é diabética e não sabe, e você sabe que às vezes o diabético vai se ferir, vai se machucar, então é evitar que ele fique descalço, tomar cuidado em pisar em</p>	S	N	NL J O

	lugares pontiagudos, mexer com ferro, essas coisas assim.				
Unidade de registro: Orientar o autocuidado.					
Impressão do entrevistador: A orientação com o autocuidado já deve fazer parte da rotina da consulta de enfermagem.					
Enf.9 Texto bruto	21. O que mais você acrescentaria como rotina da consulta de enfermagem visando à prevenção de amputações de membros inferiores? R: o roteiro eu acho que seria para aquele paciente que é mais difícil de aderir e esta numa situação de risco maior que isso aconteça, e sempre vem com o pé com algum problema, alguma rachadura ou machucado, a gente orienta e ele não adere; fazer uma visita guiada no hospital, acho que ali ele teria um impacto, acho que este seria o momento do impacto e ai cai a ficha, ele fala caramba, se eu não fizer o que a enfermeira tá falando, na consulta talvez eu chegue nesse lugar aí. Isso não iria chocar o paciente? Depende do paciente, paciente que você orientou, reorientou, tá vendo que o negócio tá progredindo e que ainda pode ter um retorno para ele não ficar nessa situação de fazer amputação de nenhum dedo, esse negócio assim, acho que seria interessante, até aquele que tem a diabetes e a hipertensão juntas e ainda é tabagista em grande quantidade, eu acho que seria interessante, porque se você for ver, eu passei pela enfermagem de cirurgia vascular, todos sem dúvida tem diabetes e hipertensão associadas. Não levar para ver uma amputação, mas sim conversar com este paciente, ver que pode perder um dedo sim, dependendo do paciente ele faz o relato se você pedir.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Fazer uma visita guiada no hospital. Conversar com outros pacientes que já perderam uma parte do corpo. Relato de pacientes internados na cirurgia vascular. Visita guiada para o paciente que não adere ao tratamento.					
Impressão do entrevistador: A ideia foi válida, a visita guiada poderia melhorar a percepção do cliente com relação aos agravos da patologia.					
Enf.10 Texto bruto	21. O que mais você acrescentaria como rotina da consulta de enfermagem visando à prevenção de amputações de membros inferiores? R: olha acho que a consulta com o nutricionista periodicamente, porque às vezes ele se perde, ele não sabe mais o que ele come; o que ele pode comer e o que não pode comer, assim de vez em quando, de seis em seis meses, ele ir ao nutricionista para se orientar. Se você enquanto enfermeiro solicitar o nutricionista, ele acata? Acata, não é igual aos outros médicos não.	S	N	NL	J O

Unidade de registro: Encaminhamento semestral para o nutricionista.						
Impressão do entrevistador: Ideia válida e poderia fazer parte do protocolo de atendimento.						
Enf.11	21. O que mais você acrescentaria como rotina da consulta de enfermagem visando à prevenção de amputações de membros inferiores? R: sim. O que? A visita domiciliar, mesmo porque na ESF a gente tá voltado para a visita domiciliar para os pacientes com dificuldade de acesso na unidade, e às vezes nessa visita domiciliar a gente vai identificar alguns pontos que vão facilitar a gente nesse cuidados, isso seria interessante, não só pelo cuidado, mas para o paciente vê assim... nossa ele realmente esta preocupado comigo, então porque não me preocupar também com esse meu cuidado. Então seria junto com a minha consulta agendar uma visita domiciliar? Isso seria assim, imagine passar uma manhã com esse paciente? Nós poderíamos ver a alimentação dele, como ele desenvolve no seu dia-dia, como ele faz e a necessidade de adaptação, nesse meio a gente poderia presenciar muita coisa que ele não vai tá revelando pra gente durante a consulta.	S	N	NL	J	O
Texto						
bruto						
Unidade de registro: Visita domiciliar para conhecer o paciente, sendo esta agendada durante a consulta de enfermagem. Buscar na casa do paciente aquilo que ele não revela. Passar uma manhã com o paciente.						
Impressão do entrevistador: A visita domiciliar agendada para o paciente seria de sua importância para o conhecimento deste e adequação dos cuidados a realidade do mesmo.						

Quadro nº20 – Gaveta 2 – Compartimento 8. O que acrescentaria na rotina de consulta de enfermagem como prevenção.

O que esperávamos neste compartimento? GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 8

Buscávamos ideias de rotinas para a consulta de enfermagem visando à melhoria na qualidade da assistência de enfermagem e a troca de saberes entre os enfermeiros, mas reconhecemos que ao enfermeiro que demonstra pouco ou quase nenhum conhecimento sobre o assunto e que em suas falas dizem não realizar a consulta de enfermagem, torna-se difícil à elaboração de questões quanto à melhoria do atendimento; encontramos 4 ideias viáveis e passíveis de execução:

- Visita guiada ao Hospital com interação dos clientes com a mesma patologia, para reconhecimento dos agravos e conscientização para o tratamento.
- Encaminhamento semestral ao nutricionista.
- Distribuição de folders explicando sobre a patologia, com gravuras de fácil entendimento para os pacientes que não sabem ler.
- Visita domiciliar com marcação na consulta de enfermagem, compreendendo uma manhã na casa do paciente para conhecimento e identificação de hábitos passíveis de mudanças.

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 9

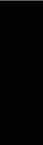
Sobre FAZER – compartimento 9		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	22. Quando você encaminha este cliente para o especialista? R: Extremidades frias, coloração, rachaduras.					
Unidade de registro: Extremidades frias. Coloração. Rachaduras.						
Impressão do entrevistador: Teve a resposta induzida pelas perguntas anteriores, mas não especifica para qual o profissional este cliente seria encaminhado.						
Enf. 2 Texto bruto	22. Quando você encaminha este cliente para o especialista? R: A gente na verdade não pode encaminhar, a gente encaminha para o médico da unidade para ele encaminhar, mas em geral além da glicemia aumentada ou não controlada, quando existe uma queixa assim, ou eu vejo uma ulcera alguma coisa maior assim, uma ferida complicada que você que saiba que aqui não dá para dar conta, mas aí a gente encaminha para o médico daqui da minha unidade, e aí ele segundo os critérios dele decide se vai encaminhar, mas aqui enfermeiro não pode encaminhar, é claro quando é uma coisa gritante, a gente encaminha e pede para ele assinar, mas é uma via informal, a central de regulação só aceita carimbo médico.	S	N	NL	J	O

<p>Unidade de registro: Glicemia alterada. Presença de úlcera. Encaminha para o médico da ESF nas vias formais e na informal diretamente para o especialista pedindo ao médico para assinar o seu encaminhamento. O município não permite encaminhamento direto do enfermeiro. No geral encaminha para a nutrição, por queixas de reeducação alimentar e se visualizar varizes encaminha para o angiologista.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Os encaminhamentos são realizados pelo médico da unidade e encaminha para este quando vê a presença de lesões ou quando o cliente não controla a doença. É sim para encaminhamentos ao clínico e não porque não pode encaminhar para o especialista.</p>						
Enf. 3 Texto bruto	<p>22. Quando você encaminha este cliente para o especialista? R: Uma das queixas que o paciente tem, uma das dificuldades que ele tem é de fazer essa reeducação alimentar, como eu devo me alimentar agora, eles tem dificuldade de se alimentar, é raro encontrar um diabético e hipertenso controlado, quando você encontra é uma felicidade. Então você o encaminha para a nutrição? É... a principio é para a nutrição. E com relação aos membros inferiores, quando você encaminha este cliente ao especialista? Tem alguns pacientes que tem problemas de varizes, quando eu pego um paciente assim já não é comigo, aí eu tenho que encaminhar para um angiologista. Ai já é outra questão, de repente ele esta com uma dificuldade circulatória, mas não é por causa da diabetes e sim por causa das varizes, ai eu tenho que encaminhar para o angiologista.</p>	S	N	NL	J	O
<p>Unidade de registro: Nutrição para reeducação alimentar, é raro ter um diabético e hipertenso controlado. Angiologista quando possui varizes.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Não explica como faz esse encaminhamento. Incoerente nas respostas, porque o Município não permite encaminhamentos realizados pelo enfermeiro.</p>						
Enf.4 Texto bruto	<p>22. Quando você encaminha este cliente para o especialista? R: Quando tem alteração, mudança de coloração e edema, eu já chamo logo o médico, encaminho para o médico, do clínico e ele encaminha para o especialista, até mesmo porque a rede fica sufocada, e agente tem a oportunidade de diminuir isso.</p>	S	N	NL	J	O

<p>Unidade de registro: Alteração de cor Edema Rede sufocada. Encaminha para o médico da equipe e ele encaminha para o especialista.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Encaminha para o médico da unidade e este encaminha para o especialista, justifica este encaminhamento quando evita o sufocamento da rede.</p>						
Enf.5 Texto bruto	<p>22. Quando você encaminha esse cliente para o especialista, o que ele apresenta nesse ciclo de consultas que você vê e fala que tem de encaminhá-lo para um especialista? R: No caso o paciente, quando você avalia o paciente com sobrepeso, você encaminha para a nutrição, no caso do vascular quando o cliente esta com uma <u>lise</u> moderada, antes de ter uma úlcera. Paciente hipertenso descontrolado, mesmo após orientação encaminhar para o médico; encaminhar para um educador de educação física se ele é sedentário. Para o neuro quando ele tem perda de sensibilidade, para um oftalmo quando começa a ter perda da visão, por causa do risco de queda.</p>	S	N	NL	J	O
<p>Unidade de registro: Paciente com sobrepeso <u>Lise</u> moderada. (Lesão). Sedentário, encaminhado para o educador de educação física.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Não explica como faz este encaminhamento</p>						
Enf.6 Texto bruto	<p>22. Quando você encaminha este cliente para o especialista? Em que momento da consulta de enfermagem. R: Geralmente, principalmente quando é jovem, eu vejo assim se, obeso eu já encaminho para o médico porque eu sei que a obesidade é um dos fatores de risco para a diabetes, eu já encaminho, quando é diabético eu já... encaminho não, faço um controle 3 a 4 vezes por semana, 2 vezes por semana, dou um papelzinho e ali a gente vai anotar todo dia, se eu ver que aquela glicose tá alterada, que não esta tendo controle, eu vou encaminhar para o médico, para encaminhar para o endocrinologista. Eu acompanho assim os meus pacientes. E nas pernas tem alguma coisa que você veja que te leve a encaminhar este cliente para um especialista? R: aquela perna brilhando, porque no começo fica brilhando, fica inchadinha, ela tá sempre reclamando de dor na perna, isso aí já é um sinal de alerta, né? A gente já marca e já encaminha para o médico.</p>	S	N	NL	J	O

<p>Unidade de registro: Geralmente encaminha os obesos para o médico. Não encaminha o diabético, somente quando esta sem controle após verificações semanais. Faz controle de 3 a 4 vezes por semana do diabético. Encaminha os diabéticos com glicose alterada para o médico. O médico encaminha para o endocrinologista. Perna brilhando, inchadinha.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Não refere para qual especialidade médica ele vai encaminhar o paciente, faz várias considerações, mas não responde a pergunta feita.</p>						
Enf.7 Texto bruto	<p>22. Quando você encaminha este cliente para o especialista? Em que momento da consulta de enfermagem. R: eu aqui só tenho o hábito de encaminhar, mas é feito também pelo médico, quando você vê que não tem adesão, não medicamentoso somente, porque remédio eles tomam fácil, mas a dieta ele não vai seguir, quando ele não vai seguir o solicitado e ele vai precisar de outro suporte medicamentoso, não que eu ache, que ele vai para o endócrino e ele vai fazer milagre, não é isso, mas o endócrino vai passar insulina. E com relação aos membros inferiores o que você visualiza que você diz este vai ser encaminhado? Cara, quando você vê alguma ferida, começou com qualquer coisinha eu encaminho para o cirurgião vascular, porque de repente ele me dá uma luz para o que eu não estou vendo, um tratamento novo, porque ele tem de ser meu parceiro. Assim eu vi qualquer coisa diferente eu não corro o risco, peço a avaliação do cirurgião vascular.</p>	S	N	NL	J	O
	<p>Encaminhamento para o endocrinologista para uso de insulina. Encaminha quando não tem adesão. Encaminhamento é feito pelo médico. Encaminhamento para o cirurgião vascular quando vê uma ferida. O cirurgião vascular tem de ser parceiro Espera um tratamento novo do cirurgião vascular. Teve um óbito de uma cliente por maus tratos de um cirurgião vascular.</p>					
Enf.8 Texto bruto	<p>22. Quando você encaminha este cliente para o especialista? Quando você o examina o que você vê que precisa de encaminhamento? R: edemas, coloração das pernas, a perna enegrecida, edemas, inchaço, vermelhidão.</p>	S	N	NL	J	O
	<p>Unidade de registro: Edemas. Coloração. Vermelhidão.</p>					
<p>Impressão do entrevistador: Essa unidade esta sem médico</p>						

Fala muito vagamente e não explica.						
Enf.9 Texto bruto	22. Quando você encaminha este cliente para o especialista? Quando você o examina o que você vê que precisa de encaminhamento? R: quando eu tenho médico é direto né, encaminho para o médico da unidade e ele faz o encaminhamento para o especialista, o caminho é esse, mas quando eu não tenho médico na unidade, a questão da dor, ferimento que não fecha, é... dor, mudança da coloração, a diabetes esta descompensada.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Encaminha para o médico da unidade. Encaminha para o especialista quando esta sem médico. Encaminha quando o paciente tem dor, ferida que não fecha mudança de coloração e diabetes descompensada.						
Impressão do entrevistador: Essa unidade esta sem médico.						
Enf.10 Texto bruto	22. Quando você encaminha este cliente para o especialista? Em que momento da consulta de enfermagem. R: Hipertenso é o cardiologista e o diabético para o endocrinologista	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Encaminha para a cardiologia. Encaminha para a endocrinologia.						
Impressão do entrevistador: Diz que faz encaminhamento, mas não realiza a consulta de enfermagem. Diz que faz o encaminhamento, mas o Município não permite o encaminhamento do enfermeiro.						
Enf.11 Texto bruto	22. Quando você encaminha este cliente para o especialista? Em que momento da consulta de enfermagem. R: normalmente a gente não encaminha para o especialista, quem encaminha são os médicos, mas é muito complicado, normalmente eles são encaminhados devido a alguma queixa, eles vêm com uma queixa e aqui na minha visão, eu tenho uma grande crítica aos angiologista da rede em relação aos cuidados das ulceras já estabelecidas e com relação aos cuidados de prevenção, utilizam medicamentos abrasivos as células, tipo álcool, sabe, por que eu tive complicações sérias com pacientes por causa do uso de álcool, os pacientes reclamam porque não querem mais voltar ao Hospital Municipal, porque eles colocam todos os pacientes um do lado do outro com as ulceras abertas, avaliam e depois vão chamando de um em um, como você lembra numa gama de pacientes qual o detalhe daquela úlcera, qual o tipo de tecido,	S	N	NL	J	O

	como estão os bordos? Então assim, a gente fica de pés e mãos atadas, por que por mais que você encaminhe não existe uma resposta de forma efetiva.			 
<p>Unidade de registro: Quem encaminha é o médico. Encaminha as queixas dos clientes. Possui crítica aos angiologista da rede que usam medicamentos abrasivos nas feridas. Pacientes atendidos como material de larga escala. Fica de pés e mãos atadas na referencia destes clientes para o angiologista.</p>				
<p>Impressão do entrevistador: A referência é feita pelo médico, mas o enfermeiro consegue acompanhar o paciente durante as consultas na unidade e saber e fazer considerações com relação ao atendimento do cliente quando este é referenciado.</p>				

Quadro nº 21 – Gaveta 2 – Compartimento 9. Quando encaminha o cliente para o especialista.

O que esperávamos neste compartimento? GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 9

Horta (1979) nos orienta a realizar encaminhamentos de enfermagem desde a década de 60, estes encaminhamentos são realizados por ocasião da observação de enfermagem e se relaciona com o critério de conhecimento do enfermeiro com o diagnóstico apresentado pelo cliente, seja este entendido como diagnóstico de enfermagem. Encontramos enfermeiros que não encaminhavam seus clientes e que não sabiam quando encaminha-los, desconhecem a rede de referência e contra referência do município e não possuem credibilidade na mesma.

Dentro da ESF ao enfermeiro é permitido encaminhar o cliente para a consulta para o médico da equipe, como diz em Brasil (2006):

Encaminhar os pacientes portadores de diabetes, seguindo a periodicidade descrita neste manual, de acordo com a especificidade de cada caso (com maior frequência para indivíduos não aderentes, de difícil controle, portadores de lesões em órgão salvo ou com comorbidades) para consultas com o médico da equipe.

Cabe ao médico da equipe da Estratégia da Saúde da Família o ato de encaminhar para as diversas especialidades clinica, no entanto buscávamos perceber junto ao enfermeiro se este reconhecia os agravos do cliente diabético e hipertenso, durante a consulta de enfermagem. Este compartimento demonstrou a falta de autonomia do enfermeiro para a solução dos problemas do cliente, estes citaram encaminhamentos, ainda que na informalidade, para:

- Endocrinologia
- Angiologista
- Cardiologia
- Cirurgião vascular e nutricionista.

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 10

Sobre FAZER – compartimento 10		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	23. Existe algum mecanismo de referência e contra referência no município para este usuário? R: É realizada pelo médico.					
Unidade de registro: É realizada pelo médico						
Impressão do entrevistador: O Município não permite a autonomia do enfermeiro nas consultas de enfermagem.						
Enf. 2 Texto bruto	23. Existe algum mecanismo de referência e contra referência no município para este usuário? R: Existe, mas só o médico pode fazer.					
Unidade de registro: Só o médico faz						
Impressão do entrevistador: O Município não permite a autonomia do enfermeiro nas consultas de enfermagem.						
Enf. 3 Texto bruto	23. Existe algum mecanismo de referência e contra referência no município para este usuário? R: A rede tem um especialista que a gente encaminha. A rede aceita o encaminhamento feito enfermeiro? Isso é o que me deixa triste,..., eu até faço a consulta, faço o encaminhamento, o que acontece, eu graças a Deus eu tenho uma boa relação com a minha médica, isso não deve ser feito, mas o que que acontece, o Município de Itaboraí não tem protocolos que nos respaldem pra dar toda liberdade a consulta de enfermagem, como eu não tenho dificuldade com a médica... infelizmente a gente precisa que seja desse jeito, mas quem sabe daqui alguns anos, agente não precise mais trabalhar assim.					
Unidade de registro: A rede não aceita encaminhamento de enfermeiro. Possui um bom relacionamento com o médico da unidade. A médica lhe dá as guias de referência assinada.						

Impressão do entrevistador: Não concorda com esse fazer, mas precisa dar um jeito para atender os clientes. Faltam protocolos para respaldar o atendimento dos enfermeiros.						
Enf.4 Texto bruto	23. Existe algum mecanismo de referência e contra referência no município para este usuário? R: Existe, mas demora, e só com assinatura do médico.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Existe, mas é o médico quem realiza.						
Impressão do entrevistador: O Município não permite a autonomia do enfermeiro nas consultas de enfermagem.						
Enf.5 Texto bruto	23. Existe algum mecanismo de referência e contra referência no município para este usuário? R: Existe, realizada pelo médico.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Existe. Realizada pelo médico						
Impressão do entrevistador: O Município não permite a autonomia do enfermeiro nas consultas de enfermagem.						
Enf.6 Texto bruto	23. Existe algum mecanismo de referência e contra referência no município para este usuário? R: existe, tem a guia de referencia e contra referência aqui. Então para quem você encaminha o cliente quando tem problema vascular, tem cirurgia vascular no município? R: Tem são encaminhados, o médico geralmente encaminha, a gente passa a necessidade para o médico, vê a necessidade do paciente, aí tá. Não porque vêm aqui uns pacientes com receita de mil anos atrás, aquele cara que esta daquele jeito e quer que a gente fique trocando receita lá no médico, e vem aqui pegar o remédio no molinho, e quer que a gente fique dando, dando, dando... e a receita dele é de 1599, aí o que acontece... ele diz que já esta sem o remédio a não sei quantos dias, aí eu digo tá bom vou te dar remédio até segunda feira, ai segunda feira você vem para consulta, aí eu marco.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Existe a ficha de referencia e contra referência. Passa a necessidade para o médico. Vê a necessidade do paciente. Receita de mil anos atrás. Quer receita no molinho. Da medicação até segunda feira. Marca consulta com o médico.						

