



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA
EDUCAÇÃO SUPERIOR– POLEDUC**

MARIA JOSÉ AGUIAR DE OLIVEIRA

**VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA
PESSOAS COM FERIDA CRÔNICA FUNDAMENTADO NA TEORIA DO
AUTOCUIDADO**

FORTALEZA

2020

MARIA JOSÉ AGUIAR DE OLIVEIRA

**VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA
PESSOAS COM FERIDA CRÔNICA FUNDAMENTADO NA TEORIA DO
AUTOCUIDADO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior.
Área de Concentração: Políticas Públicas da Educação Superior.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro de Sousa Rodrigues.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Solange Gurgel Alexandre.

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- O48v Oliveira, Maria José Aguiar de.
Validação de instrumento de consulta de Enfermagem para pessoas com ferida crônica fundamentado na teoria do autocuidado / Maria José Aguiar de Oliveira. – 2020.
155 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza, 2020.
Orientação: Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa Rodrigues.
Coorientação: Profa. Dra. Solange Gurgel Alexandre.
1. Enfermagem. . 2. Feridas. . 3. Autocuidado. . 4. Consulta de Enfermagem. . 5. Estudos de Validação..
I. Título.

CDD 378

MARIA JOSÉ AGUIAR DE OLIVEIRA

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA
PESSOAS COM FERIDA CRÔNICA FUNDAMENTADO NA TEORIA DO
AUTOCUIDADO

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior. Área de Concentração: Políticas Públicas da Educação Superior.

Aprovada em: 27/ 02/ 2020

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro de Sousa Rodrigues (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Sueli Maria de Araújo Cavalcante
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Solange Gurgel Alexandre (Coorientadora)
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH/UFC)

Ao meu pai Pedro Juvêncio de Oliveira (*in memoriam*) e minha mãe Maria Nasaré Aguiar de Oliveira, pelos esforços de alicerçar valores e educação no convívio desta vida.

AGRADECIMENTOS

Aos amparadores, consciências extrafísicas, pelas inspirações, lições e energias esclarecedoras.

À Universidade Federal do Ceará (UFC), por proporcionar oportunidade de crescimento profissional e ao Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), por autorizar a realização da pesquisa.

À Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro de Sousa Rodrigues (Orientadora), pela sua competência profissional, pela maneira assistencial, compreensiva e tranquila, que muito contribuíram para o meu autoconhecimento, crescimento individual, profissional e concretização de parte de minha programação existencial nessa trajetória evolutiva. Minha profunda gratidão.

À Prof.^a Dr.^a Sueli Maria de Araújo Cavalcante, pela disponibilidade de tempo em participar da banca e por haver colaborado com valiosas sugestões.

À enfermeira Prof.^a Dr.^a Solange Gurgel Alexandre, (Coorientadora), pela competência, apoio, incentivo e sobretudo pela paciência e compreensão diante de minhas limitações, minha profunda gratidão, respeito e admiração.

À Marcia Vieira Souza de Melo, enfermeira gerente do Ambulatório de Cirurgia do HUWC, pela compreensiva liberação para realização do Mestrado.

Às enfermeiras estomaterapeutas, que atuaram como juízas-especialistas, minha gratidão intelectual pela generosidade ao dedicarem seu valioso tempo e conhecimento imprescindíveis para a conclusão da Dissertação.

Aos colegas do Mestrado POLEDUC, pela convivência fraterna, compartilhamento de experiências, conhecimentos, importantes para consecução da pesquisa.

Aos irmãos e irmãs, pela convivência fraterna, lições diárias aprendidas e apoio.

Ao Adryanno Aguiar de Oliveira, meu sobrinho, pelo incentivo e troca de experiências.

Às enfermeiras Arcênia Passos Meireles e Elani Graça Ferreira amigas raríssimas, pelo incentivo à conclusão da pesquisa.

Ao Eliezer Daniel de Lima, parceiro afetivo, pelo carinho, amizade, acolhimento, minha gratidão.

Às pessoas com ferida por necessitarem de cuidados, oportunizaram a troca de saberes, aprendizado e incentivo para atualização, aperfeiçoamento nos conhecimentos para a disponibilização de cuidados visando os melhores resultados. Meu profundo respeito e gratidão.

Aos professores revisores João Vianney Campos de Mesquita e Maria Odete Rangel Pompeu, agradeço pela competência, a dedicação e o tempo precioso dispendido em prol do aperfeiçoamento deste trabalho. Revisões são presentes de valor inestimável para o autor.

As práticas de cuidar em Enfermagem, no acolhimento de pessoas com feridas da alma e do corpo, demandam do cuidador, além de conhecimentos científicos, atitudes éticas, responsabilidade, respeito, compaixão, generosidade, compreensão, tolerância e afetividade, valores que refletem as expressões de uma assistência humanizadora, que pode contribuir para o autocuidado e autocura dessas pessoas.

(Maria José Aguiar de Oliveira)

RESUMO

As feridas crônicas representam um importante problema de Saúde Pública, por interferirem na capacidade produtiva das pessoas, gerando aumento de aposentadorias precoces e prejuízos financeiros, emocionais e sociais. A prática da Enfermagem no atendimento a essas pessoas, deve cumprir as exigências legais da profissão com a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, do Processo de Enfermagem e Consulta de Enfermagem. A concretização dessa prática pressupõe a utilização de registro de dados em instrumento validado, considerado importante indicador da assistência de Enfermagem. O objetivo geral do estudo foi validar o conteúdo e aparência de um instrumento para consulta de Enfermagem, voltado para pessoas com ferida crônica, baseado no modelo conceitual da Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Orem. A Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado é constituída por três construtos teóricos inter-relacionados: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit do autocuidado e a teoria do sistema de Enfermagem. Trata-se de uma pesquisa do tipo metodológica, não experimental, aplicada, com abordagem quantitativa, composta por quatro etapas: a primeira constou da revisão de literatura; a segunda, da descrição da primeira versão do instrumento de consulta de Enfermagem e elaboração da segunda versão, estruturação dos questionários para validação e elaboração da versão final; na terceira etapa, foi realizada a validação de conteúdo e aparência do instrumento pelas cinco avaliadoras/juízas, sendo os quesitos mensurados por meio do índice de conteúdo (IC) relativo à clareza e objetividade, com o valor de 83,5% e pelo índice de validade de conteúdo (IVC), relacionado à relevância (IVC) com um valor de 95%. Na quarta etapa procedeu-se à análise dos dados a partir das respostas dos questionários. Os resultados indicaram alta concordância entre as respostas das juízas quanto ao conteúdo e a aparência do instrumento. Concluiu-se que o instrumento validado, permite realizar a consulta de Enfermagem com a coleta de dados de forma sistematizada, possibilitando ações de autocuidado pelas pessoas com ferida crônica.

Palavras-chave: Enfermagem. Feridas. Autocuidado. Consulta de Enfermagem. Estudos de Validação.

ABSTRACT

Chronic wounds represent an important public health problem, as they interfere in people's productive capacity, generating an increase in early retirements and financial, emotional and social losses. The practice of nursing in the care of these people, must comply with the legal requirements of the profession with the implementation of the Nursing Care Systematization, the Nursing Process and Nursing Consultation. The implementation of this practice requires the use of data recording in a validated instrument, considered an important indicator of nursing care. The general objective of the study was to validate the content and appearance of an instrument for nursing consultation, aimed at people with chronic wounds, based on the conceptual model of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. The Nursing Theory of Self-Care Deficit consists of