Impressão do entrevistador: Desconhece a rede do Município, pois não existe cirurgião vascular, somente angiologista. Considera a atenção dada ao paciente como um “molinho”. Não vê a importância da ida deste paciente a Unidade como mecanismo de adesão ao tratamento, e não aproveita este momento para acolhê-lo.						
Enf.7 Texto bruto	23. Para fazer encaminhamentos de referencia e referência como você faz? R: O nosso encaminhamento não serve, a médica que trabalha comigo, ela é muito legal, sabe, e ela é, que dizer a formação dela foi em ESF, então ela gosta do negócio, e a gente uma dobradinha muito boa, e quando eu preciso encaminhar ela fala (XXX) encaminha que a gente assina em baixo, eu nunca tive este tipo de problema, mas aí acontece o que aconteceu com aquela senhorinha, sabe, eu fiquei muito mal, falei caraca, não tô servindo de nada, acho que você não deve pensar assim, não encara por ai não, até na religião, tem pessoas que não se envolvem, não conseguem ver o bem em JESUS até hoje. (fomos interrompidos por uma criança mordida por cachorro, na qual foi encaminhada ao Hospital).	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: O encaminhamento do enfermeiro não serve. A médica é muito legal. O enfermeiro encaminha e o médico assina em baixo. Relembra um caso de um óbito na sua unidade após amputação. Foi acusada pelos familiares, de ser culpada pelo óbito de uma paciente após o seu encaminhamento para o cirurgião vascular.						
Impressão do entrevistador: O enfermeiro estava sensibilizado pelo óbito, e descrente da rede de referencia e contra referencia para o paciente no Município.						
Enf.8 Texto bruto	23. Existe algum mecanismo de referência e contra referência no município para este usuário? R: existe. E o enfermeiro pode fazer essa referencia? O enfermeiro pode até fazer, mas quem tem que carimbar é o médico.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Enfermeiro faz, mas quem carimba é o médico.						
Impressão do entrevistador: O Município não permite a autonomia do enfermeiro nas consultas de enfermagem.						
Enf.9 Texto bruto	23. Existe algum mecanismo de referência e contra referência no município para este usuário? Tem aquela folha amarela para preencher, existe o cirurgião vascular na rede? R: Não sei te responder, porque quando eu não tenho médico eu tenho que encaminhar para o clínico geral para ele encaminhar para o especialista.	S	N	NL	J	O

Unidade de registro: Não sabe responder Realizada pelo clínico. O clínico encaminha para o especialista.						
Impressão do entrevistador: O enfermeiro não realiza consulta e não está integrada ao funcionamento e protocolos do Município.						
Enf.10 Texto bruto	23. Existe algum mecanismo de referência e contra referência no município para este usuário? R: só de referência, de contra... não vem nada, (risos).	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não existe a contra referência.						
Impressão do entrevistador: Tenho dúvidas se o enfermeiro entendeu a pergunta, e se conhece o termo referência e contra referência.						
Enf.11 Texto bruto	23. Existe algum mecanismo de referência e contra referência no município para este usuário? R: existe, mas quem faz são os profissionais médicos.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Existe. Realizada pelo médico.						
Impressão do entrevistador: O Município não permite a autonomia do enfermeiro nas consultas de enfermagem.						

Quadro nº 22 – Gaveta 2 – Compartimento 10. Se o Município possui mecanismo de referência e contra referência.

O que esperávamos com este compartimento? GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 10

Esperávamos saber o que o enfermeiro FAZ quando necessita de um profissional especializado para atendimento do cliente na rede, verificou-se que o Município possui rede de referência e contra referência, porém não é permitido ao enfermeiro realizar este encaminhamento, no entanto o realiza na informalidade quando tem um bom relacionamento com o médico da equipe. Nota-se um trabalho realizado e não reconhecido.

Dos 11 enfermeiros entrevistados, 9 disseram existir o mecanismo de referência e contra referência, 2 demonstraram não conhecer a quem e como encaminhar os clientes.

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 11

Sobre FAZER – compartimento 11		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	24. A família participa do tratamento do usuário? R: Não.					
Unidade de registro: Não.						
Impressão do entrevistador: Parece que o enfermeiro não tem experiência com atendimento do indivíduo e família, não soube justificar a resposta.						
Enf. 2 Texto bruto	24. A família participa do tratamento do usuário? R: Em geral não, aqui as famílias tem uma tendência a não se comprometer é até uma questão que eu falo aqui, né, a gente faz a nossa parte, tá lá no SUS, a família também é responsável, a gente tem que estar tentando trazer esta família, mas no geral não vem; houve situações de solicitar que o familiar venha e não vem.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Em geral as famílias não se comprometem com o cliente. Faz a parte dele enquanto enfermeiro, mas tá lá no SUS que a família tem de participar.						
Impressão do entrevistador: Tem experiência, mas não consegue trazer o familiar para participar das ações de saúde do paciente.						
Enf. 3 Texto bruto	24. A família participa do tratamento do usuário? R: Eu percebo que na sua maioria existe pouca ou nenhuma participação da família, tá... é muito raro, poucas famílias participam do tratamento, mesmo porque isso vem de uma historia familiar, se ele tem diabetes é porque a avó tem, o pai tem , a mãe tem e eles não se ajudam, tem casos de toda uma família ter a doença, mas não existe uma união, uma integração.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Nenhuma ou pouca participação, os familiares não se ajudam e não tem integração. É uma ação sem envolvimento, sem ação.						
Impressão do entrevistador: Familiares não participam e não se envolvem.						
Enf.4 Texto bruto	24. A família participa do tratamento do usuário? R: Não, infelizmente, não, muitos deles nós convidamos os familiares e eles não vem, tem até um paciente que quem faz a comida é a	S	N	NL	J	O

	família, ai ele falou que ela só faz macarrão, chamamos a assistente social, ela veio conversou com a família, mas é difícil.					
Unidade de registro: Não, infelizmente. Solicita a presença da assistente social para resolver esta situação.						
Impressão do entrevistador: Enfermeiro não consegue dar conta de trazer os familiares para participar, necessita da assistente social para realiza-lo.						
Enf.5 Texto bruto	24. A família participa do tratamento desse paciente? R: Nem todos, alguns participam, outros não, mais nem todos.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não. Uns participam outros não.						
Impressão do entrevistador: Não definiu critérios para estas participações, o que faz uns participarem e outros não?						
Enf.6 Texto bruto	24. A família participa do tratamento do usuário com diabetes e hipertensão arterial? R: Geralmente não, quando começa a participar é porque tá naquela fase de preocupação – vai ficar nas minhas costas – geralmente não.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não. A família só participa quando esta com medo do paciente piorar e ficar na mão dela.						
Impressão do entrevistador: A família participa para não ter mais trabalho no futuro.						
Enf.7 Texto bruto	24. A família participa do tratamento do usuário com diabetes e hipertensão arterial? R: às vezes, e nem sempre, e quando participa ainda te bota pra baixo, - esse ai não tem jeito não – são raros os familiares que participam.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Às vezes.						
Impressão do entrevistador: A família desestimula o profissional dizendo que o paciente não tem jeito, desencoraja o trabalho do enfermeiro.						
Enf.8 Texto bruto	24. A família participa do tratamento do usuário? R: Depende da família, algumas sim e outras não, depende do que aquela pessoa representa para a família. Se for um pai bom e que foi um marido bom à esposa vai acompanhar com o filho,	S	N	NL	J	O

	mas se for àquela pessoa que não foi bom pai ou não foi bom marido com a esposa, a família não vai nem querer saber.					
Unidade de registro: Depende da família. Depende do que o paciente representa para a família, se ele foi bom ou não como marido e pai.						
Impressão do entrevistador: Cuidado com o familiar atrelado a condutas do mesmo no passado.						
Enf.9 Texto bruto	24. A família participa do tratamento do usuário? R: Depende, tem de tudo, tem cônjuge que vem junto e fala não, ele está fazendo a dieta? Não, tá não ele tá comendo isso, tá comendo aquilo, denuncia tudo (risos).	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Depende do familiar. Tem familiar que vão e denunciam a dieta do paciente.						
Impressão do entrevistador: Pela resposta do enfermeiro, creio que o denunciar do familiar pode interferir na adesão do paciente ao tratamento, não permitir este ato melhoraria o relacionamento enfermeiro-paciente.						
Enf.10 Texto bruto	24. A família participa do tratamento do usuário com diabetes e hipertensão arterial? R: Participa, porque os pacientes com diabetes e hipertensão já não são mais garotões, já tem mais idade, então a esposa cuida, os filhos cuidam da alimentação, da medicação.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Diz saber, mas não tem nenhum contato específico com este grupo de pacientes.						
Impressão do entrevistador: Unidade com muitos idosos em tratamento exigindo a participação dos familiares, porém este enfermeiro confessou não realizar consultas e grupos de hipertensos e diabéticos.						
Enf.11 Texto bruto	24. A família participa do tratamento do usuário com diabetes e hipertensão arterial? R: não é comum os familiares participarem do tratamento, a gente tem uma senhorinha que a gente tá com muita dificuldade, a gente sabe que as questões das úlceras elas estão associadas com a idade, e a gente tem uma gama de pessoas largadas pela família onde não existe o cuidado por parte das famílias destas pessoas, é muito difícil, nossos maiores problemas com os idosos são os familiares, conseqüentemente os pacientes com comorbidades, sejam elas amputações, úlceras não são bem cuidados.	S	N	NL	J	O

Unidade de registro:

Não é comum.
Tem pacientes largados pela família.
Muitos pacientes idosos.

Impressão do entrevistador;

A não participação dos familiares dificulta o tratamento dos pacientes.

Quadro nº 23 – Gaveta 2 – Compartimento 11. Sobre a participação da família no tratamento

O que esperávamos com este compartimento? GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 11

Esperávamos saber se os familiares participavam do tratamento dos clientes portadores DM E HAS, a participação da família no tratamento do cliente diabético e hipertenso é de suma importância, uma vez que essas patologias são controladas com cuidados alimentares, a dificuldade em manter uma dieta adequada é visualizada quando familiares alimentam-se de forma desregrada na frente do cliente, ou ainda quando estes não são seus provedores alimentares necessitando de outros para a aquisição e confecção da alimentação, como as doenças anteriormente citadas e a IA são comuns em pessoas com mais de 45 anos, atingindo um grande número de idosos, muitas vezes dependentes de cuidados de terceiros, a participação da família no tratamento se revela como ponto crucial para o êxito dos cuidados de enfermagem.

Cabe ao enfermeiro utilizar dos seus conhecimentos sobre a comunidade e familiares para conseguir a adesão destes, e reforçar a sua corresponsabilidade com a promoção da saúde do cliente. Foi identificado nas falas dos entrevistados que estes não possuem mecanismos de acolhidas dos familiares e que não existe planejamento de captação deste para adesão ao acompanhamento do cliente, entende-se que sem a adesão dos familiares o tratamento do cliente pode estar destinado ao fracasso.

Nove dos onze enfermeiros disseram não ver a participação dos familiares no tratamento do cliente, mas não relataram uma preocupação de como alcançar a participação dos mesmos.

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 12

Sobre FAZER – compartimento 12		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	25. Você realiza algum grupo de apoio para o usuário e seus familiares com diabetes melitus e hipertensão arterial? R: Tem o programa de hiperdia, que é o programa de hipertensos e diabéticos, nós realizamos palestras de orientação.					
Unidade de registro: Realiza os grupos através do programa de hiperdia.						
Impressão do entrevistador: Realiza palestras de orientação voltadas para o Hiperdia.						
Enf. 2 Texto bruto	25. Você realiza algum grupo de apoio para o usuário e seus familiares com diabetes melitus e hipertensão arterial? R: Realizávamos; só que ninguém comparecia, um ou outro comparecia, porque a demanda é pelo médico, consulta médica, e aí assim, existe esse período que a gente fica disponível, então a gente não faz mais o grupo a gente fica disponível e aparecendo alguém a gente faz as orientações individuais, infelizmente...	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Realizavam. Ninguém comparecia as reuniões. Demanda é do médico e não do enfermeiro.						
Impressão do entrevistador: A demanda de atendimento é do médico, eles não vêm quando marcado pelo enfermeiro, faz orientações individuais, quando aparece alguém. Justifica a não realização pela ausência dos pacientes.						
Enf. 3 Texto bruto	25. Você realiza algum grupo de apoio para o usuário e seus familiares com diabetes melitus e hipertensão arterial? R: Bom a gente sempre trabalhou com grupos aqui no posto, mas ele andou meio morto, eu tentei resgatar o grupo, mas é aquilo que eu te falo... Devido a todos os fatores culturais, sociais, econômicos e educacionais, ou seja, se não tiver uma mesinha com café da manhã ou um lanchinho eles não vem, eles acham que já sabem tudo então...	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: O trabalho dos grupos esta morto, tentou resgatar, mas os problemas culturais, educacionais e econômicos não permitiram, os clientes acham que sabem tudo.						
Impressão do entrevistador: Assédio oral. (eles só vem se tiver lanche)						

Enf.4 Texto bruto	25. Você realiza algum grupo de apoio para o usuário e seus familiares com diabetes melitus e hipertensão arterial? R: Fazemos, mas agora deu uma paradinha porque a gente tá sem fita, né, e eles só vem se tiver fita (fita de haemogluco-test), por enquanto a gente suspendeu por causa da fita, como é que eu vou fazer a palestra se eles não querem ficar se não tiver a fita?	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Sim, mas no momento não, devido à falta de fita de haemogluco-test. Os clientes não ficam nas palestras senão houver a fita.						
Impressão do entrevistador: Falta o interesse por parte dos pacientes nas palestras, o enfermeiro demonstra a necessidade de troca.						
Enf.5 Texto bruto	25. Você desenvolve algum grupo de apoio aos clientes e familiares com diabetes e hipertensão? R: Na outra equipe eu fazia, mas aqui eu tô começando, já chamamos uma professora de educação física para dar orientação, e estamos programando uma outra reunião.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Esta começando um grupo. Convidou uma professora de educação física para dar as orientações. Esta programando outra reunião. Não é periódica, esta sendo implantada.						
Impressão do entrevistador: O grupo esta em formação, mas as palestras não são realizadas pelo enfermeiro.						
Enf.6 Texto bruto	25. Você desenvolve algum grupo de apoio aos clientes e familiares com diabetes e hipertensão? R: aqui é realizado toda quarta feira pelos alunos da UFF.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Existe Realizado pelos alunos da UFF.						
Impressão do entrevistador: As palestras não são realizadas pelo enfermeiro da unidade.						
Enf.7 Texto bruto	25. Você desenvolve algum grupo de apoio aos clientes e familiares com diabetes e hipertensão? R: nós temos e é muito legal, é uma parceria que a gente tem com a UFF, eles são muito legais, é de hipertensão e diabético.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Existe. Tem parceria com os alunos da UFF.						

Impressão do entrevistador: As palestras não são realizadas pelo enfermeiro da unidade.						
Enf.8 Texto bruto	25. Você realiza algum grupo de apoio para o usuário e seus familiares com diabetes melitus e hipertensão arterial? R: Existe aqui no posto a consulta de hiperdia, mas eu não vejo grupo não.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Existe a consulta de hiperdia. Não vê grupo de apoio.						
Impressão do entrevistador: Não compreendi se o enfermeiro não sabe o que é um grupo de apoio ou se não se reconhece como articulador do processo.						
Enf.9 Texto bruto	25. Você realiza algum grupo de apoio para o usuário e seus familiares com diabetes melitus e hipertensão arterial? R: Não, não faço grupo.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não faz grupo.						
Impressões do enfermeiro: Não realiza.						
Enf.10 Texto bruto	25. Você realiza algum grupo de apoio para o usuário e seus familiares com diabetes melitus e hipertensão arterial? R: Nessa unidade eu realmente não faço não, na outra eu fazia, aqui a gente tava vivendo um momento meio assim desestimulado, sabe, mas esperamos que agora a gente retome mais esses cuidados, os grupos, tô querendo trazer o meu grupinho de gestante. No PSF acontecem tantas coisas, às vezes você marca, aí vem um, dois pacientes, aí vai desestimulando.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não faz Fazia em outra unidade. Desestimulado. Número reduzido de pacientes nos grupos. Esperança de retomar os cuidados, os grupos.						
Impressões do enfermeiro: Não realiza.						
Enf.11 Texto bruto	25. Você realiza algum grupo de apoio para o usuário e seus familiares com diabetes melitus e hipertensão arterial? R: não a gente não tem essa prática.	S	N	NL	J	O

Unidade de registro: Não tem essa prática.
Impressões do enfermeiro: Não realiza.

Quadro nº24 – Gaveta 2 – Compartimento 12. Existência de grupo de apoio para o usuário e seus familiares

O que esperávamos com este compartimento? GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 12

Esperávamos conhecer a atuação dos enfermeiros na prática de palestras de grupo; os enfermeiros, em sua maioria não realizam o encontro de grupos, e quando existe em sua unidade é realizado por outros profissionais ou por parcerias com Instituições de Ensino Superior.

Os grupos de apoio ao cliente servem de incentivo para a continuidade na participação do tratamento do cliente e a troca de experiências favorece a rede de práticas exitosas, tão almejada na saúde pública.

Neste momento podem ser dadas orientações coletivas sobre tratamento, manutenção e prevenção de agravos, sendo oportunidade única de interação dos profissionais da Unidade de Saúde com a comunidade em que esta inserida.

O que foi evidenciado é que não há uma preocupação com o cliente portador de DM e HAS, este grupo fica suplantado pelo excesso de trabalho e outros programas em que há a maior autonomia do enfermeiro como o pré-natal e a puericultura.

Neste compartimento encontramos apenas três enfermeiros que realizavam reuniões de grupo e estes ainda acontecem devido a parceria com a Universidade Federal fluminense.

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 13

Sobre FAZER – compartimento 13		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	26. 27. Você acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar ao cliente com insuficiência arterial para que o mesmo não perca o membro inferior? Sim, acredito. Como essas orientações podem auxiliar? R: Quando eu falei para você que a gente aqui realiza palestras, nós não só falamos, a gente fez uma palestra e trouxemos alimentos que não eram caros, receitas de pão integral, gelatinas e pudins feitos com adoçante, que ficaram gostosos, saborosos, eles					

	ouviram a palestra e depois experimentaram e viram que eram agradáveis e eles receberam a receita de como prepararem, sendo barato, porque se fossem caros não tem como ajudar o povo, tudo começa com uma alimentação saudável.					
Unidade de registro: Acredita. Realiza palestras. Demonstra através de alimentos saudáveis e formas de prepara-los de baixo custo e saborosos.						
Impressão do entrevistador: Acredita na prevenção de amputação e o faz respaldado nas orientações de enfermagem.						
Enf. 2 Texto bruto	26. 27. Você acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar ao cliente com insuficiência arterial para que o mesmo não perca o membro inferior? Sim. Como essas orientações podem auxiliar? R: Porque eu acho assim... o enfermeiro capacitado... que não é o meu caso, pelo que a gente vem falando tem toda a competência para avaliar, fazer um exame físico, colher uma história desse paciente, aqui não, mas, em lugares que ele tenha maior autonomia ele possa fazer o possível para auxiliar e melhorar as condições de vida desse paciente, eu acredito.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Acredita.						
Impressão do entrevistador: Os enfermeiros são capacitados, mas ela não; afirma não ser capacitada em outros momentos da entrevista, usa as frases na terceira pessoa porque não se encaixa no perfil de enfermeiro capacitado.						
Enf. 3 Texto bruto	26. 27. Você acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar ao cliente com insuficiência arterial para que o mesmo não perca o membro inferior? Sim. Como essas orientações podem auxiliar. Através de orientações	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Sim. Orientações.						
Impressão do entrevistador: Não percebi credibilidade na resposta.						
Enf.4 Texto bruto	26. 27. Você acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar ao cliente com insuficiência arterial para que o mesmo não perca o membro inferior? Sim.	S	N	NL	J	O

Unidade de registro: Sim.					
Impressão do entrevistador: Não explica como.					
Enf.5 Texto bruto	26. 27. Você acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar ao cliente com insuficiência arterial para que o mesmo não perca o membro inferior? R: Pode. Como você justificaria este pode? (risos)... não entendi, acho que pode porque vai prevenir a amputação. OK.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Acredita.					
Impressão do entrevistador: Não sabe fundamentar a sua resposta					
Enf.6 Texto bruto	26. 27. Você acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar ao cliente com insuficiência arterial para que o mesmo não perca o membro inferior? R: aliviar? Sim, muitas das vezes eu acredito que sim. Se ensinar a tomar a medicação certa, porque muitos não sabem; tá indo sempre em casa orientando, visitando, acho que a gente pode impedir um problema a frente.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Acredita sem certeza. Alguns casos sim. Não sabem tomar medicamento. Realizar visita domiciliar, orientando. Impedir um problema à frente.					
Impressão do entrevistador: Entendeu a palavra acreditar como aliviar, fala da amputação como problema resolvido apenas com a administração de medicamento certo.					
Enf.7 Texto bruto	26. 27. Você acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar ao cliente com insuficiência arterial para que o mesmo não perca o membro inferior? R: com certeza, eu só acredito.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: Com certeza Só acredita.					
Impressão do entrevistador: Não explica.					

Enf.8 Texto bruto	26. 27. Você acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar ao cliente com insuficiência arterial para que o mesmo não perca o membro inferior? Sim. E quais são essas orientações? Se ele tiver um curativo, você pode fazer o curativo dele, ou orientar para que ele faça o curativo em casa, para que ele venha às vezes, frequentemente ao posto para o médico acompanhar, e sempre para ele se lembrar dos sinais flogísticos: rubor, calor; e ver que altura que tá porque você sabe que vai elevando, por isso que quando o médico vai amputar um terço da perna, ele amputa suprapatelar, pra poder não ter risco de ficar... como é que eu vou te dizer, se você tem que amputar a ponta do dedo, é melhor que ampute o dedo inteiro.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Sim. Realizar curativo. Ensinar a fazer curativo em casa Médico acompanhar Lembra-se de sinais flogísticos Ver a altura que tá. Vai aumentando. Amputa sempre acima do que precisa, para não ter risco. Se tiver problema na ponta do dedo é melhor amputar o dedo todo. Acha melhor a amputação.						
Impressão do entrevistador: Acredita na prevenção da amputação com cuidados de enfermagem, mas acha melhor para o paciente a amputação e defende a amputação preventiva.						
Enf.9 Texto bruto	26. 27. Você acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar ao cliente com insuficiência arterial para que o mesmo não perca o membro inferior? Acredito que sim.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Acredita. Não explica.						
Impressão do entrevistador: Não foi percebida a certeza nas palavras.						
Enf.10 Texto bruto	26. 27. Você acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar ao cliente com insuficiência arterial para que o mesmo não perca o membro inferior? Eu acredito, há um tempo atrás eu tinha um instrumento de avaliação do paciente, tinha paciente que vinha, e falava... minha filha nenhum médico nunca fez uma consulta como você fez, você ainda tem esse instrumento de avaliação? Nem sei onde eu larguei, tinha na outra unidade, deixei para lá, umas chateações	S	N	NL	J	O

	com o PSF que você fala, ah! Não vale a pena, às vezes dá vontade de pedir licença sem vencimento do PSF.					
Unidade de registro: Acredita. Tinha instrumento de consulta. Não sabe onde largou. Chateação com PSF. Pensa em pedir licença sem vencimento.						
Impressão do entrevistador: Já foi mais ativa na ESF, no momento encontra-se desestimulada, e deixou de fazer as consultas como fazia.						
Enf.11 Texto bruto	26. 27. Você acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar ao cliente com insuficiência arterial para que o mesmo não perca o membro inferior? R: sim, sempre.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Sim e sempre.						
Impressão do entrevistador: Foi coerente até o momento com as suas certezas.						

Quadro nº25 – Gaveta 2 – Compartimento 13. Se acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar o cliente com IAMIs para que o mesmo não perca o membro inferior.

O que esperávamos com este compartimento? GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 13

Este compartimento passou por algumas transformações, na medida em que as entrevistas foram ocorrendo, e durante as mesmas, respeitando a individualidade de cada entrevistado e buscando a compreensão destes ao que estávamos propondo, houve a necessidade de alteração de algumas falas, na busca do aproximar-se ao saber dos enfermeiros em questão.

Esperávamos conhecer a confiança do enfermeiro nas suas ações para a prevenção da amputação de membros inferiores, ainda que 100% dos enfermeiros acreditem na prevenção da amputação dos membros inferiores, percebe-se que falta a certeza e a firmeza nas palavras, e alguns ainda demonstram incoerência quando diz que consegue prevenir e ainda vê a amputação como qualidade de vida.

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 14

Sobre FAZER – compartimento 14		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	28. Quais os cuidados de enfermagem são realizados quando identificado que o usuário possui insuficiência arterial? R: Não lembro.					
Unidade de registro: Não lembra.						
Impressão do entrevistador: Relata na pergunta anterior que o enfermeiro consegue impedir a amputação de membros inferiores, mas não sabe como.						
Enf. 2 Texto bruto	28. Quais os cuidados de enfermagem são realizados quando identificado que o usuário possui insuficiência arterial? R: Não lembro.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não lembra.						
Impressão do entrevistador: Relata na pergunta anterior que o enfermeiro consegue impedir a amputação de membros inferiores, mas não sabe como.						
Enf. 3 Texto bruto	28. Quais os cuidados de enfermagem são realizados quando identificado que o usuário possuem insuficiência arterial? R: Evitar certos alimentos, evitar gordura, frituras, comer alimentos ricos em potássio que ajudam na circulação, é toda vez que estiver em repouso, se tiver inchado, elevar os membros inferiores para diminuir esse edema, evitar calçados apertados, para evitar que apertem mais a circulação, deixa ver mais o que... acho que é só.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Orientações de enfermagem com relação a edemas. Evitar alimentos ricos em potássio. Evitar calçados apertados. Manter membros inferiores elevados.						
Impressão do entrevistador: Cuidado voltado para o que deduz.						
Enf.4 Texto bruto	28. Quais os cuidados de enfermagem são realizados quando identificado que o usuário possui insuficiência arterial? R: Elevar o membro, sempre falo para eles elevarem os membros para ajudar no retorno venoso, não ficar muito tempo em pé. E se ele já esta com a insuficiência arterial? Pergunto se ele é tabagista, tento encaminhar o mais rápido	S	N	NL	J	O

	possui com a secretaria de saúde e agendo VD do médico. E para esse pé já com mudança de coloração? Eu não sei se esta certo não, eu deduzi é tentaria fazer, é... massagem para melhorar a circulação, realizar em movimentos circulares, manter elevado, observar o calor... acho que só isso...					
Unidade de registro: Elevar o membro inferior para ajudar no retorno venoso. Não manter-se muito tempo em pé. Massagem em movimentos circulares.						
Impressão do entrevistador: Dedução do cuidado de enfermagem.						
Enf.5 Texto bruto	28. Quais os cuidados de enfermagem são realizados quando identificado que o usuário possui insuficiência arterial? R: Nesse caso ele tem que ir urgente para um especialista. Eu tenho um paciente que ele esta com a insuficiência arterial, o hálux esta enegrecido, porém esta impossibilitado de fazer a cirurgia no momento e terá alta, vem para ser cuidado com você na ESF, até ser operado, quais os cuidados que você daria a ele? R: ele tem todos os cuidados que nós já falamos anteriormente, ir para um especialista, repouso, mais ou menos isso... Não tem muito que fazer...	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Ir urgente para um especialista. Cuidados falados anteriormente. Repouso. Não tem muito que fazer.						
Impressão do entrevistador: Dedução do cuidado de enfermagem.						
Enf.6 Texto bruto	28. Quais os cuidados de enfermagem são realizados quando identificado que o usuário possui insuficiência arterial? R: ele já esta? Sim. Se já esta não tem o que fazer. Vamos dizer que ele esteja em inicio, existe alguma coisa que eu enquanto enfermeiro possa fazer? Naquela área de inicio de necrose? Acho que não.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Acha que não existem cuidados.						
Impressão do entrevistador: Desconhece os cuidados.						
Enf.7 Texto	28. Quais os cuidados de enfermagem são realizados quando identificado que o usuário possui insuficiência	S	N	NL	J	O

bruto	arterial? R: eu acho que é de orientação, tá em casa não tem nada para fazer então coloca a perna para o alto, ajuda o sangue a voltar, vai sair bota um calçado bonitinho, bota um calçado fechadinho, cuidado com o dedo, não coloca sapato apertado, vai comprar sapato, compra de tarde, porque de manhã o pé ta mais fininho, e de tarde tá mais inchado. O negócio é falar, falar muito, lembrar do sal, tudo tem sal, tem de ler todos os rótulos, tudo tem sal, biscoito recheado tem sal, não pode comer sal, eu faço catequese.					
Unidade de registro: Orientação. Colocar a perna para o alto. Ajudar o sangue a voltar Calçado bonitinho (!) Comprar sapato a tarde. Falar muito Ler todos os rótulos a procura de sal. Não comer sal.						
Impressão do entrevistador: Novamente trás a orientação como cuidado, mesmo depois da doença já instalada.						
Enf.8 Texto bruto	28. Quais os cuidados de enfermagem são realizados quando identificado que o usuário possui insuficiência arterial? R: Os mesmos que eu falei anteriormente.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não listou os cuidados.						
Impressão do entrevistador: Não descreveu por não saber diferenciar os diversos cuidados de enfermagem.						
Enf.9 Texto bruto	28. Quais os cuidados de enfermagem são realizados quando identificado que o usuário possui insuficiência arterial? Como essas orientações podem auxiliar? R: de novo, reforçar o cuidado, secar bem entre os dedos, a questão de o calçado ser macio, né, evitar andar de chinelo, aqui é uma área rural entre aspas, né, então ter cuidado para não espetar o pé em nenhum graveto. questão de terra, lama, se já tem um ferimento, tem de tomar cuidado.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Reforçar as orientações de cuidados. Cuidados com lama e terra. Calçado macio. Cuidado com gravetos.						
Impressão do entrevistador: Retornou ao tópico da orientação e acrescentou cuidado com a lama, entendendo a sua						

preocupação com o saneamento básico da região, mas não há relacionamento com a IAMIs.						
Enf.10 Texto bruto	28. Quais os cuidados de enfermagem são realizados quando identificado que o usuário possui insuficiência arterial? R: é ter ai um acompanhamento na USF periódico, ser assistido pelo enfermeiro e médico, e aquelas coisas... melhorar a alimentação, zero de fumo.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não refere quais os cuidados específicos.						
Impressões do entrevistador: Não se coloca na posição de cuidador deste cliente.						
Enf.11 Texto bruto	28. Quais os cuidados de enfermagem são realizados quando identificado que o usuário possui insuficiência arterial? R: na verdade algumas que a gente já faz na prevenção e tem que manter com a IAMIs já instalada e mesmos cuidados, ai o cuidado deve ser redobrado, as medicações que devem ser associadas, de repente aqueles cuidados que deveriam ser de 6 em 6 meses devem ser realizados num prazo menor, né e explicar as complicações e frisar muito isso.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Cuidados listados anteriormente na prevenção e redobrados após a instalação da doença. Associação de medicamentos. Frisar as complicações.						
Impressão do entrevistador: Mantem os cuidados com a prevenção, refere até dados importantes, mas não sei se entendeu a doença já instalada e sua relação com cuidados de enfermagem.						

Quadro nº 26 – Gaveta 2 – Compartimento 14. Cuidados de enfermagem feitos para o cliente com IAMIs.

O que esperávamos com esse compartimento? GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 14

Esperávamos listar cuidados de enfermagem para o paciente com a IAMIs instalada, nenhum enfermeiro conseguiu apontar cuidados específicos, esta muito enraizada a promoção à saúde como prevenção, ainda que voltada para orientações, não conseguem conceber o cuidado como ato.

Cuidados como observação da temperatura e coloração dos pés, avaliação da presença de lesão de continuidade, realização de curativo quando necessário e verificação de pulsos arteriais dos membros inferiores e IPTB, não foram listados.

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 15

Sobre FAZER – compartimento 15		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	29. É possível ao enfermeiro com seus atos e intervenções impedir a amputação de membros inferiores? R: Eu acredito que a gente conseguiria diminuir alguma coisa, mas não depende só do enfermeiro, depende muito do paciente entender, o que ele precisa comer, como ele precisa se cuidar, essa é a maior dificuldade é ele entender o autocuidado e eles não querem entender muito isso. Isso dificulta o nosso trabalho.					
Unidade de registro: Acredita que diminuiria alguma coisa. Não depende só do enfermeiro. O paciente precisa entender como comer, como se cuidar.						
Impressão do entrevistador: Eles (paciente) não querem entender o autocuidado, dificultando o trabalho do enfermeiro.						
Enf. 2 Texto bruto	29. É possível ao enfermeiro com seus atos e intervenções impedir a amputação de membros inferiores? R: Acho que sim.					
Unidade de registro: Acha que sim.						
Impressão do entrevistador: Não explica como.						
Enf. 3 Texto bruto	29. É possível ao enfermeiro com seus atos e intervenções impedir a amputação de membros inferiores? R: Acho que sim.					
Unidade de registro: Acha que sim.						
Impressão do entrevistador: Não explica como.						
Enf.4 Texto bruto	29. É possível ao enfermeiro com seus atos e intervenções impedir a amputação de membros inferiores? R: Acredito que sim.					
Unidade de registro: Acredita que sim.						
Impressão do entrevistador: Crença.						

Enf.5 Texto bruto	29. É possível ao enfermeiro com seus atos e intervenções impedir a amputação de membros inferiores? R: Acho que ele consegue.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Acha que sim.						
Impressões do entrevistador: Acha que ele (enfermeiro) consegue; não se coloca na posição deste profissional. Usa o verbo na terceira pessoa.						
Enf.6 Texto bruto	29. É possível ao enfermeiro com seus atos e intervenções impedir a amputação de membros inferiores? R: é possível quando não esta instalado o quadro, quando você vê o sinal de alerta, é possível sim, tentar adiar ou até mesmo sair desse quadro.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: É possível quando não esta com o quadro instalado. Quando você vê o sinal de alerta. Adia a amputação. Sai do quadro.						
Impressão do entrevistador: Usa o verbo na terceira pessoa, não se insere no papel de cuidador e promotor da ação.						
Enf.7 Texto bruto	29. É possível ao enfermeiro com seus atos e intervenções impedir a amputação de membros inferiores? R: Com certeza.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Com certeza.						
Impressão do entrevistador: Não explica.						
Enf.8 Texto bruto	29. É possível ao enfermeiro com seus atos e intervenções impedir a amputação de membros inferiores? R: Não.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Não.						
Impressão do entrevistador: Não há.						
Enf.9 Texto bruto	29. É possível ao enfermeiro com seus atos e intervenções impedir a amputação de membros inferiores? R: sim, claro, não só com orientação, mas com o próprio curativo, eu já vi.	S	N	NL	J	O

Unidade de registro: Sim. Orientação. Curativo. Já viu.						
Impressão do entrevistador: Coloca-se na posição de testemunha da prevenção da amputação com cuidados de enfermagem.						
Enf.10 Texto bruto	29. É possível ao enfermeiro com seus atos e intervenções impedir a amputação de membros inferiores? R: sim.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Sim.						
Impressão do entrevistador: Não justifica.						
Enf.11 Texto bruto	29. É possível ao enfermeiro com seus atos e intervenções impedir a amputação de membros inferiores? R: sim.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Sim						
Impressão do entrevistador: Não justifica.						

Quadro nº27 – Gaveta 2 – Compartimento 15. As intervenções (cuidados) de enfermagem impedem a amputação de membros inferiores

O que esperávamos deste compartimento? GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 15

Que o enfermeiro mantivesse a postura de que é possível evitar a amputação de membros inferiores com cuidados de enfermagem e observar a coerência das falas. 10 enfermeiros mantiveram a postura de que os cuidados evitam amputação, ainda que anteriormente não demonstrassem em suas falas conhecimento de cuidados para o cliente com IA visando a não amputação dos membros inferiores.

GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 16

Sobre FAZER – compartimento 16		Class.				
		S	N	NL	J	O
Enf. 1 Texto bruto	30. Quando a amputação de membros inferiores é evitável? Em que momento do estágio dessa doença a gente consegue impedir a amputação? R: Deve ser bem precoce, com o paciente entendendo sobre a doença, participando, ai eu acho que a gente consegue evitar a amputação.					
Unidade de registro: Deve ser bem precoce. O paciente deve entender a doença.						
Impressão do entrevistador: Como eu quero que o paciente entenda a doença, se nem os enfermeiros a entendem. Achismo.						
Enf. 2 Texto bruto	30. Quando a amputação de membros inferiores é evitável? Em que momento do estágio dessa doença a gente consegue impedir a amputação? R: É um trabalho de formiguinha, né mudar as condições construídas socialmente ao longo de muito tempo, né, de que o enfermeiro pode, porque a comunidade também não tem essa visão, a gente aos poucos ir transformando através das nossas atividades, né, é difícil, mas não é impossível, até porque eu já vi outras situações onde, por exemplo, eu domino um pouco mais, eu vi que existe uma grande diferença na atuação do enfermeiro, aqui eu faço pré-natal e puericultura, as crianças não querem ir com o médico, as gestantes não querem passar com o médico. É uma hora com cada gestante, por mais que a gente acabe não dando conta a necessidade faz com que o enfermeiro, fique mais disposto a isso, então ela é evitável em que momento da doença? Em que momento da doença eu consigo evitar essa amputação? R: Como eu te falei eu não tenho conhecimento profundo disso assim, nem não profundo (riso), o básico; acho que desde o inicio, a partir de um controle adequado da glicemia, tudo começa de um diagnóstico adequado de orientações adequadas, para que não se chegue a este ponto, né.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Trabalho de formiguinha. Mudar condições construídas socialmente ao longo do tempo, de que o enfermeiro pode, porque a comunidade não tem essa visão. Em situações que ela domina um pouco mais a atuação do enfermeiro faz diferença. As crianças e as gestantes preferem a consulta com os enfermeiros. Tudo começa num diagnóstico e orientações adequadas.						

Impressão do entrevistador: Não tem conhecimento profundo, dificultando a análise do seu conhecimento.						
Enf. 3 Texto bruto	30. Quando a amputação de membros inferiores é evitável? Em que momento do estágio dessa doença a gente consegue impedir a amputação? R: Tem momentos que consegue, a partir do momento, a partir do ponto, a partir da ideia que você consegue perceber que o paciente entendeu a importância da situação e a gravidade e entendeu o que ele tem que fazer, se ele consegue aprender isso e entender isso, você consegue reverter o quadro ao passo que nada disso acontece a tendência é cada vez piorar mais. Glicose descontrolada, pressão descontrolada, membros inferiores edemaciados... se tiver lesão abre cada vez mais... Tem paciente que são colaborativos, quando eu encontro eu fico emocionada (olhos lacrimejaram), mas é difícil porque o paciente acha que a gente o considera burro, porque ficamos falando a mesma coisa.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Tem momentos que consegue. Paciente precisa entender a gravidade da situação. Paciente acha que o consideramos burros porque ficamos repetindo as orientações.						
Impressão do entrevistador: Se não conseguir evitar a amputação é por causa do paciente.						
Enf.4 Texto bruto	30. Quando a amputação de membros inferiores é evitável? Em que momento do estágio dessa doença a gente consegue impedir a amputação? Eu vou te dar 3 pacientes para você responder, eu tenho o diabético em início de tratamento, aquele que esta em risco de desenvolver a insuficiência arterial e o com a insuficiência instalada? Você acha que há a possibilidade de evitar a amputação nesses 3 casos? R: Se ele seguir as orientações nas 3 etapas, eu acredito que o enfermeiro possa evitar a amputação.	S	N	NL	J	O
Unidade de registro: Depende do cliente.						
Impressão do entrevistador: Não se coloca na posição do enfermeiro que realiza o cuidado. Crença.						
Enf.5 Texto bruto	30. Quando a amputação de membros inferiores é evitável? Em que momento do estágio dessa doença a gente consegue impedir a amputação? Eu vou te dar 3 pacientes para você responder, eu tenho o diabético em início de tratamento, aquele que esta em risco de	S	N	NL	J	O

	<p>desenvolver a insuficiência arterial e o com a insuficiência instalada? Você acha que há a possibilidade de evitar a amputação nesses 3 casos?</p> <p>R: Acho que consegue, tem anticoagulantes que ele pode estar utilizando, mas acho que consegue sim.</p>					
<p>Unidade de registro: Acho que consegue. Tem anticoagulante que ele pode estar utilizando, mas acho que consegue sim.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Crença na possibilidade.</p>						
Enf.6 Texto bruto	<p>30. Vou te dar 3 pacientes, um na fase inicial da diabetes, um com todos os fatores de risco para desenvolver a insuficiência arterial e outro com a insuficiência arterial instalada, é possível ao enfermeiro evitar a amputação desses pacientes com cuidados de enfermagem? R: os dois primeiros a gente consegue sim, mas o que já esta com a insuficiência arterial não.</p>	S		NL	J	O
<p>Unidade de registro: É possível impedir a amputação somente nos clientes que não estão com a insuficiência arterial instalada.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Manteve a coerência de raciocínio dessa respostas em conjunto com a pergunta anterior.</p>						
Enf.7 Texto bruto	<p>30. Quando a amputação de membros inferiores é evitável? Em que momento do estágio dessa doença a gente consegue impedir a amputação? R: Desde que o paciente tenha aderência ao tratamento à gente consegue.</p>	S	N	NL	J	O
<p>Unidade de registro: Depende da aderência do paciente Se houver aderência o enfermeiro consegue.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: Responsabiliza o paciente.</p>						
Enf.8 Texto bruto	<p>30. Quando a amputação de membros inferiores é evitável? Em que momento do estágio dessa doença a gente consegue impedir a amputação? Eu vou te dar 3 pacientes para você responder, eu tenho o diabético em início de tratamento, aquele que esta em risco de desenvolver a insuficiência arterial e o com a insuficiência instalada? Você acha que há a possibilidade de evitar a amputação nesses 3 casos?</p> <p>R: Somente o primeiro, ou no intermediário, no terceiro não mais.</p>	S	N	NL	J	O

Unidade de registro: Consegue se os pacientes estiverem no início da doença ou em risco de desenvolver a IAMIs Se a IAMIs estiver instalada não.					
Impressão do entrevistador: Manteve a coerência de não prevenir a amputação em suas falas.					
Enf.9 Texto bruto	30. Quando a amputação de membros inferiores é evitável? Em que momento do estágio dessa doença a gente consegue impedir a amputação? Eu vou te dar 3 pacientes para você responder, eu tenho o diabético em início de tratamento, aquele que esta em risco de desenvolver a insuficiência arterial e o com a insuficiência instalada? Você acha que há a possibilidade de evitar a amputação nesses 3 casos? R: todos com certeza, através da orientação.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: É evitável em qualquer momento					
Impressão do entrevistador: Não explica como.					
Enf.10 Texto bruto	30. Quando a amputação de membros inferiores é evitável? Em que momento do estágio dessa doença a gente consegue impedir a amputação? Eu vou te dar 3 pacientes para você responder, eu tenho o diabético em início de tratamento, aquele que esta em risco de desenvolver a insuficiência arterial e o com a insuficiência instalada? Você acha que há a possibilidade de evitar a amputação nesses 3 casos? R: depende muito da força de vontade dele, porque quando chega no final, o comprometimento vascular é pior, então eu preciso do paciente, não digo que é impossível, mas tem paciente que é rebelde, não aceita dieta, não adere. Mas nos outros casos o que você acha? Eu acho que é possível retardar a amputação.	S	N	NL	J O
Unidade de registro: No terceiro caso depende da força de vontade do paciente.					
Impressão do entrevistador: Não fala em evitar e sim retardar.					
Enf.11 Texto bruto	30. Quando a amputação de membros inferiores é evitável? Em que momento do estágio dessa doença a gente consegue impedir a amputação? Eu vou te dar 3 pacientes para você responder, eu tenho o diabético em início de tratamento, aquele que esta em risco de desenvolver a insuficiência arterial e o com a insuficiência instalada? Você acha que há a possibilidade de evitar a	S	N	NL	J O

	<p>amputação nesses 3 casos? R: sim, eu sou uma defensora muito grande da enfermagem, eu acho que a enfermagem não conhece o poder que tem, porque assim há xx anos eu trabalho na ESF, eu acredito no trabalho de promoção da saúde. Eu acho assim se você se empenhar com o paciente você consegue, por isso que essas brigas entre classes estão acontecendo, as pessoas estão reconhecendo o potencial da enfermagem.</p>					
<p>Unidade de registro: Sim. Acredita no poder da enfermagem.</p>						
<p>Impressão do entrevistador: É a promotora da saúde do paciente, e não o coloca como único responsável pelo êxito do cuidado, cuidado este visto como orientação.</p>						

Quadro nº 28 – Gaveta 2 – Compartimento 16. Possibilidade de evitar amputações e em que momento do diagnóstico.

O que esperávamos com este compartimento? GAVETA 2 – COMPARTIMENTO 16

Que o enfermeiro visualizasse a sua importância como promotor da saúde e reforçasse seu pensamento sobre a prevenção das AMIs. Ao lhe ser dado 3 pensamentos dirigidos sobre em que momento da patologia o enfermeiro consegue com seus cuidados impedir a amputação, foi visualizado a incerteza destes, ainda que inicialmente tivessem respondido de forma afirmativa a pergunta.

A literatura traz três formas de avaliar o membro inferior de acordo com o acometimento deste pela IA:

- a) Viável (presença de dor em repouso, porém sem ameaça imediata ao membro, que mostra ausência ao déficit neurológico ou fraqueza muscular);
- b) Ameaçado (isquemia irreversível, membro salvável, sendo possível evitar a amputação),
 - b-1) marginalmente ameaçado (pode apresentar dormência e pequena perda sensorial restrita aos artelhos),
 - b-2) ameaça imediata (dor isquêmica em repouso persistente, perda da sensibilidade além dos artelhos), pode ser salvo pela revascularização imediata.

- c) Inviável, perda da sensibilidade, paralisia muscular acima do pé, ausência de enchimento capilar (evolui para amputação), (RUTHERFORD in: HARKER, 1999).

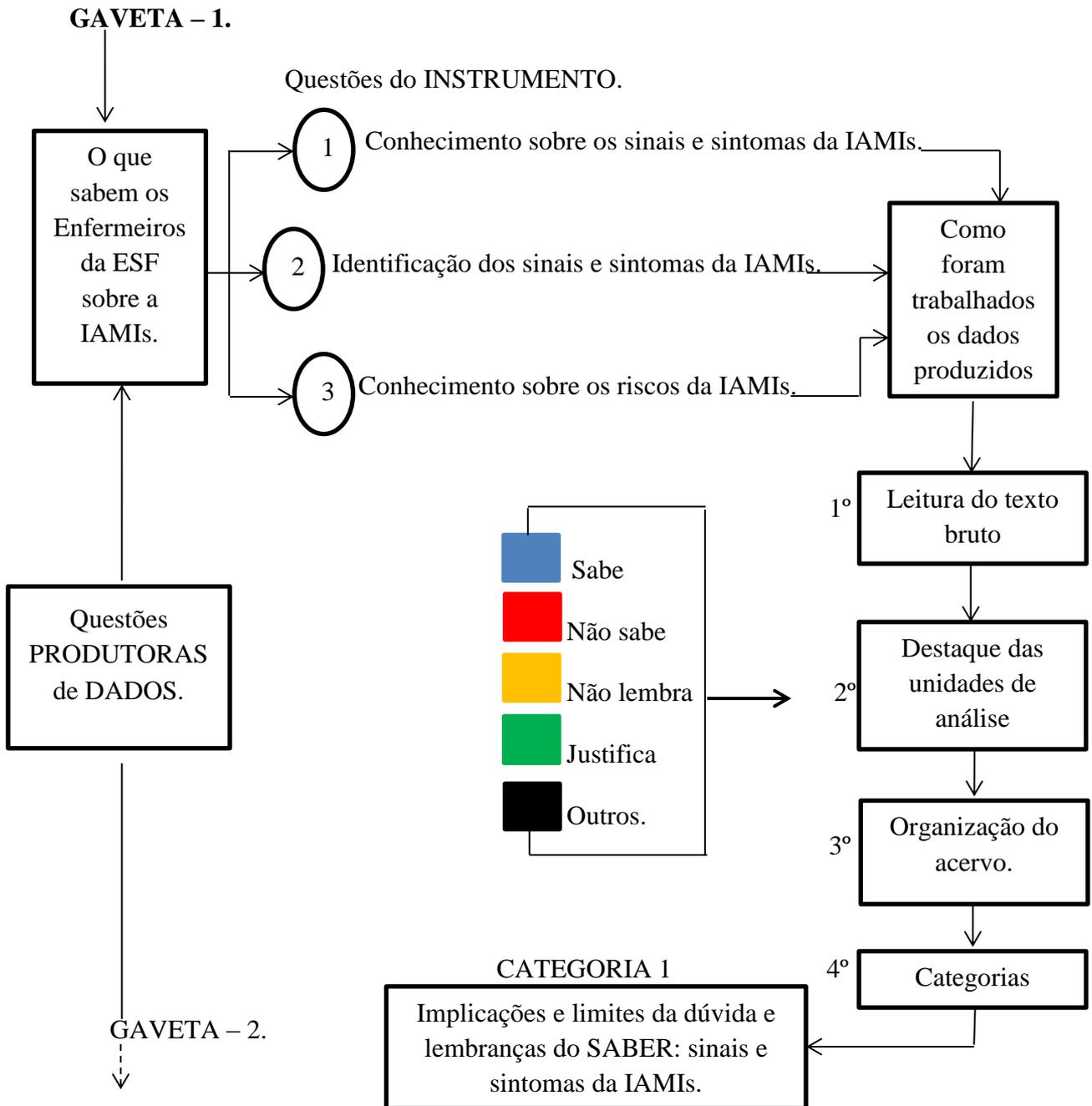
CAPÍTULO V

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Sobre o acervo.

Parece-nos fundamental, antes de nos definir pelas categorias e suas análises, apresentar um esquema para o leitor delineando para este como chegamos até aqui.



GAVETA – 2.

O que fazem os enfermeiros da ESF como prevenção quando cuidam de HIPERTENSOS e DIABÉTICOS potenciais para desenvolver a IAMIs.

Questões do INSTRUMENTO.

- 1 - Cuidados de enfermagem para clientes com risco de desenvolver IAMIs.
- 2 - Preocupação com a possibilidade de amputação.
- 3 - Eficácia dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente portador de DM e HAS para a prevenção da AMIs na ESF
- 4 - Atendimento do usuário e a explicação sobre prevenção e tratamento.
- 5 - Se verificam os pulsos dos MMIs
- 6 - O que faz como roteiro para aferir: perímetro abdominal, condições das unhas, dos pés, temperatura, calosidades e rachaduras.
- 7 - Se solicita exames laboratoriais como: hemograma, TAP, PTT, glicose jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina glicosilada.
- 8 - O que acrescentaria na rotina de consulta de enfermagem como prevenção.
- 9 - Quando encaminha o cliente para o especialista.
- 10 - Se tem mecanismo de referência e contra referência.
- 11 - Sobre a participação da família no tratamento.
- 12 - Existência de grupo de apoio para o usuário e seus familiares.
- 13 - Se acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar o cliente com IAMIs para que o mesmo não perca o membro inferior.
- 14 - Cuidados de enfermagem feitos para o cliente com IAMIs.
- 15 - As intervenções (cuidados) de enfermagem impedem a amputação de membros inferiores.
- 16 - É possível evitar amputações e em que momento do diagnóstico?

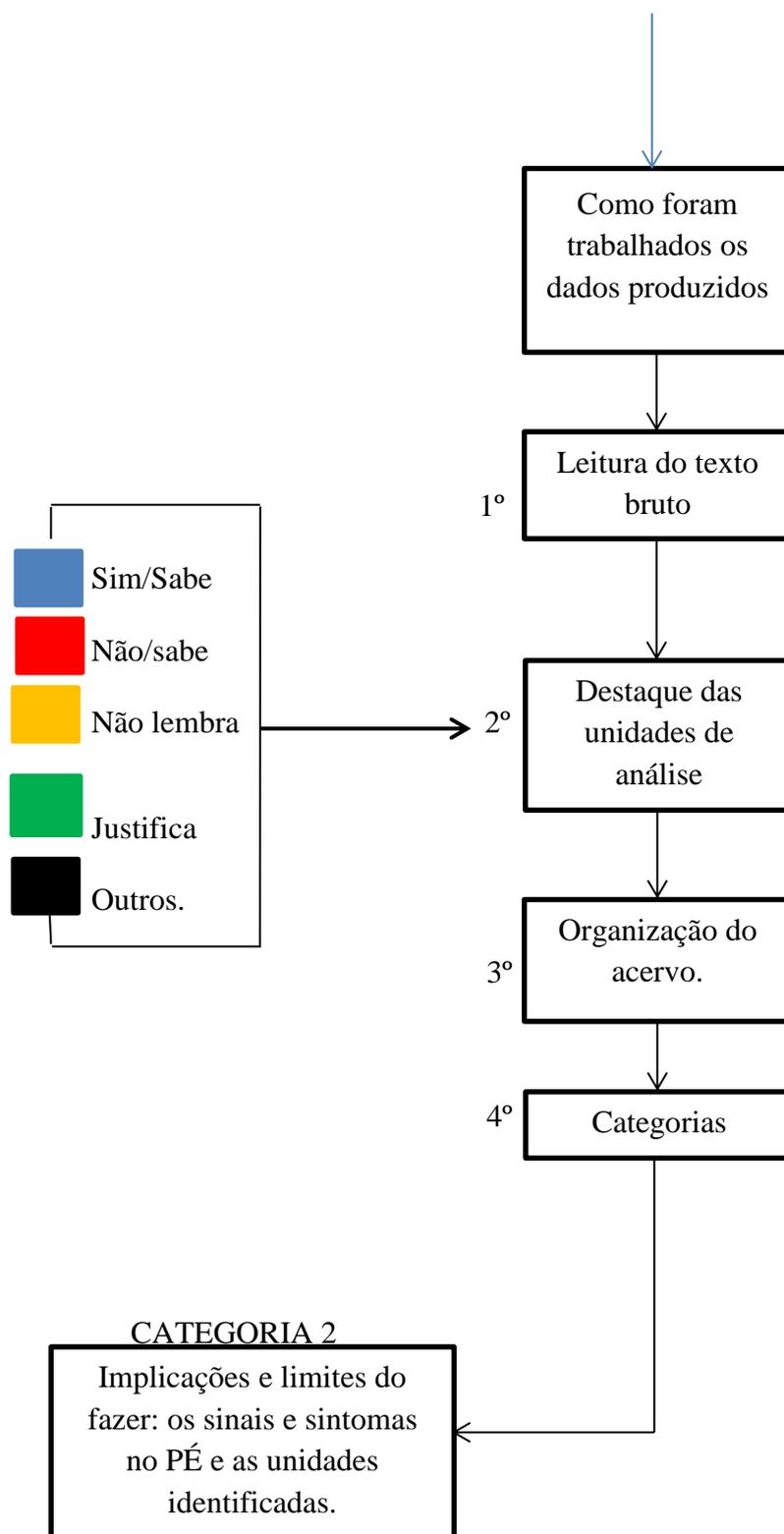


Figura 7 – Esquema de análise para categorização das falas dos enfermeiros da ESF do Município de Itaboraí.

Ao entrevistarmos os enfermeiros da ESF do Município de Itaboraí, extraímos do instrumento o perfil destes, a entrevista realizada contou com a participação de 11 enfermeiras, com idade entre 28 e 55 anos; 72,7% destas são da raça branca e 27,2% da raça negra; 63,6% estão na faixa etária acima dos 30 e abaixo dos 40 anos de idade, vide Quadro 29.

Perfil dos enfermeiros entrevistados na ESF do Município de Itaboraí.		
Sexo	Feminino 100%	Masculino 0%
Idade	- de 30 anos	9%
	Entre 30-40 anos	63,6%
	Entre 41-50 anos	18%
	Entre 51-60 anos	9%
Raça	Branco 72,7%	Negro 27,2%
Escolaridade	Mestrando	18%
	1 Especialização	63,6%
	2 Especializações	45,4%
Ano de formação	1990 – 2000	36%
	2001 – 2010	54,5%
	2011 – 2012	9%
Estado civil	Viúvo	9%
	Solteiro	27,2%
	Casado	63,6%
Forma de contratação	Concursado	63,6%
	CLT	9%
	Contrato bolsista	27,2%
Tempo de serviço	2 meses a 5 anos	54,5%
	5 anos e 1 mês a 10 anos	45,4%
Trabalha na rede particular	Sim 0%	Não 100%

Quadro nº29 – Caracterização do perfil dos enfermeiros da ESF do Município de Itaboraí.

O Quadro acima demonstra que 36% dos enfermeiros entrevistados possuem mais de 10 anos de formação e que 63,6% destes são concursados pelo Município em questão, o último concurso foi realizado há cerca de seis anos, cerca de 50% dos enfermeiros tem entre 2 meses a cinco anos de serviço e 45,4% possuem entre 5 anos e 1 mês a 10 anos; 63% possuem um curso de especialização e 45,4% possui dois cursos de especialização, 18% deles são mestrandos; estes foram os responsáveis pela construção do conteúdo sobre a prevenção de IAMIs em clientes portadores de DM e HAS, com risco de desenvolvimento de IAMIs.

Conhecedores dos sujeitos do estudo, iniciamos a discussão das CATEGORIAS, que se assemelham, guardam conveniência, se analogam e estão em jogo de simpatia e antipatia no que lhes é mais geral, mais visível, pretendemos buscar e mostrar na descoberta do que está e não está (princípio Nightingaleano), escondido em seus conteúdos para lhe garantir uma riqueza e um rigor que encontramos na produção dos conteúdos.

Permitir esse enlace pode ser o que Foucault (1990) chama de hermenêutica: conjunto de conhecimentos e de técnicas que permitem fazer falar os signos e descobrir o seu sentido, *(o de saber e não saber, fazer e não fazer dos enfermeiros)*, e que chama de semiologia o conjunto de conhecimentos e de técnicas que permitem distinguir onde estão os signos, definir o que os institui como tal, conhecer seus liames e as leis do encadeamento... (...)...

Ao apresentar a análise da discussão das categorias do estudo, nos reportamos a Bardin (2006) que as entende como rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos-unidades de registro – (sobre o saber dos enfermeiros sobre IAMIs e amputação), no caso da análise do conteúdo, é preciso organizar os elementos encontrados para identificar a categoria que se utiliza de critérios semânticos (saber) e (fazer), léxicos e verbos.

No caso deste estudo usamos o emprego de processos orientados por Bardin (2006) chamado de sistema de categorias, que não é fornecido antes da classificação análoga e progressiva dos elementos, denominada de procedimento ou acervo.

Com isso no último momento metodológico nos foi possível criar o “ACERVO” sobre as informações dos conteúdos das GAVETAS 1 e 2, que guardam palavras, frases, verbos como: LEMBRANÇAS, PENSAMENTOS, CRENÇAS sobre o SABER e sobre o SIM  e o NÃO, NÃO SABER e NÃO FAÇO  sobre a Insuficiência Arterial de Membros Inferiores, com atenção voltada para Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial; como NÃO FAÇO, NÃO SEI NADA, PENSO que SEI, ACREDITO, NÃO FAÇO, ORIENTO para os cuidados com os pés, sempre JUSTIFICANDO  tudo porque cuidam de crianças e de mulheres;  QUASE SEI, QUASE FAÇO, DUVIDO e NÃO ME LEMBRO DE TUDO,

embutidos na dúvida, no quase acerto, no quase saber; outro verbo comum é de que estão sempre tentando e culpam com frequência os doentes, destacam a dificuldade de autonomia, que não podem fazer coisas que poderiam; que é o médico quem decide, e estes deixam os receituários e solicitações de encaminhamentos assinados ou só exercem sua autonomia quando possui uma relação de amizade com o médico. O que é entendido como OUTROS ■ envolve família, condições de trabalho, problemas de educação, econômico e cultural de enfermeiros e clientes.

A escolha das cores é para criar uma imagem imediata sobre os achados, onde o leitor ao olha-lo capte o que foi encontrado, pois a imagem fala mais do que o texto.

5.2 ANÁLISES DAS CATEGORIAS – Aliviando tensões do estudo e argumentando resultados.

CATEGORIA, segundo Bardin (2006), são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro), no caso da análise de conteúdo, que nós identificamos no início da organização da análise como: a) SABER sobre a IAMIs e b) cuidar de clientes com IAMIs. Organizamos para categorizar o critério semântico (temas que significam saber, temas que significam fazer, léxicos e verbos).

O chegar aqui envolveu dispositivos e muita reflexão, para poder descrever e discutir o que encontramos, e que fosse possível, a partir dos conteúdos encontrados nas respostas dos enfermeiros da ESF sobre o que estes SABEM sobre a IAMIs e o que FAZEM como cuidador preventivo, para evitar amputações. As informações por eles transformadas em conteúdos, (o texto escrito), foi o indicador de categorias de análise: uma como questões da gaveta 1 e outra como questões da gaveta 2, ao montar o quadro geral do que encontramos, utilizamos a legenda das cores:

SIM/SABE E FAZ CUIDADOS	NÃO/NÃO SABE	NÃO LEMBRA, DUVIDA, QUASE FAZ, QUASE SABE.	JUSTIFICA	OUTROS
----------------------------	-----------------	---	-----------	--------

Ao observar o quadro geral, identificamos claramente: *os enfermeiros não sabem, ou não lembram ou encontra-se em dúvidas sobre o seu saber sobre as implicações dos sinais e sintomas para a IAMIs; como também não cuidam como a “priori” acreditávamos*, mesmo justificando suas contínuas dúvidas ou crenças e definimos a primeira categoria

IMPLICAÇÕES e LIMITES da dúvida e da lembrança do SABER: sinais e sintomas do IAMIs.

Assim a categorização deste estudo seguiu o princípio da OBJETIVIDADE e FIDELIDADE que orienta segundo Bardin (2006), que devem ser consideradas as diferentes partes de um mesmo material (as mensagens dos enfermeiros sobre saber e fazer sobre doenças e cuidados de clientes com IAMIs), ao qual se aplica a mesma grelha categorial, e foram codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetida a várias análises, sendo dessa forma obtida a imagem do Quadro 30.

5.2.1 Primeira categoria – IMPLICAÇÕES e LIMITES da dúvida e da lembrança do SABER: sinais e sintomas do IAMIs.

IMAGEM DO CONTEÚDO DA GAVETA 1 – SABER.

Enf.	Compartmento.	
	1	2
1	Orange	Green, Orange, Green
2	Orange	Red, Green, Black
3	Orange	Red, Green, Black
4	Orange	Orange, Black
5	Orange	Orange, Black
6	Orange	Orange, Black
7	Orange	Green, Black
8	Orange	Black, Red, Black
9	Orange	Green, Orange, Black
10	Orange	Black, Blue, Black
11	Orange	Green, Blue, Black

Quadro nº 30 – Ilustração representativa da fala dos enfermeiros com relação ao SABER.

Olhando o quadro acima, observamos que 100% dos enfermeiros possuem alguma dúvida com relação ao que sabem sobre os sinais e sintomas da IAMIs, 81% justificaram de alguma forma a sua deficiência do saber e 18% desviaram de alguma forma a atenção da pergunta para outros assuntos. Com relação aos fatores de risco 54,5% dos enfermeiros entrevistados pouco ou quase nada lembravam ou sabiam sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da IA, 18% relacionaram mais de quatro fatores e 27,3% disseram não saber, 45% justificaram as suas respostas e 63,3% explicitaram outras informações.

Em contato com o conteúdo das respostas dos enfermeiros do Programa da Estratégia da Família, nos pareceu que emergiram sem muita preocupação com a consequência das palavras e de seus movimentos que iam construindo ainda que permeado de dúvidas e

lembranças sobre o que sabiam, produzindo dados que nos fizeram refletir, o que de fato está dito como produção de conteúdo. Ao vacilarem, sobre o que sabem, ou não sabem ou não lembram e o que fazem ou não fazem com clientes possíveis de desenvolvimento de IAMIs, com consequências para a amputação de membros inferiores, eles criavam um movimento de idas e vindas, de sim e não, de é ou eu acho, ou eu acredito, que esbarravam sempre numa ação de fazer ou saber, por mais simples que nos pareça, cujo objeto central de suas preocupações eram sempre os PÉS, a CIRCULAÇÃO, os SAPATOS e o ALIMENTO. Ao mesmo tempo em que eles sabem quando orientam e quando supervisionam.

Iniciamos então a discussão apresentando o conteúdo das falas dos enfermeiros na Gaveta 1 SABER, como demonstra os quadros a seguir:

O CONTEÚDO dos sinais e sintomas da IAMIs.

Gaveta I – Compartimento 1 – SABER: Sinais e Sintomas			
Nº	Sinais e sintomas de acordo com o SABER dos enfermeiros	Total da ocorrência das expressões	Ocorrência na literatura
1	Alteração da temperatura – calor	3	Não
2	Alteração da temperatura - pele fria – extremidades frias – baixa da temperatura – membros inferiores frios – pés frios	5	Sim
3	Pele cianosada – cianose	2	Sim
4	Dor.	2	Sim
5	Câimbras.	2	Sim
6	Queimação	1	Não
7	Vermelhidão-hiperemia-rubor	5	Não
8	Edema – inchaço	6	Sim
9	Pele necrosada- pele escura – coloração mais escurecida – pele enegrecida	4	Sim
10	Alteração da Sensibilidade	2	Sim.
11	Pulso pedioso impalpável	1	Sim
12	Rachadura nos pés	1	Não
13	Feridas – úlceras	1	Sim
14	Sinais flogísticos	1	Não
15	Alteração da cor	2	Sim.

Quadro nº31 – Falas apresentadas pelos enfermeiros no SABER – ocorrência e comprovação na literatura.

A análise do quadro 31 suscita em nós perguntas que num primeiro momento poderia passar despercebida, que poderiam ter sido resolvidas se tivéssemos pensado, durante a construção do projeto na possibilidade de que a experiência destes enfermeiros poderia ser advinda da prática hospitalar, onde muito pouco ou quase nada se faz com relação à prevenção da IAMIs e esta muitas vezes já se encontra instalada no momento crítico da patologia, sendo o procedimento cirúrgico inviável, e este membro tido como não salvável.

Quando os enfermeiros pensam no calor como sinais e sintomas da IAMIs, podem estar relacionando este com processos inflamatórios, característicos de tecidos lesionados, e como as falas foram permeadas de LEMBRANÇAS e do QUASE SABER, este pode ter sido o motivo do achado destes conteúdos, sendo esta a mesma explicação para quando os enfermeiros pensam em rubor; segundo Piccinato, Cherri e Moriya (2001) nas manobras posturais no cliente acometido por **significante** doença aterosclerótica obliterante (AEO), estes podem apresentar: palidez à elevação, enchimento venoso retardado e rubor pendente; sendo esta última à explicação para o edema dos membros inferiores. A doença aterosclerótica obliterante é a obstrução arterial causada por placas de ateroma, que em nosso estudo denominamos de IA.

O CONTEÚDO sobre os fatores de risco.

Gaveta 1 – Compartimento 2 – SABER: sobre riscos			
Nº	Riscos de acordo com o SABER dos Enfermeiros	Total da ocorrência das expressões	Ocorrência na literatura
1	O cigarro – Tabagismo – Fumo-	5	Sim
2	Diabetes descontrolada – Diabetes -	8	Sim
3	Má alimentação	2	Sim
4	Ferida não cuidada.	1	Não
5	Varizes	2	Não
6	Pé diabético.	2	Não
7	Dificuldade de cicatrização	1	Não
8	Obesidade.	2	Sim
9	Hipertensão.	1	Sim
10	Atividade laborativa que não dê condições de ativar a circulação	1	Sim
11	Trombose venosa	1	Ela é a insuficiência arterial
12	BK tuberculose	1	Não se relaciona com a IAMIs
13	Má circulação.	1	Ela é a insuficiência arterial
14	Alcoólatra.	1	Não se relaciona com a IAMIs
15	Usuário de droga.	1	Não se relaciona com a IAMIs.
16	Sedentário	2	Sim
17	Sobrepeso	1	Sim.

Quadro nº32 – Falas apresentadas pelos enfermeiros no SABER – ocorrência e comprovação na literatura.

Pensamos ser o Quadro 32 o mais preocupante para o enfermeiro da ESF, é nele que se encontram todo o período pré-patogênico da IA, é aqui que se encontra a prevenção da amputação dos MMIs propriamente dita, e a detecção precoce de possível desenvolvimento da IA, uma vez que são situações que necessitam de mudanças no estilo de vida do cliente e da família, pois como lembra Figueiredo e Tonini (2007), *a finalidade da intervenção de enfermagem é efetuar mudanças*, mas que mudanças podem advir de lembranças?

Ao tomarmos posse dos conteúdos das falas dos enfermeiros logo pensamos que NÃO SABER e NÃO LEMBRAR são palavras – frases , que são vazias, que não dizem nada; mas elas podem trazer conteúdos silenciosos sobre o que lhes foi perguntado, e de emoções e sentimentos que podem ter sido desencadeados ao se sentirem sujeitos-objetos de investigação.

No arranjo de suas palavras, produzidas por eles, há de se pensar em dado momento, na ausência total do SABER, mas buscando autores diversos e explicações lógicas para o LEMBRAR, encontramos em Foucault (1990), um caminho possível; quando fala na construção do saber e da cultura ocidental, como a da interpretação do texto que organiza o jogo dos símbolos, que permite o conhecimento das coisas visíveis e invisíveis e que cria a arte de representa-las.

O que esta produzido como conteúdo acerca do que PENSAM, NÃO LEMBRAM e NÃO SABEM sobre doenças e cuidados, pode estar justificado quando Foucault (1990) diz: “pode existir outras noções na superfície do pensamento (*do saber e do fazer dos enfermeiros*), que se entrecruzam, se rubricam, se reforçam ou se limitam”.

O limite entre o vazio e o cheio de saber sobre alguma coisa, está no centro desta categoria que encontra pertinência com o que diz Foucault (1990), é preciso encontrar nas palavras e nas coisas o que sabemos, conhecemos, lembramos e que se fundamenta na conveniência, similitude, analogia e jogo de simpatias; que ele explica exaustivamente o que são, e que acreditamos que a leitura sobre as palavras e as coisas nos fornece uma segurança maior, para discutir as implicações dos dados aqui apresentados e que ousamos sintetizar sobre: CONVENIÊNCIA que está ligada a vizinhança das palavras e das coisas para dizer que elas são convenientes em si mesmas, quando se aproximam umas das outras, quando se emparelham, se tocam em suas margens ou bordas (*pensar e fazer cuidados, sabendo ou não, justificando ou pensando outra coisa*), como se fossem franjas que se misturam, e nesta mistura vão se aproximando até um ser o fim ou o começo da outra – palavras sobre coisas que se tocam e se misturam (*IAMIs, doença, amputação, riscos, cuidados*) encaminhando as palavras SABER e FAZER (neste estudo) que se tocam e se misturam no saber-fazer da enfermagem, como o começo de uma e o fim da outra.

Uma *conveniência* que está e tem espaço (*no cuidado e no que fazem os enfermeiros*) ou no que eles sabem e assim vão criando uma cadeia (de pensar e fazer) que se forma como uma corda conveniente; a *similitude* – segue a ordem e a lei do lugar e tem proximidade com a conveniência (o espaço da palavra SABER sobre o cuidado que acontece) e a cadeia que foi formada na conveniência vai se desatando – é o movimento das palavras e das coisas – e

reproduzindo novas cordas, novos círculos (*no saber fazer dos enfermeiros quando se justificam ou se desculpam*), surgindo novas palavras sobre Pé, Alimento, Circulação, Orientar, Supervisionar, dentro das palavras saber e fazer segundo Foucault (1990), existe um reflexo, como se estivéssemos no espelho e as coisas que estavam dispersas no mundo (*do saber-fazer dos enfermeiros*) vão se correspondendo, como: “o intelecto do homem reflete, imperfeitamente, a sabedoria de Deus, assim os dois olhos com sua claridade limitada, refletem a grande iluminação, no céu, expandem o sol e a lua... (...)...”. Assim saber e não saber cria movimentos de dúvidas e de certezas, como tudo que esta no mundo, na vida, no pensar e fazer.

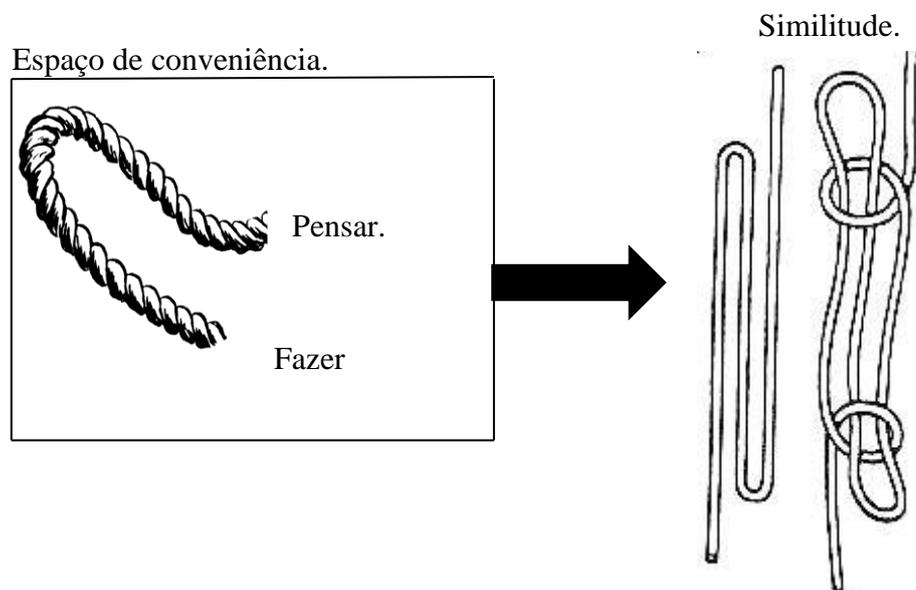


Figura 8. Representação do PENSAR e FAZER na fala dos enfermeiros da ESF do Município de Itaboraí.

A *analogia* que também tem forma de similitude sobrepõe-se a conveniência e assegura o “maravilhoso apontamento das semelhanças através do espaço (de saber e fazer cuidado); mas fala como ajustamentos de liames e de juntura”. Aqui nos é lembrado que o “poder da analogia é imenso, pois as similitudes que executa não são aquelas visíveis, maciças, das próprias coisas; basta serem semelhantes, mais sutis nas relações, e assim pode tramar, a partir de um mesmo ponto (*saber e fazer na enfermagem*), um número infinito de parentesco... (...)...” (1990).

Jogo das simpatias – um jogo do (saber e fazer) que tem dois lados (o outro é o da antipatia), onde nenhum é de antemão determinado, nenhuma distancia é suposta, nenhum encadeamento é prescrito. Segundo Foucault (1990) “a simpatia atua em estado livre nas profundezas do mundo! Em um instante percorre os espaços mais vastos... (...)...” Esse jogo esta no que os enfermeiros vacilam, tem dúvidas, acreditam sobre saber e fazer, mas que em

seus movimentos de responder e produzir conteúdos sobre o que sabem e fazem para cuidar da IAMIs e prevenir amputações, pode ser entendido quando Foucault nos diz que:

é tal o poder do jogo da simpatia, que ela não se contenta em brotar de um único contato e em percorrer espaços, ela suscita o movimento das coisas no mundo e provoca aproximação das mais distantes. Ela é o princípio da mobilidade: atrai o que é pesado para o peso do solo e o que é leve para o éter sem peso. (1990)

Provavelmente é o inesperado que se encontra nos dados “não saber, não lembrar” de algo que precisa estar claro para poder cuidar e prevenir amputações; são metáforas que podem explicar o concreto e o subjetivo, o visível e o invisível. No entanto, é bom considerar a figura gêmea da simpatia, a antipatia, “que mantem as coisas em seu isolamento e impede a assimilação; encena cada espécie na sua diferença obstinada e na sua propensão a perseverar no que é; é assaz conhecido que as plantas tem ódio entre si... diz-se que a oliveira e a videira odeiam a couve; o pepino foge da umidade da terra, é necessário que toda árvore opaca e espessa – assim como aquela que tem várias raízes – seja perniciososa às outras... (...)...” Assim é preciso finalizar essas considerações sobre a palavra e as coisas que tem identidade e segundo Foucault:

As coisas assemelham-se as outras e aproximam-se delas, sem, contudo se dissiparem, preservando a sua singularidade, é o contrabalançar constante da simpatia e da antipatia que o garante e exemplifica: o ar é quente e úmido, a terra é fria e seca, eis a antipatia. Para concilia-los o ar foi colocado entre o fogo e a água, a água entre a terra e o ar. Enquanto é quente, o ar se avizinha do fogo e sua umidade se acomoda com a água... (...)... (1990)

Nesse momento instala-se em nós uma necessidade de buscar respostas que podem estar na formação dos enfermeiros neste processo de interlocução do SABER; desde a sua infância, que provavelmente, existe um vácuo na construção de aprender coisas, na Graduação e na própria vida encontramos em Freire (1979) que “o homem” (no sentido atual homens e mulheres), tem paralisado e situado, ontologicamente inacabado – sujeito por vocação, objeto por distorção – descobre que não só esta na realidade, mas também está com ela, que é objetiva independente dele, possível de ser reconhecido e com a qual se relaciona. É um

homem-mulher que se relacionam, respondem a desafios na medida em que não se esgotam num tipo padronizado de resposta.

São sujeitos plurais e no “*jogo constante de suas respostas, muda seu modo de responder e suas falas. Organiza-se, escolhe a melhor resposta que lhe é própria e singular; a captação que faz dos dados objetivos de sua realidade é essencialmente crítica e não puramente reflexiva, como sucede na esfera do contato*” (FOUCAULT, 1990).

É uma posição do autor que se aproxima muito dos enfermeiros da ESF e que nos deram as suas melhores respostas sobre o que queríamos saber. São sujeitos que atuam mais na área da saúde da mulher e da criança e por isso parece justificável não saber sobre as doenças do adulto e nem sobre IAMIs.

Temos afirmado que é preciso ler muito para pensar e se comunicar melhor, sendo esta uma das informações das enfermeiras para justificar o que pensam não saber sobre a IAMIs. Para justificar o “NÃO” lembramos Chomsky (2008), durante uma conferência perguntou ao público presente: “*Vocês conseguem me ouvir? Talvez não consigam, (parte do público diz não); se vocês dizem “não” então conseguem*”. Assim se os enfermeiros dizem NÃO saber, eles sabem. O que (ouvimos) identificamos nos conteúdos, o que o autor nos diz nos é muito familiar neste estudo, quando afirma que “*os problemas da vida humana é o uso da linguagem como uma técnica de dominação*” (os enfermeiros devem responder o que eu sei que eles sabem), quando, na verdade os enfermeiros do estudo estão preocupados com outros temas que avançam para além da IAMIs; *as pessoas*, diz o autor, (provavelmente nós), *podem fingir o que há e podem fazer com que a coisa pareça complicada* – esse é o trabalho dos intelectuais; mas fato é que aquilo que se sabe está muito na superfície e de todo modo facilmente disponível.

Não saber, está facilmente disponibilizado nos quadros 31 e 32 que aparentemente, nos é superficial, e as informações produzidas pelas enfermeiras da ESF quando responderam sobre o que sabem sobre a insuficiência arterial de membros inferiores quando se encontram na UBS (Unidade Básica de Saúde) ou no domicílio para diagnosticar, acompanhar e/ou cuidar de clientes diabéticos ou hipertensos que podem desenvolver a IAMIs e disso decorrer a amputação, ainda merece aprofundamento e decodificação a partir do que está posto nos quadros 31 e 32, e de nossas investigações sobre o mesmo tema; mesmo assim os dados produzidos decorrem de suas respostas que indicam claramente dúvidas sobre esse saber, embora exista a constante afirmativa de lembranças do que lhes foi perguntado. Muitos emitiram risos ou silêncio antes de responder as questões as quais oscilaram num primeiro

momento/estalo de pensamento do que sabiam, e em seguida ou durante a entrevista não sabiam, ou também que lembravam ou achavam que sabiam.

Mesmo assim, na dúvida ou na certeza elas falam de sinais e sintomas como: dor e temperatura, sempre centrados no PÉ – o pé diabético e não pé hipertenso, embora ambos tenham similaridades e conveniências não só nas palavras, mas nos sintomas e nas doenças.

*“Então, deixa ver (risos nervosos) porque **não faz parte da minha prática...** Alteração de cor,... eu acredito,... dor, fico pensando em alteração de temperatura também, que eu lembre no momento é isso... (risos nervosos).”* – Enfermeiro 2 – Conteúdo de suas falas no compartimento 1 da Gaveta 1, sinais e sintomas da IA.

*“É pele fria, é... pele escura, que é cianótica, né? Inchaço, cãibras, rachadura nos pés também pode acontecer, o que mais? **O que eu me lembre é mais ou menos isso, né?**”* – Enfermeiro 6 – Conteúdo de suas falas no compartimento 1 da Gaveta 1, sinais e sintomas da IA.

*“Eu **acho que é... Você vai me corrigindo...** (...), membros inferiores frios, pés mais frios, normalmente começa a apresentar feridas, úlceras, edemas de membros inferiores, a coloração também, uma coloração mais escurecida.”* – Enfermeiro 7 - Conteúdo de suas falas no compartimento 1 da Gaveta 1, sinais e sintomas da IA.

Saber ou não saber, ou lembrar que sabe, durante a entrevista “soou” como uma “culpa” inesperadamente revelada, que trouxe à tona a necessidade de estudar, de ler, de aprender mais, seguida de uma inexperiência prática nesta área que envolve clientes diabéticos e hipertensos.

*“Isso você tá falando nas consultas de enfermagem do cliente com diabetes, né? Porque eu **acabo não realizando**, se eu realizasse então né? A própria diabetes não controlada é um fator de risco... **eu tô pensando, porque não faz parte da minha rotina... nem estudo isso**, é... não sei, deixa eu pensar... **depois a gente volta.**”* – Enfermeiro 2- Conteúdo de suas falas no compartimento 2 da Gaveta 1, fatores de risco da IA.

Os elementos encontrados nesta categoria como já descrito nos chamou a atenção para os escritos de Carvalho (2006), quando descreve e se posiciona sobre o processo de formação centrado numa doença e cita a tuberculose como exemplo, quando diz:

... em realidade, a busca de uma definição, que tenha caracterizado mundialmente a enfermagem, determinou o interesse crescente pelo estudo das funções da enfermeira e que elas devem se fundamentar em qualquer teoria de enfermagem que se elabore e por ser esta uma profissão essencialmente prática.

Quando fala de função ela afirma (2006) que a importância dela é para o conhecimento da natureza de uma coisa, definida pelos antigos como operação própria da coisa, no sentido do que é e o que a coisa faz melhor do que as outras coisas (Platão), a função é o fim e o ato é a função, o que nos indica que é preciso saber sobre a coisa para depois agir. Ao destacar a importância da função de um profissional se explica por meio das atividades que ele desenvolve o que deve saber.

Assim o que importa não é o que ele sabe, ensina ou delega – o que importa é o que ele faz – o âmbito de sua ação, autonomia, suas prerrogativas quanto ao exercício e a atividade que lhes são características.

Ao ter dúvida sobre o próprio saber ou conhecimento (*sobre IAMIs e amputação*) traz para fora o que está imerso sobre saber, numa natureza singular que é próprio dos enfermeiros que estão na prática, vão fazendo sem se deter ao conhecimento que pensam não ter, mas que foi adquirido e que está guardado na memória e por isso acreditam que sabe – tenho lembranças, acho que sei, penso que sei o que é pressão alta, temperatura, problema de circulação, de alimentação e de cuidado com os pés.

Por isso não é estranho à fundamentação colocada por Carvalho (2006), originada do Seminário promovido pela OMS (Organização Mundial de Saúde), em 1976, sobre as novas dimensões das atribuições dos enfermeiros:

qualquer atribuição do pessoal de saúde é resultante de uma complexa inter-relação entre as recomendações e as expectativas das associações profissionais, dos órgãos empregadores e dos usuários, assim como da imagem e das expectativas da pessoa que desempenha a profissão.

Segue confirmando: *as enfermeiras não necessitam compreender, mas realmente praticar a sua profissão*. Tudo isso nos faz pensar o que nos responderam as enfermeiras, como uma posição do saber que é da memória, que pode estar influenciando na prática, que pode ser consequência de uma formação voltada o fazer sem pensar/compreender. Esses enfermeiros simplesmente aprenderam, leram sobre diabetes e hipertensão arterial, mas nunca trabalharam (como afirmam) com pessoas portadoras destas doenças na ESF. Se o fazem é esporádico, por que suas experiências estão voltadas para a criança e a mulher como justificam o não saber, não lembrar.

Numa experiência de um estudo de recorte vertical no currículo de enfermagem sobre tuberculose (*porque não diabetes e hipertensão*), Carvalho (2006), apresenta algumas conclusões que podem nos apoiar nos resultados desta categoria:

... não há consenso sobre o que é mais importante ensinar...
 ... Quantas horas seriam necessárias para a teoria e prática...
 ... Nota-se uma tendência para concentrar o ensino dos aspectos (dizemos das doenças) relacionados a doença tuberculose nas disciplinas de epidemiologia, microbiologia, enfermagem médico-cirúrgica e de saúde pública, nestas o ensino parece estar concentrado em atividades diretas...
 ... Desvinculação entre conteúdos gerais e o ensino das normas de controle das doenças... (...)... Por outro lado, são ensinadas algumas normas sem fundamento científico relacionadas principalmente a história natural das doenças. as experiências de aprendizado dos estudantes sobre tuberculose. (*dizemos ou outra doença como diabetes ou hipertensão arterial*) se ajustam mais as atividades que geralmente, na maioria das vezes, são executadas nos serviços pelo pessoal auxiliar...

Com isso, não lembrar, não saber, acham que sabem, pode ser consequência de um ensino que não fixa a teoria à prática, que doenças são do mundo Hospitalar e que prevenção não se faz no domicílio quando se trata de uma especialidade que envolve a clínica de Insuficiência Arterial e provável amputação dos MMII. Resposta esta, que nos coloca no centro do sistema Único de Saúde – SUS, quando os enfermeiros atendem na ESF.

Vale destacar que a pessoa hipertensa ou diabética, neste estudo não tem corpo, não tem rosto e apenas pés, como está na linguagem dos enfermeiros, compreensível, mas não aceito nos tempos de hoje, que ainda são marcadas pelo ensino e saber de um corpo fragmentado, de um corpo doença, mesmo quando falam de saúde e como é afirmado por

Figueiredo e Tonini (2007), como uma linguagem que tem lógica, já que estamos pensando na saúde de um povo que é doente, incluindo em todos os sentidos, isto é:

- Doente do saber (sem educação digna e adequada).
- Doente do corpo.
- Doente da alma.
- Doente do espírito,

Assim os enfermeiros falam do impensável, dos ruídos – atender o outro sem saber, e que sinaliza para a enfermagem que é preciso pensar sobre esta condição: as “coisas” que fazem e que não sabem, e que são fundamentais em sua prática.

Como cuidar sem saber ou pensar em riscos? Para nós e para eles?

Como os enfermeiros da ESF saem do lugar seguro que são as UBS para o domicílio sem saber o que vão fazer, encontrar, diagnosticar e decidir?

Não saber é tornar-se nômade, estrangeiro sobre a sua função, sobre o que se deve fazer, a quem se dirigir, principalmente quando não sabem, ou não querem saber, ou acham que o “corpo” é inteiro, emocional, intuitivo, sensível e sensual, pronto a perder um membro se não for cuidado, orientado, supervisionado: corpo como fonte de conhecimento, de cultura, de tradição oral e de práticas, corpo de resistências físicas, emocionais e políticas; corpo do ritual, da dança, da expressão, da arte; corpo que oprime e é oprimido pelas marcas colonizadoras, preso em todos os sentidos quando não lhe ensinamos a ouvir, sentir, olhar, cheirar, tocar, comunicar, corpo do prazer, do desejo e das necessidades; corpo do direito, estético. Parece-nos que é um saber ainda distante dos enfermeiros que pensam no e apenas no pé.

Também nos lembram dos riscos que levam esse pé a ser amputado por IAMI; não conseguem buscar pistas como desvio de saúde em orientação para check-up, exames laboratoriais, radiografias, eletrocardiogramas, aferição da pressão arterial, aferição de glicose no sangue, de colesterol, além de viver, de ser, de se comportar que fazem parte da função de olhar e escutar dos enfermeiros.

Como não saber ou não lembrar nos dias atuais, o que é prevenir riscos num discurso e divulgação permanente sobre as doenças crônicas degenerativas, identificadas como hereditárias: aumento de colesterol, hipertensão e o tabagismo, sedentarismo, obesidade, aumento do ácido úrico, estresse.

Parece-nos que as justificativas responsáveis por este não saber, estão no excesso de trabalho, de famílias a serem cuidadas, na falta de tempo e de oportunidade de qualificação, pós-graduação.

“Coisas” escondidas nos conteúdos das falas dos enfermeiros que desaparecem no não dito, mas feito e no feito, mas não sabido, e que as fazem ter dúvidas, limitando um fazer sem profundidade científica, ou que guardam na memória, e que se apresentam e se misturam como lembranças.

Assim ao tornarmos o conteúdo dos enfermeiros como um texto escrito, podemos entender o que nos diz Foucault (1990), quando tentamos entender suas “falas” escritas como linguagem real: “não é um conjunto de signos independentes, uniforme e liso, aonde as coisas viriam a refletir-se como um espelho, para aí enunciar, uma a uma, sua verdade singular”. Os conteúdos representativos de dúvida ou de lembranças sobre o que sabem, e, apenas sabem “muito pouco” sobre sinais, sintomas e riscos da IAMIs, não é suficiente para dar sentido as suas falas, as palavras, as sílabas ou verbos contidos nos conteúdos de suas entrevistas, seus propósitos incluem simplesmente em responder aquilo que lhes foi perguntado, uma conveniência, um jogo de simpatias se estamos pensando nas palavras e nas coisas.

No entanto Foucault (1990) nos faz pensar quando diz: se a linguagem não mais se assemelha as coisas que ela nomeia, não estão por isso separadas do mundo, continuam sob outra forma, a ser o lugar das revelações, (*revelações para nós investigadoras neste estudo sobre um não saber, uma dúvida, uma lembrança dos enfermeiros sobre o seu saber*), e a fazer parte do espaço onde a verdade, ao mesmo tempo, se manifesta e se anuncia”.

As falas dos enfermeiros nascem de suas experiências na ESF e provavelmente como afirma Foucault (1990), a experiência da linguagem pertence à mesma rede arqueológica a que pertence o conhecimento das coisas da natureza – “coisas semelhantes que as tornam próximas e solidárias umas as outras com “saber sobre” e “fazer o que” que carregam signos de pensar e agir”; então SABER não é uma verdade absoluta destes enfermeiros, ele se mistura com o não saber, como acreditar e ter as esperanças de vir, a saber, através de estudos e nos mostra que o saber, pode ser uma moeda que tem outra face, que se parece com a vida, que se movimenta em sentidos diferentes do conhecer. Não saber para eles não é vazio, ele é e esta ali em seus pensamentos e práticas, cheio de coisas e pensamentos não objetivados.

Se a enfermagem é uma ciência humana, ela precisa dar conta das condições e possibilidades de seus conhecimentos para estes serem científicos.

5.2.2 Segunda categoria – IMPLICAÇÕES e os LIMITES do FAZER: os sinais e sintomas no Pé e as unidades identificadas.

Esta categoria tem muita similaridade com a primeira e mostra o escondido de NÃO SABER no FAZER centrado em suas preocupações com o pé que não pode ser amputado. O pé é o signo de um lado que têm sinais e sintomas, e do outro que tem a amputação como consequência da IAMIs (significado e significantes do “pé doente”).

Ela contém o acervo de informações sobre FAZER CUIDADOS e guarda respostas para 16 perguntas que localizamos em compartimentos dentro da Gaveta 2.

IMAGEM DO CONTEÚDO DA GAVETA 2 – FAZER CUIDADOS.

Enf.	Compartimentos.							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Yellow	Green	Blue	Red	Green	Black	Red	Yellow
2.	Red	Black	Red	Blue	Black	Red	Green	Green
3.	Red	Blue	Red	Green	Black	Yellow	Black	Black
4.	Yellow	Blue	Red	Blue	Black	Red	Green	Black
5.	Yellow	Green	Blue	Blue	Yellow	Yellow	Green	Green
6.	Yellow	Black	Yellow	Green	Black	Green	Black	Black
7.	Blue	Green	Red	Green	Blue	Yellow	Black	Red
8.	Yellow	Blue	Red	Blue	Blue	Yellow	Green	Yellow
9.	Blue	Green	Black	Blue	Red	Green	Red	Green
10.	Yellow	Black	Red	Green	Black	Red	Black	Blue
11.	Yellow	Blue	Green	Blue	Blue	Yellow	Green	Black

Quadro nº33 – Ilustração representativa da fala dos enfermeiros com relação ao FAZER CUIDADOS, compartimentos de 1 a 8.

IMAGEM DO CONTEÚDO DA GAVETA 2 – FAZER CUIDADOS.

Enf.	Compartimentos												
	9	10	11	12	13	14	15	16					
1.	Red	Black	Blue	Red	Green	Blue	Yellow	Blue	Green	Black	Yellow	Green	Black
2.	Red	Green	Blue	Red	Black	Blue	Green	Black	Yellow	Blue	Blue	Red	Green
3.	Blue	Green	Black	Red	Green	Red	Yellow	Green	Blue	Blue	Blue	Yellow	Green
4.	Red	Green	Blue	Red	Green	Blue	Yellow	Black	Blue	Blue	Blue	Yellow	Black
5.	Blue	Green	Blue	Red	Green	Blue	Yellow	Green	Blue	Blue	Black	Yellow	Black
6.	Red	Black	Blue	Red	Green	Red	Yellow	Red	Blue	Green	Blue	Green	Black
7.	Blue	Green	Yellow	Green	Blue	Green	Yellow	Black	Blue	Blue	Blue	Yellow	Black
8.	Yellow	Blue	Green	Yellow	Red	Black	Green	Red	Red	Red	Red	Yellow	Black
9.	Blue	Green	Red	Green	Black	Yellow	Green	Red	Blue	Yellow	Black	Blue	Green
10.	Red	Red	Red	Black	Blue	Green	Black	Red	Blue	Blue	Blue	Yellow	Black
11.	Red	Green	Black	Blue	Green	Red	Black	Red	Blue	Yellow	Black	Blue	Green

Quadro nº34 – Ilustração representativa da fala dos enfermeiros com relação ao FAZER CUIDADOS, compartimentos de 9 a 16.

A fala dos enfermeiros sobre o saber-fazer, quando representadas em imagens, demonstra idas e vindas, onde o fazer a todos os instantes se “esbarra” no não lembro, não faço, não acredito, não posso, impedindo que os enfermeiros da ESF do Município de Itaboraí, criem canais de comunicações entre o SABER e o FAZER. Observa-se um mosaico de cores na tentativa de harmonizar o conteúdo de falas com relação à prevenção da amputação de membros inferiores, através de cuidados prestados aos clientes portadores de DM e HAS com risco de desenvolverem a IA.

Neste passeio pelas vielas construídas por verbos, risos, silêncio e palavras ditas e não ditas, no intuito de justificar o que FAZEM ou que NÃO FAZEM, o que SABEM ou PENSAM SABER, iniciamos a análise de categorização da segunda gaveta IMPLICAÇÕES e os LIMITES do FAZER: os sinais e sintomas no Pé e as unidades identificadas.

CUIDAR é ficar em uma grande encruzilhada ou na areia movediça do discurso de que somos responsáveis pela saúde, e, ao corrermos todos os riscos, podemos nos perder nessa aventura (FIGUEIREDO, TONINI, 2006); A que aventura as autoras se referem? A aventura de ter de dar conta de todos os riscos de adoecer, de manutenção da vida, de

qualidade de vida, de corpos que não são nossos, mas que exigem conhecimento e presteza, que a todo o momento cobra intervenções e espera resultados, que muitas das vezes se depara com sabedorias ineficientes, inconsistentes e desprovidas de fundamentação teórica.

Muitas podem ser as respostas e JUSTIFICATIVAS para esse cuidar na areia movediça: despreparo técnico-científico, ausência da prática no cotidiano, impossibilidade de execução alheia a nossa vontade, e inferências políticas e administrativas, mas sejam quais forem às causas, a responsabilidade do cuidar permanece lá, ainda que sem caminhos retos, cujas barreiras muitas das vezes desestimulam a continuação da caminhada nesta aventura do SABER-FAZER.

Para auxiliar na análise do conhecimento do FAZER CUIDADOS dos enfermeiros, retiramos de suas falas o que estes sabiam sobre o fazer quando cuidam de clientes com DM e HAS com risco de desenvolver a IA; este cuidar pensado e sendo realizado para a prevenção da amputação de membros inferiores, eles assim foram destacados ainda que no registro das falas coubesse apenas a resposta SIM (azul), NÃO (vermelho) ou DESCONHECIMENTO (amarelo) as perguntas sobre existência de algo, acréscimo de pensamentos, existência de apoio Institucional para este fazer.

Na imagem dos conteúdos dos Quadros 33 e 34, visualizamos os compartimentos respondidos em azul, onde obtivemos os seguintes resultados dos 16 compartimentos do FAZER analisados: três enfermeiros quando destacados os conteúdos de suas falas tiveram de 4 a 5 respostas catalogadas em azul, quatro destes de 6 a 7 respostas e os outros quatro de 8 a 9 respostas respondidas em azul de um total de 11 enfermeiros.

O significado destes resultados pode estar na fragilidade do conhecimento sobre a IA que nos é ofertado nas Instituições de Ensino Superior e ainda da experiência vivida por estes enfermeiros na ESF e se são oferecidos ou não treinamento em serviço, como diz Figueiredo e Tonini (2006), *que o saber e o fazer em saúde coletiva dependem da experiência vivida nos grupos que cuidam das coletividades rurais, urbanas e indígenas... Tudo depende do local em que a ação acontece e dos profissionais que a desenvolvem; (...)*.

Esta afirmativa é reforçada por Freire (2001) quando este faz uma analogia sobre o ato de cozinhar que pode facilmente ser incorporado ao conhecimento das práticas de enfermagem pelos enfermeiros:

O ato de cozinhar, por exemplo, supõe alguns saberes concernentes ao uso do fogão, como acendê-lo, como equilibrar para mais, para menos a chama, como lidar com certos riscos, mesmo remotos, de incêndio, como harmonizar os diferentes temperos numa síntese

gostosa e atraente. A prática de cozinhar vai preparando o novato, ratificando alguns daqueles saberes, retificando outros, e vai possibilitando que ele vire cozinheiro.

Esta verdade nos impregna das franjas da simpatia de Foucault (1990), a verdade absoluta de que a prática nos leva à perfeição. Mas como nos aperfeiçoar se encontramos na fala dos enfermeiros autoridades que os encarceram em cuidados de gerência, cuidados com a mulher e a criança e que os impede de estudar mais, fazer mais, ter autonomia; entendemos que a autonomia do fazer só é alcançada quando tomamos posse do SABER. Voltamos para o espaço das conveniências do mesmo autor, uma inicia onde outra acaba, mas são indissolúveis entre si. Estes pensamentos são mais nitidamente observados nas falas dos enfermeiros:

Na verdade eu sei muito pouco sobre a insuficiência arterial relacionada ao diabetes, muito pouco mesmo, porque a gente acaba fazendo um introdutório e estudando um pouquinho do programa de diabetes do Ministério da saúde, assim... A gente não consegue nem dar continuidade a nossa consulta de enfermagem, aí a gente acaba se envolvendo com tantas outras coisas e pré-natal e puericultura, que é o que eu mais tenho de demanda, assim eu pouco faço e pouco estudo (sobre a IAMIs). Fala do enfermeiro 2, sobre o compartimento 1 da Gaveta 2. Cuidados prestados ao cliente com risco de desenvolver a IAMIs.

Acredito que sim, mas eu acredito que para isso a gente tivesse que estudar, se capacitar mais, de um treinamento, que a gente conseguisse mudar a lógica... Fala do enfermeiro 2, sobre o compartimento 3 da Gaveta 2. Eficácia dos cuidados de enfermagem para a prevenção da AMIs.

... (...)... Se agente buscar o nosso diferencial, acho que a gente pode até melhorar no nosso cuidado, no nosso planejamento, na nossa consulta de enfermagem, né, é... Mas o que acontece, é claro que uma coisa, não compensa a outra, ou melhor uma coisa não justifica a outra, o dia-dia massacrante, a rotina te suga tanto, te consome tanto que as vezes você deixa isso escapar, não que você não queira ou que você não saiba, ou que você não quer fazer, mas a própria rotina do trabalho te absorve tanto que você sem querer acaba

deixando isso escapar... Fala do enfermeiro 3, sobre o compartimento 3 da Gaveta 2. Eficácia dos cuidados de enfermagem para a prevenção da AMIs.

...acho assim que as nossas orientações realmente são muito importantes, mas muita coisa influencia, o nosso conhecimento, eu, por exemplo, não tenho um conhecimento mais aprofundado sobre isso, o processo de trabalho daqui é louco, a gente tem de dar conta de 500 mil programas, gerenciar o posto e fazer mil coisas, isso também dificulta. Fala do enfermeiro 2, sobre o compartimento 4 da Gaveta 2. Atendimento do usuário e a explicação sobre prevenção e tratamento.

O FAZER encontra-se submerso nas falas dos enfermeiros, afogado, buscando folego, e esta consciência os pegou quase que nadando contra a corrente do SABER; pela falta do fazer sobre a prevenção da AMIs, os enfermeiros acabam por não saber sobre a IA e neste ciclo, surgindo à similitude de Foucault (1990). Conseguimos esta explicação nas palavras de Freire (2001): ... Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.

O fazer busca indagações do conhecimento, inexistindo com a ausência deste, o escuro só existe porque existe a luz, ainda que o escuro possa ser aplacado com uma vela, lâmpada, lamparina, não importa, ele continuará existindo, mas se mantivermos nossos olhos fechados para o conhecimento e optarmos por não enxergar a luz, como tomar posse do FAZER?

Muito nos preocupa o FAZER sem o conhecimento, o enfermeiro inserido na ESF, como já dissemos, entra em territórios abertos e que não o cerca de proteção como o encontrado nos muros hospitalares, e o cliente neste momento se coloca em suas mãos para um cuidar em enfermagem que percebemos carecer de fundamentação e nos parece que o saber e cuidado de enfermagem destes enfermeiros sobre a prevenção de AMIs é uma curiosidade ingênua que, “desarmada”, esta associada ao senso comum... (...)... Como diz Freire (2001).

Ao analisar as palavras ditas pelos enfermeiros mergulhando nas IMPLICAÇÕES e nos LIMITES do FAZER, percebemos enfermeiros despreparados, que tomam das lembranças as suas respostas e que com isso dizem não saber cuidar dos clientes com risco de desenvolvimento da IA, conseqüentemente impossibilitados de impedir de forma profilática a amputação dos membros inferiores desses clientes.

Na visualização do mosaico formado pelos ditos dos enfermeiros na área do FAZER temos um complexo NÃO SABER, misturado ao poderia saber mais. O enfermeiro 1 diz saber sobre a IA e conhecer os seus fatores de risco, porém em ambos os casos relata menos de quatro sinais e sintomas da IA; quando perguntado sobre os cuidados para clientes em risco de desenvolvimento de IA não os discorre com precisão, ainda que se diga preocupado com a possibilidade de amputação dos membros inferiores do cliente portador de diabetes melitus e HAS, não crê que os cuidados de enfermagem possam prevenir a AMIs e não explica ao cliente como deveria ser o seu tratamento e a prevenção da amputação, não verifica os pulsos dos membros inferiores e não possui roteiro de consulta de enfermagem, e assim continua num Não sei e Não faço, que culmina em acreditar que o enfermeiro com seus cuidados e intervenções pode impedir a amputação de membros inferiores, mas ele não demonstra ser capaz de ser o cuidador e orientador deste cliente.

O enfermeiro 3 não sabe sobre os cuidados de enfermagem aos clientes em risco de desenvolver a IA, mas diz que ao atender o cliente com DM e HAS ele está preocupado com a possibilidade deste vir a amputar os membros inferiores, mas não acredita que os cuidados de enfermagem possam vir a evitá-la, refere explicar ao cliente sobre o seu tratamento, mas não verifica os pulsos dos membros inferiores, em outro momento diz que as intervenções de enfermagem podem impedir a amputação dos MMIIIs, desfazendo o dito anterior.

As falas foram aos poucos se tornando incoerentes na medida em que o enfermeiro teve a noção do NÃO SABER FAZER, onde as justificativas se tornaram o alicerce de suas respostas.

Cada compartimento teve o seu senão, onde a Instituição e até mesmo o cliente tornaram-se culpados pelo não fazer do enfermeiro.

A gente na verdade não pode encaminhar, a gente encaminha para o médico da unidade... (...)... Mas aqui enfermeiro não pode encaminhar, é claro quando é uma coisa gritante, a gente encaminha e pede para ele (médico) assinar, mas é uma via informal, a central de regulação só aceita carimbo médico. Fala do Enfermeiro 2, compartimento 9 da Gaveta 2 – Sobre encaminhamento ao especialista.

Isso é o que me deixa triste,..., eu até faço a consulta, faço o encaminhamento, o que acontece, eu graças a Deus eu tenho uma boa relação com a minha médica, isso não deve ser feito, mas o que acontece, o Município de Itaboraí

não tem protocolos que nos respaldem pra dar toda liberdade a consulta de enfermagem, como eu não tenho dificuldade com a médica... infelizmente a gente precisa que seja desse jeito, mas quem sabe daqui alguns anos, agente não precise mais trabalhar assim. Fala do Enfermeiro 3, compartimento 9 da Gaveta 2 – Sobre encaminhamento ao especialista.

Passeando pelos compartimentos observa-se que 9 enfermeiros dizem SABER da existência do mecanismo de referência e contra referência; com relação à participação da família no tratamento, apenas 1 enfermeiro observou a participação destes de forma integral; na construção dos grupos de apoio para o cliente portador de DM e HAS, observamos que apenas 3 o FAZEM; 10 enfermeiros ACREDITAM que suas orientações podem auxiliar ao cliente com IA para que o mesmo não perca os MMIs, ainda que ao responder o compartimento 1, responsável por validar o SABER-FAZER dos enfermeiros, os mesmos não formularam 4 cuidados de enfermagem para o tratamento da referida patologia; 10 enfermeiros ACREDITAM que com suas intervenções possam impedir a AMIs.

Três enfermeiros dizem que a amputação de membros inferiores é evitável, inicialmente esta era a pergunta para este compartimento, mas percebemos que ao responder os enfermeiros se confundiam ou não respondiam com coerência, ao que nós pretendíamos SABER, então alteramos a pergunta, vinculando o acreditar a 3 casos de clientes atendidos na ESF, onde o primeiro encontrava-se em fase inicial da patologia (recém-descoberta), o segundo possuía todos os fatores de risco para o desenvolvimento da IA e o terceiro possuía os sinais e sintomas da IA instalada, destes casos solicitei que respondessem se nas 3 situações nos era possível com o nosso cuidado de enfermagem impedir a amputação e assim como resposta das falas apenas 3 enfermeiros ACREDITAM que em qualquer estágio da patologia a amputação é evitável.

É possível supor que a prática de cuidado tem duplo sentido, um no campo da ação do pensamento, reflexão, e outro no campo da aplicação do espírito, materializando-se em atitudes para com o outro, nessa reflexão, nesse pensamento, lemos as falas dos enfermeiros quando estes NÃO LEMBRAM na totalidade o que PENSAM SABER; o que Figueiredo e Tonini (2006) nos revelam que muitos conhecimentos são equivocados e incompletos, o que na maioria das vezes, cria dificuldades, impedindo que cada um cuide adequadamente de sua saúde (...).

As respostas dadas pelos enfermeiros quando estas não se apresentam em sua totalidade, ou seja, nas respostas que possuem menos de quatro afirmativas do SABER-

FAZER e o enfermeiro NÃO consegue LEMBRAR ou confundem as suas respostas, foram destacadas em amarelo. Dos 16 compartimentos analisados sobre o FAZER que acabaram por ser relacionados nesta cor, 7 quase souberam em sua totalidade sobre os cuidados com clientes com risco de desenvolver a IA, 1 enfermeiro apesar de acreditar que pode evitar a amputação com cuidados de enfermagem coloca um SE antes da resposta, desta forma o senão foi incluído nesta tabela, os compartimentos 6, 14 e 16 foram os que mais colocaram a prova o conhecimento e o fazer dos enfermeiros; o primeiro diz respeito ao exame físico propriamente dito, onde há a necessidade de verificação de perímetro abdominal, condições de unhas, pés, e presença de temperatura alterada, calosidades e rachadura nestes, onde foi detectado diante das falas dos entrevistados que pouco se faz para o rastreamento de agravos da DM e HAS.

Ainda que justificado de diversas formas pelos enfermeiros, o quase saber denota um quase pensar certo, mas não dignifica estes enfermeiros que na tentativa do acerto se dispõe a pensar e a falar de seus quase conhecimentos, se é que assim podemos dizer, pois como diz Freire (2001).

... - o pensar certo – é tomado em si mesmo e dele se fala ou uma prática que puramente se descreve, mas algo que se faz e que se vive enquanto dele se fala com a força do testemunho... (...)... Não há por isso mesmo pensar sem entendimento, e o entendimento, do ponto de vista do pensar certo, não é transferido, mas coparticipado.

A fala do autor nos remete aos conteúdos dos enfermeiros que justificam o não fazer a todo o momento por culpa dos clientes que não comparecem ao atendimento do mesmo na USF quando dizem:

O outro enfermeiro estava fazendo aqui no Hiperdia, tem o dia do Hiperdia, os meus da minha área ficaram muito preguiçosos, eu marquei e eles não vieram, mas também analisa... O homem trabalha; as mulheres agora estão trabalhando como vão vir para o Hiperdia? Fala do enfermeiro 10, sobre o compartimento 6 da Gaveta 2 – Fazer como roteiro para aferir: perímetro abdominal, condições das unhas dos pés, temperatura, calosidades e rachaduras.

Realizávamos, só que ninguém comparecia. Fala do enfermeiro 3, sobre o compartimento 12 da Gaveta 2 – Existência de grupo de apoio ao cliente portador de DM e HAS.

Devido a todos os fatores culturais, sociais, econômicos e educacionais, ou seja, se não tiver uma mesinha com café da manhã ou um lanchinho eles não vem, eles acham que já sabem tudo então... Fala do enfermeiro 3, sobre o compartimento 12 da Gaveta 2 – Existência de grupo de apoio ao cliente portador de DM e HAS.

Fazemos, mas agora deu uma paradinha porque a gente tá sem fita, né, e eles só vem se tiver fita (fita de haemogluco-test), por enquanto a gente suspendeu por causa da fita, como é que eu vou fazer a palestra se eles não querem ficar se não tiver a fita? Fala do enfermeiro 4, sobre o compartimento 12 da Gaveta 2 – Existência de grupo de apoio ao cliente portador de DM e HAS.

Mesmo a eficácia do tratamento, ainda que deva partir do enfermeiro, é toda e completamente responsabilidade do cliente, ele na condição de “vítima” dessa patologia crônica degenerativa, na fala dos enfermeiros torna-se seu próprio algoz, talvez numa tentativa de diminuir a sua culpa, quando se descobriu com conhecimentos diminutos sobre os cuidados de enfermagem para a prevenção da AMIs. Em suas falas o cliente é quem não percebe e não sabe sobre a doença, e em seus discursos não se colocam como detentor do conhecimento que deveriam transferir para o cliente, utilizando a terceira pessoa para se explicar como a seguir.

Acho que ele (enfermeiro) consegue. Fala do enfermeiro 5, sobre o compartimento 15 da Gaveta 2 – Intervenções (cuidados) de enfermagem impedem a amputação de membros inferiores.

Se ele (cliente) seguir a risca pode ser que sim, porque muitas coisas são evitáveis, porque o paciente muitas das vezes ele não tem informação nenhuma sobre essas coisas, ele não tem informação sobre a doença. Fala do enfermeiro 6, sobre o compartimento 3 da Gaveta 2 – Eficácia dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente portador de DM e HAS.

Pudemos comprovar que os enfermeiros no Município de Itaboraí não podem solicitar exames complementares por ocasião da consulta de enfermagem, ainda que esta seja uma de suas atribuições conforme os cadernos de atenção básica, os que o fazem, fazem devido a um bom relacionamento com o médico da unidade, que lhe “permite” solicitar o exame e carimba os pedidos para que o enfermeiro complete o seu atendimento, pensamos que esta prática acaba por alienar o enfermeiro, que não solicita porque não lhe é permitido, mas faz e não é reconhecido, a falta de rotinas e protocolos do cuidar em enfermagem nas Instituições Municipais, acaba por fragilizar ainda mais a autonomia dos enfermeiros, que necessita de um “bom relacionamento”, tudo em prol do cliente como comprovado em suas falas.

Eu faço, o médico assina e carimba, mas para não perder o tempo do paciente eu faço, ele já deixa até assinado para mim, eu tenho uma equipe que me dá respaldo, e me ensina muito. Fala do enfermeiro 4, sobre o compartimento 7 da Gaveta 2 – Solicitação de exames.

Não tem protocolo para o enfermeiro vê isso, em algumas situações, por exemplo: fui ver um acamado, ou um atendimento na sexta feira e a médica não está aqui, aí eu faço o pedido, o laboratório até colhe, mas eu tenho que enviar o pedido do médico, como eu tenho uma boa relação com a médica eu não tenho dificuldade, mas é um procedimento médico. Fala do enfermeiro 7, sobre o compartimento 7 da Gaveta 2 – Solicitação de exames.

O Município de Itaboraí não tem protocolos que nos respaldem pra dar toda liberdade à consulta de enfermagem, como eu não tenho dificuldade com a médica... infelizmente a gente precisa que seja desse jeito, mas quem sabe daqui alguns anos, agente não precise mais trabalhar assim. Fala do enfermeiro 3, sobre o compartimento 10 da Gaveta 2 – Sobre mecanismos de referência e contra referência.

O nosso encaminhamento não serve, a médica que trabalha comigo, ela é muito legal,..., e quando eu preciso encaminhar ela fala (XXX) encaminha que a gente assina em baixo, eu nunca tive este tipo de problema. Fala do enfermeiro 3, sobre o compartimento 10 da Gaveta 2 – Sobre mecanismos de referência e contra referência.

A participação da família no tratamento do cliente com DM e HAS também foi apontado como dificuldade para os enfermeiros entrevistados, mas na verdade, a problemática apontada pela não participação não foi pensada estrategicamente pelo enfermeiro, Figueiredo e Tonini (2007), trás a luz deste problema ao discorrer sobre as famílias onde,

Considera-se como uma família saudável aquela que se constitui a partir de laços afetivos, expressos por gestos de carinho e amor... (...)... A assistência à família como unidade de cuidado à saúde implica conhecer como cada uma cuida e identifica suas forças, suas dificuldades e seus esforços para partilhar responsabilidades.

O enfermeiro da ESF deve estar apto a desenvolver ações para motivar e incentivar as famílias a se relacionarem em prol da promoção a saúde, mas na fala destes percebe-se que não há o envolvimento da equipe para fazê-los se interagirem, visto as falas a seguir.

Em geral não, aqui as famílias tem uma tendência a não se comprometer. Fala do enfermeiro 2, sobre o compartimento 11 da Gaveta 2 – Participação da família no tratamento.

Eu percebo que na sua maioria existe pouca ou nenhuma participação da família, tá... É muito raro, poucas famílias participam do tratamento, mesmo porque isso vem de uma historia familiar. Fala do enfermeiro 3, sobre o compartimento 11 da Gaveta 2 – Participação da família no tratamento.

Depende da família, algumas sim e outras não, depende do que aquela pessoa representa para a família. Se for um pai bom e que foi um marido bom à esposa vai acompanhar com o filho. Fala do enfermeiro 8, sobre o compartimento 11 da Gaveta 2 – Participação da família no tratamento.

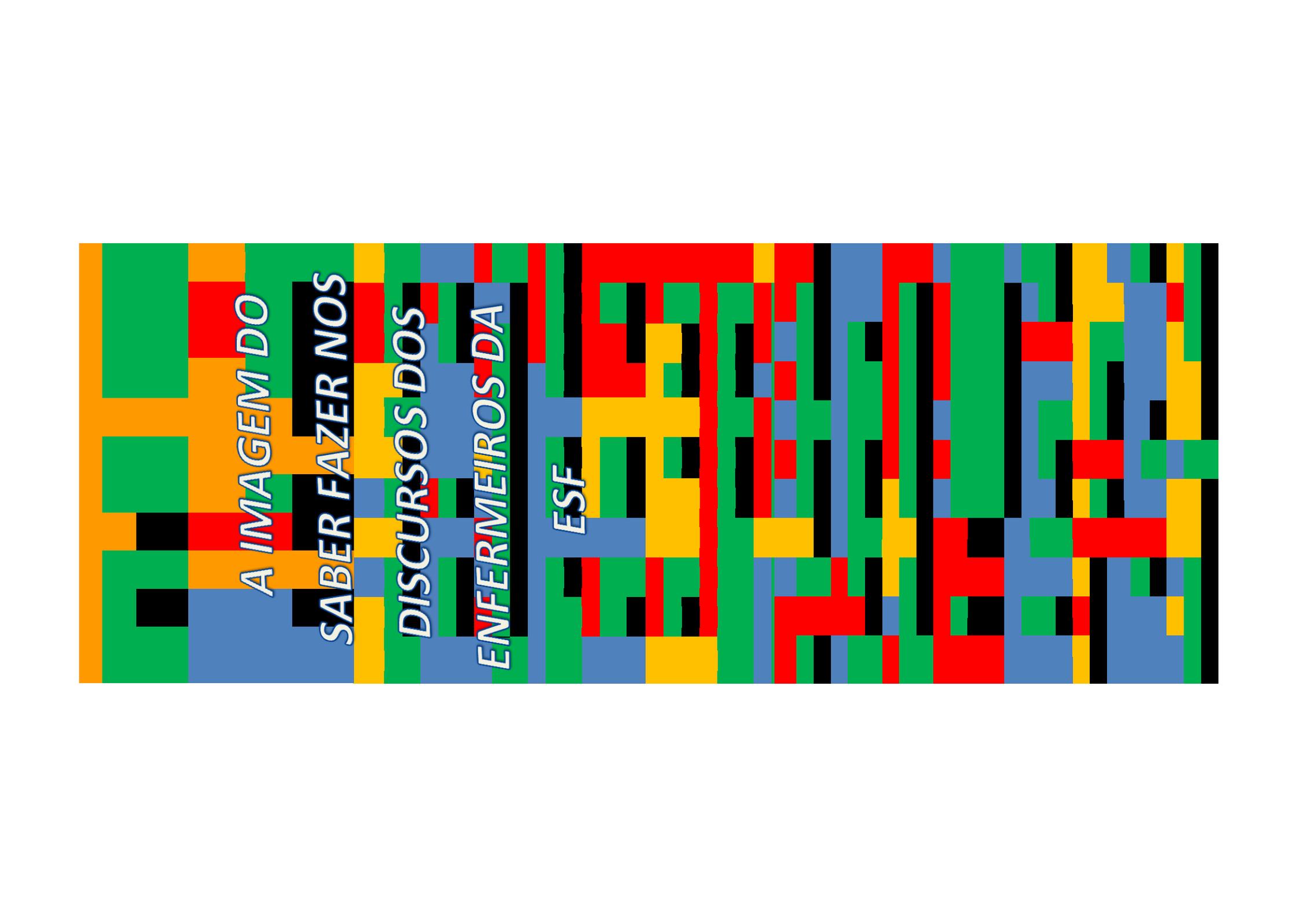
Nos Quadros 33 e 34 vemos claramente que o SABER-FAZER destes enfermeiros não consegue transpor as barreiras que os impede de saber mais, estudar mais, fazer mais, num eixo desordenado de justificativas e de falas que transcendem o perguntado, vão formando o que eles pensam saber-fazer, perdidos em respostas e comentários do seu dia-dia, talvez tentando não pensar no que não sabem naquele momento. Freire (2001) em suas reflexões

aponta que a prática se torna uma exigência da relação Teoria/Prática sem o qual a teoria pode ir virando blá, blá, blá e a prática, ativismo.

Presos no blá, blá, blá de suas falas os enfermeiros vão se dando conta, de que pouco sabe para a construção de cuidados de enfermagem para clientes com possibilidade de desenvolver a IA, e que as ações que fazem se tornam orientações, orientações e orientações, sem o fazer efetivo, necessário para se tornarem capazes de impedir a amputação dos membros inferiores.

Deve ser bem precoce, com o paciente entendendo sobre a doença, participando, ai eu acho que a gente consegue evitar a amputação. Fala do enfermeiro 1, sobre o compartimento 16 da Gaveta 2 – As possibilidades de se evitar a amputação de MMII.

Elevar o membro, sempre falo para eles elevarem os membros para ajudar no retorno venoso, não ficar muito tempo em pé... (...)... Pergunto se ele é tabagista, tento encaminhar o mais rápido... Agendo VD do médico... Eu não sei se esta certo não, eu deduzi, é tentaria fazer, é... Massagem para melhorar a circulação, realizar em movimentos circulares, manter elevado, observar o calor... Acho que só isso... Fala do enfermeiro 4, sobre o compartimento 14 da Gaveta 2 – Cuidados feitos para o cliente com IAMIs.

The background of the slide is a complex, abstract pattern of overlapping, semi-transparent geometric shapes in various colors including green, orange, red, blue, yellow, and black. The shapes are arranged in a way that creates a sense of depth and movement, with some shapes appearing to be layered on top of others. The overall effect is a vibrant, multi-colored mosaic.

A IMAGEM DO

SABER FAZER NOS

DISCURSOS DOS

ENFERMEIROS DA

ESF

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As montanhas, as árvores e os rios modificam sua aparência com as vicissitudes dos tempos e das estações, e o homem, por sua vez, se transforma conforme suas vivências e emoções.

Kahlil Gibran.

Ao realizar a pesquisa para confecção deste estudo por muitas vezes me deparei como os enfermeiros participantes das entrevistas, me vi desprovida de conhecimentos, pega de surpresa pelo conhecimento que aos poucos eram revelados, véu a véu, caindo por terra tudo aquilo que eu pensava saber, acredito eu que haverá enfermeiro que ao ler este trabalho tenha a mesma sensação, estamos tão emprenhados do modelo assistencial hospitalocêntrico que quando paramos para falar da prevenção precisamos pensar; mas que não se entenda este pensar como falta de conhecimento, mas sim de um conhecimento que requer lembranças, fato é que conhecimento sem a prática pode por vezes nocautear até mesmo o raciocínio daquele aluno nota 10 na teoria.

Acredito que a Insuficiência Arterial não seja agradável aos estudiosos, uma vez que a sua ocorrência quando não tratada pode levar o cliente a amputação, situação que mexe com o corpo, corpo que de completo se vê incompleto, e a imagem deste corpo vislumbrada como espelho onde quem cuida pode vir a ser cuidado.

Mas não estamos aqui pretendendo encobrir que a falta do saber permeou todo o trabalho, apenas pensamos que muitos sinais, sintomas, fatores de risco e práticas do cuidar emergiram de conhecimentos prévios dos enfermeiros. Muitos são os fatores apontados por eles para esta falta de SABER-FAZER, inicialmente a falta da prática, na qual o cliente torna-se o vilão quando não valoriza a consulta de enfermagem, procura a unidade apenas para a troca de receita e apenas participa das reuniões de grupo se houver lanche ou fita para teste da glicemia capilar, numa barganha entre cuidador e o ser que necessita de cuidados; esse cliente portador de diabetes mellitus e hipertensão arterial, não vê nos enfermeiros a ancora na qual

ele necessita para enfrentar este mar bravio que é a possibilidade de amputação, na verdade talvez ele nem saiba que nessa calmaria da doença silenciosa se esconda um grande iceberg pronto para pega-lo desprevenido.

Contudo compreendemos este cliente em todos os aspectos, pois quem tem o “conhecimento” para cuidar não lhe transmite a segurança e confiança na prática que executa, demonstram um saber sobre o pé que é a sua maior preocupação, mas não tem um olhar para a perna, como se esta não fizesse parte do corpo, que pode ter tantos significados que necessitaríamos de tempo na qual não dispomos para esgota-los agora.

O pé base de sustentação do corpo, que me leva e que me trás, porém para chegarmos nele temos um caminho a percorrer – a perna – que tem a mesma dificuldade de ser vista como o SABER dos enfermeiros para alcançar o FAZER, em imagens coloridas onde os caminhos se cruzam e se completam, mas não se falam, porque não encontrou no discurso dos enfermeiros a voz que necessitaria.

A IA com tantos fatores de risco, sinais e sintomas, passa despercebido quando atendem o cliente portador de diabetes mellitus e hipertensão arterial e o que para nós enfermeiros isso significa?

Significa que necessitamos investir mais no currículo desses enfermeiros em disciplinas como cuidados e semiologia, enfatizando a necessidade deste olhar para as pernas e não somente para os pés, tocar a flauta doce da prevenção para estes alunos que amanhã irão reger uma orquestra nas casas, nos hospitais, nas unidades de saúde, numa prática que exige que sejamos generalistas, o cuidar na ESF clama por especializações, que contemplem o indivíduo como um todo, dotado de cabeça, tronco e membros, ainda que sujeitos a imperfeição, pelo fazer não pensado, não estudado e não cobrado.

Não cobrado pelas Instituições que os emprega, Instituições estas que não valorizam o treinamento em serviço, não investem em educação permanente, e solta aos leões o enfermeiro muitas vezes recém-formado, sem a vivência das emoções do fazer.

Este tema esta longe de ser esgotado, mas carece de mais tempo, mais aprofundamento, mais discussão, conclamo aos senhores do saber a unirmos forças e pensarmos em especializações voltadas para a cirurgia vascular, clínica que guardam dores, no silêncio da claudicação que ainda não surgiu, nas artérias endurecidas sem luz, à luz que faz o sangue fluir e alcançar os pés.

Propostas de cuidados não nos falta, mas necessita de testes, de confirmações porque não nos deixam mexer, numa cultura arcaica de detenção de poder onde o médico, com suas mãos que lhes parecem “divinais”, não permite ao enfermeiro testar o seu conhecimento, e

assim neste rodopio de sei, não sei, autoridades conflitantes, e uma nuvem de desafios fica a enfermagem profissão, borbulhando de desejos e solicitando ajuda, pois esta também, talvez precise de cuidados para não ser amputada.

Mas a autonomia da profissão e o seu reconhecimento como ciência, só será possível quando os enfermeiros entenderem que não nos cabe mais fazer cuidados centrados no EU ACHO, ACREDITO, LEMBRO, ainda que justificado; infere no cuidado relegando-nos a mera repetição de ações, não nos é mais possível centrar os cuidados apenas no empirismo, ainda que este seja importante para testar as suposições.

Cuidemos da enfermagem para que possamos continuar a cuidar do outro, deste sujeito chamado cliente, que o mínimo que espera dos profissionais da saúde é respeito e dignidade.

Poderíamos terceirizar a culpa e assim terminarmos essa investigação, mas temos a responsabilidade enquanto investigadores de apontar aos enfermeiros de que necessitamos de melhorar o nosso conhecimento, e responsabilidade ética com o cliente que precisa de segurança durante o seu atendimento, pois muito nos preocupa um cuidar em que as lembranças do cuidador são responsáveis pelos fundamentos da consulta de enfermagem.

Buscamos neste trabalho identificar o conhecimento dos enfermeiros da ESF, através do conteúdo de seus discursos, sobre o cuidado de enfermagem para os clientes portadores de DM e HAS, atendidos na Unidade de Saúde da Família (USF), para a prevenção da AMIs (Amputação de Membros Inferiores), decorrentes do desenvolvimento da IA e percebemos que estes necessitam de treinamento em serviço para suprir a falta de conhecimento, pois estes não estão capacitados para atuar junto ao cliente e assim impedir a amputação dos membros inferiores. Não identificam e não reconhece a insuficiência arterial, tornando um risco o cuidado por ele realizado.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Melito. *Manual de Hipertensão arterial e Diabetes Melito*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. *Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa*. Serie CNS – Cadernos Técnicos, Serie A, Normas e Manuais Técnicos, n.133. Brasília; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Caderno da Atenção Básica – nº16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão Arterial*. Caderno da Atenção Básica – nº 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Constituição Federal*. 5 ed. Atual. SP: Manole, 2008.

_____. *Lei 8080/90*. SP: Manole, 2008.

_____. *Lei 8142/90*. SP: Manole, 2008.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências*. [citado em 20 abr. 2012]. Disponível em: [URL:http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucao189.htm](http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucao189.htm)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de informação e informática do SUS. HIPERDIA. Brasília, DF, 2006 c. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>> Acesso em: 13 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde . Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011.

BREVIDELLI, Maria Meimei. DOMENICO, Edvane Birelo Lopes de. *Trabalho de Conclusão de Curso: Guia Prático para Docentes e Alunos da Área da Saúde*. São Paulo: Iátria, 2006.

BRUNNER & SUDDART. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Unidade 3, 4 e 6.

CAROMANO, Fátima Aparecida. Et al. Incidência de amputações de membro inferior unilateral: análise de prontuários. *Revista Terapia Ocupacional, USP*, 1992; 3 (1/2): 44-53.

CARVALHO, Francieli Silva; KUNZ, Vandeni Clarice; DEPIERI, Tatiane Zafanelli; CERVELINI, Renato. *Prevalência de amputação em membros inferiores de causa vascular: análise de prontuários*. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar; Umuarama*, 9(1), jan./abr. p.23-30, 2005.

CARVALHO, Vilma de. *Sobre a Enfermagem: ensino e perfil profissional*. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

CHIZZOTTI, Antônio. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.

CHRIZOSTIMO, Miriam Marinho; ROSAS, Ann Mary Machado Tinoco Feitosa; ALVES, Luizélia; BARTOLY, Miriam Gentil; SILVA, Carlos Magno Carvalho da; ALVES, Enilda Moreira Carvalho. *O Significado da Assistência de Enfermagem Segundo Abordagem de Alfred Schütz*. *Ciência y Enfermería XV (3)*: 21-28, 2009.

DANIEL, Liliana Felcher. *A Enfermagem Planejada*. 3 ed.rev. e ampl. São Paulo: EPU, 1981.

DOCHTERMAN, Joanne McCloskey; BULECHEK, Gloria M. *Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC)*. 4 ed., Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUARTE, Rosália. *Entrevistas em pesquisas qualitativas*. Curitiba: Ed. UFPR, 2004

DUBOIS, Jean. *Dicionário de linguística*. São Paulo: Ed. Cultrix, 1978.

FAGUNDES, Norma Carapiá; BURNHAM, Teresinha Fróes. *Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde*. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2009. doi: 10.1590/S1414-32832005000100009.

FIGUEIREDO Nélia Maria de Almeida; CARVALHO Vilma de; QUELUCI, Gisella de Carvalho; SILVA, Rafaela de Oliveira Lopes da. *Do ato médico para o ato de enfermagem: princípios para uma prática autônoma de enfermagem*. In: *Semana da Enfermagem*; 2004; Rio de Janeiro: ABEN-Seção RJ/EEAN/ UFRJ; 2004.

FIGUEIREDO, Nélia Maria de Almeida. MACHADO, Wiliam César Alves (coord). *Corpo & Saúde: Conduas Clínicas de Cuidar*. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida (org). *Ensinando a cuidar em saúde pública*. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2005.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. TONINI, Teresa (org). *SUS e PSF para a Enfermagem: Práticas para o cuidado em Saúde Coletiva*. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

FOUCAULT, Michel. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*, tradução de Salma Lannus Muchail. 5ªed. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GARCIA, Telma Ribeiro. CABRAL, Ivone Evangelista. *Notas sobre Enfermagem- um guia para cuidadores na atualidade*. São Paulo: Elsevier, 2010.

GIL, Antônio Carlos. *Como elabora pesquisa*. 4^oed. Rio de Janeiro: Atlas, 2002.

GUIMARÃES, Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos; BARROS, Alba Lúcia Botura Leite de. *Classificação das intervenções de Enfermagem*. Rev. Esc. Enf: USP. São Paulo, v 35, n 2, p. 130-4, jun., 2001. Acesso em 13/03/2011, disponível via Google, www.scielo.br/pdf/reesp/v35n2/v35n2a05.pdf

HORTA, Wanda de Aguiar. *Processo de Enfermagem*. São Paulo, EPU, 1979.

IZZO JR., Joseph. *Hypertension Primer: The Essentials of High Blood Pressure* (em inglês). 4^a ed. Philadelphia, PA, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. Capítulo: 166 - Management of Drug-Induced and Iatrogenic Hypertension, ISBN 978-0-7817-8205-0

KLETEMBERG, Denise Faucz.; SIQUEIRA, Márcia T. A. Dalledone. *A criação do ensino de enfermagem no Brasil*. Curitiba: . Universidade Federal do Paraná, 2003.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria: Palloti. 2001.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização*. 4^oed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MAFFEI, Francisco Humberto de Abreu. [et al.]. *Doenças vasculares e periféricas*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. (vol. 1 e 2).

MATHEUS Maria Clara Cassuli, PINHO, Fátima Soares. Buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor ou da amputação. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 19, n. 1, mar. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 jul. 2011. doi: 10.1590/S0103-21002006000100008.

MONTENEGRO, Maria Thereza T. *A educação moral como parte da formação para o cuidado na educação infantil*. São Paulo, 2001. 177 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

NETTINA, Sandra M. *Prática de Enfermagem*. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap 14.

PICCINATO, Carlos Eli; CHERRI, Jesualdo; MORIYA, Takachi. Hipertensão e doença arterial periférica. *Rev. Bras. Hipertens.*, v.8, n.3, p.306-315, 2001.

PINSKY, Jayme; PINSKY, Carla Bassanezi. *História da Cidadania*. São Paulo, Contexto, 2003.

POTTER, Patrícia Ann. PERRY, Anne Griffin. *Fundamentos de Enfermagem*. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004. Cap. I.

POPE, Catherine. MAYS, Nicholas. *Pesquisa qualitativa na atenção a saúde*. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ITABORAÍ. Prefeitura Municipal de Itaboraí. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Básica. Coordenação de PSF. *Consolidado SIAB*. 2012.

_____. Subsecretaria de Atenção Básica. Serviço de geoprocessamento. 2012.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Epidemiologia & Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

RUTHERFORD et al. in: HARKER, A.H. MOORE, E.E. *Segredos em Cirurgia Vasculare de Abernathy*: Respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. p307 – 314.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). *Atualização Brasileira sobre diabetes*. Extraído de [<http://www.diabetes.org.br/politicas/abdonline.php>], acesso em [3 de março de 2011].

SILVA, Edna Lucia da. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SOUZA, Soraia Rivas Goudinho de; FIGUEIREDO, Antonio Macena. *Como elaborar Projetos, monografias, dissertações e teses – da redação científica a apresentação*. 4 ed, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

SPICHLER, Ethel Rejane. et al. *Estudo Brasileiro de Monitorização Global de Amputações de Membros Inferiores (MAMI)*. Paraná: Universidade Federal do Paraná, 2004b. Disponível em: <<http://ladufpr.tripod.com/mami.htm>> acesso em 20/01/2011.

_____. *Amputações maiores de membros inferiores por doença arterial periférica e diabetes melito no município do Rio de Janeiro*. *J Vasc Br* 2004; 3(2): 111-22.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Pesquisadores buscam a reabilitação humana com equipamentos adaptados à realidade Brasileira. *Jornal da UNICAMP*, ed 317 – 27/03 a 02/04/06. Disponível pelo endereço eletrônico www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/marco2006/jul317pag9.html acessado dia 01/06/2011.

VIEIRA DE MELLO, Antonio. [et al]. Revascularização distal dos membros inferiores: experiência de 13 anos. *J Vasc Br* 2002; 1(3):181-92. Acesso dia 13/03/2011, disponível via Google, <http://www.jvascbr.com.br/02-01-03/02-01-03-181/02-01-03-181.pdf>

APENDICES

1. CRONOGRAMA

Atividades	2012		
	Jun.	Jul.	Agosto
Aprovação do projeto / autorização para realização do estudo	X	X	
Levantamento de dados		X	X
Análise de dados		X	X
Interpretação dos resultados		X	X
Considerações finais			X
Ajustes			X
Elaboração final da dissertação			X
Defesa da dissertação.			X

2 ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIROS

I – CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS										
1.	Sexo:	<input type="checkbox"/>	Feminino	<input type="checkbox"/>	Masculino					
2.	Idade:	_____ Anos.								
3.	Raça:	<input type="checkbox"/>	Branco	<input type="checkbox"/>	Negro	<input type="checkbox"/>	Índio	<input type="checkbox"/>	Outros: _____	
4.	Escolaridade	<input type="checkbox"/>	Residência	<input type="checkbox"/>	Especialização	<input type="checkbox"/>				Mestrado
		<input type="checkbox"/>	Doutorado	<input type="checkbox"/>	Pós-doutorado					
5.	Ano de formação:	_____.								
6.	Estado civil:	<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>	Solteiro	<input type="checkbox"/>	Separado	<input type="checkbox"/>	Divorciado	
		<input type="checkbox"/>	Viúvo							
7.	Forma de inserção no serviço público?	<input type="checkbox"/>	Contrato CLT	<input type="checkbox"/>	Concurso efetivo	<input type="checkbox"/>	Contrato bolsista			
		<input type="checkbox"/>	Cargo comissionado							
8.	Tempo de serviço público.	_____.								
9.	Trabalha na rede particular?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não.					
10.	Em caso afirmativo. Em que área?	_____.								
II – ATOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.										
Conhecimento sobre riscos para a prevenção de amputações de membros inferiores										
11.	Você sabe quais são os sinais e sintomas da insuficiência arterial de membros inferiores?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Desconheço o que isto significa.			
12.	Cite-os:	_____								
13.	Quais os fatores de risco para a insuficiência arterial que você tem identificado quando atende usuários com diabetes melitus e hipertensão arterial na ESF?	_____								
14.	Quais os cuidados de enfermagem devem ser dados aos usuários com risco de desenvolvimento de insuficiência arterial de membros inferiores, na ESF?	_____								
15.	Quando você cuida deste usuário está preocupado ou não com a possibilidade de amputação dos membros inferiores? () Sim () Não									
16.	Estes cuidados são eficientes para evitar a amputação do membro inferior acometido pela insuficiência arterial? () Sim () Não									
Rotina de atendimento										
17.	Ao atender um usuário com insuficiência arterial, na ESF como você procede: () Conversa com o usuário explicando a prevenção e tratamento () Explica as normas e rotinas de como viver em casa, no trabalho () Orienta quanto ao uso de palmilhas e sapatos fechados () Orienta quanto à forma de cortar as unhas									
18.	Ao realizar a consulta de enfermagem com usuário diabético e hipertenso, você avalia no exame físico:									

	<input type="checkbox"/> pulso pedioso <input type="checkbox"/> pulso poplíteo <input type="checkbox"/> pulso femoral <input type="checkbox"/> pulso tibial
19.	Faz parte do seu roteiro de consulta de enfermagem: <input type="checkbox"/> aferição de perímetro abdominal <input type="checkbox"/> verificação das condições das unhas <input type="checkbox"/> verificação da coloração dos pés <input type="checkbox"/> verificação da temperatura dos membros inferiores <input type="checkbox"/> verificação da presença de rachaduras e calosidades nos pés <input type="checkbox"/> verificação da presença de lesões nos membros inferiores <input type="checkbox"/> verificação da pressão arterial em ambos os membros inferiores
20.	Durante a consulta você solicita os seguintes exames: <input type="checkbox"/> hemograma <input type="checkbox"/> bioquímica <input type="checkbox"/> TAP <input type="checkbox"/> PTT <input type="checkbox"/> glicose de jejum <input type="checkbox"/> glicose pós-prandial <input type="checkbox"/> hemoglobina glicada
21.	O que mais você acrescentaria para a rotina da consulta de enfermagem visando à prevenção de amputações de membros inferiores? _____
22.	Quando você encaminha este cliente para o especialista? _____
23.	Existe algum mecanismo de referencia e contra referência no município para este usuário? _____
24.	A família participa do tratamento do usuário? _____
25.	Você realiza algum grupo de apoio para o usuário e familiares com diabetes melitus e hipertensão arterial? _____
Orientações ao cliente	
26.	Você acredita que as orientações de enfermagem podem auxiliar ao cliente com insuficiência arterial para que o mesmo não perca o membro inferior? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Justifique a sua resposta. _____
27.	Em caso afirmativo, quais são estas orientações? _____
28.	Quais os cuidados de enfermagem são realizados quando identificado que os usuários possuem insuficiência arterial? _____
Conhecimento sobre a amputação.	
29.	É possível ao enfermeiro com seus atos e intervenções impedir a amputação de membros inferiores? _____
30.	Quando a amputação dos membros inferiores é evitável? _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO.**Profissionais de Enfermagem
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “PREVENÇÃO DE AMPUTAÇÕES NÃO TRAUMÁTICAS DOS MEMBROS INFERIORES: um estudo sobre o que fazem os enfermeiros”. Você foi selecionado por fazer parte do corpo de enfermagem da ESF (Estratégia da Saúde da Família) do Município de Itaboraí e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição. Os objetivos deste estudo são: caracterizar o saber e o fazer dos enfermeiros da ESF sobre o cuidado de enfermagem na prevenção da perda dos membros inferiores, decorrentes da diminuição da permeabilidade arterial (insuficiência arterial) causado pela diabetes mellitus e hipertensão arterial; discutir as implicações do saber-fazer dos enfermeiros para a enfermagem quando estes previnem a perda dos membros inferiores. Sua participação nesta pesquisa consistirá em participação em entrevista com roteiro composto por questões abertas e fechadas, onde serão gravadas em MP3 e transcritas na íntegra para posteriormente serem categorizadas. Existem riscos mínimos para a sua saúde, pois não existe pesquisa com risco zero, ainda que consista em apenas entrevistas. Os benefícios gerados com a sua participação proporcionarão conhecer o que sabem e fazem os enfermeiros lotados na ESF para a prevenção de amputação de membros inferiores dos usuários atendidos na atenção básica. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo, anonimato e confidencialidade sobre a sua participação. As informações provenientes deste estudo, favoráveis ou não, serão utilizadas para apenas fins científicos, tendo o pesquisador o direito de divulgá-las em eventos da área respaldados pela autorização dada pelos entrevistados quando da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, o questionário por você respondido não constará de nome, sobrenome ou qualquer outro dado que poderá referenciá-lo no futuro, a observação de seu trabalho será registrada através de protocolos criados com a participação da equipe na pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de ética e pesquisa – CEP UNIRIO, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pedimos a sua assinatura neste consentimento, para confirmar a sua compreensão em relação a este convite, e sua disposição a contribuir na realização do trabalho em concordância com a resolução CNS N°196/96 que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desde já agradeço a sua atenção.

Deise Luci Batista Motta

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

Pesquisador principal: Deise Luci Batista Motta. Tel.: 7565-7070.

CEP-UNIRIO. Tel.: 2542-7796

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa “PREVENÇÃO DE AMPUTAÇÕES NÃO TRAUMÁTICAS DOS MEMBROS INFERIORES: um estudo sobre o que fazem os enfermeiros” e concordo em participar da mesma.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Nome do participante.

Assinatura do participante.

Nome do Pesquisador Principal

Assinatura do Pesquisador Principal



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ
Secretaria Municipal de Saúde

OF/SMS/SSAB/05

Itaboraí, 28 de Junho de 2012.

Da: Coordenação do Programa Saúde da Família/Educação Permanente
Para: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado

Prezado,

Autorizo a mestrande Deise Luci Batista a desenvolver seu objeto de estudo e pesquisa intitulada "Prevenção de amputação não traumática: um estudo sobre o que fazem os enfermeiros", da Linha de Pesquisa "A enfermagem: cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar" no Programa Saúde da Família.

Atenciosamente,


Rosângela Martins Gomes
Coordenadora do Programa Saúde da Família
Matrícula 23.883

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

PROJETO DE PESQUISA

Título: Prevenção de amputações não traumáticas dos membros inferiores: um estudo sobre o que fazem os enfermeiros.

Área Temática:

Pesquisador: DEISE LUCI BATISTA MOTTA

Versão: 1

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

CAAE: 05327112.1.0000.5285

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 54638

Data da Relatoria: 11/07/2012

Apresentação do Projeto:

Estudo do tipo descritivo, de abordagem qualitativa, do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Serão entrevistados 44 enfermeiros lotados na Unidade de Saúde da Família (USF) do Município de Itaboraí - RJ, através de entrevistas semiestruturadas, com objetivo de caracterizar o saber-fazer dos enfermeiros da ESF (Estratégia da Saúde da Família) sobre o cuidado de enfermagem na prevenção de amputação de membros inferiores de clientes com insuficiência arterial, causados por diabetes mellitus e hipertensão arterial, atendidos na USF (Unidade de Saúde da Família), discutindo as implicações desse saber fazer para a enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o saber e o fazer dos enfermeiros da ESF sobre o cuidado de enfermagem na prevenção da perda dos membros inferiores, decorrentes da diminuição da permeabilidade arterial (insuficiência arterial) causado pela diabetes mellitus e hipertensão arterial; Discutir as implicações do saber-fazer dos enfermeiros para a enfermagem quando estes previnem a perda dos membros inferiores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa oferece risco físico e ou emocional mínimo aos participantes, pois tratará da vivência dos enfermeiros da Unidade de Saúde da Família. Não se propõem a intervenção clínica e nem psicológica. Benefícios: A relevância desta pesquisa prende-se ao custo benefício que ela produzirá para o usuário, família e comunidade que se envolve quando tal situação se apresenta. Os autores pesquisados para a produção do estudo trazem ações de saúde voltadas para o pé diabético, valorizando o tratamento de úlceras e lesões, as orientações e condutas de enfermagem não constituem de achados novos, porém a sua discussão entre enfermeiros deve ser constante, visando a melhor qualidade de vida para o usuário e família. O impacto esperado pelo estudo, não só no período desta investigação, é que a enfermagem busque conhecimento científico, considerando as variáveis possíveis para contribuir com a diminuição do risco de lesão em consequência das condições ambientais encontradas no cenário da ESF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica que visa contribuir na melhora da qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas com complicações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presente com inclusão dos termos relativos a riscos, benefícios, bem como a natureza da pesquisa.

Recomendações:

O projeto de pesquisa atende às exigências da Resolução.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 11 de Julho de 2012

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini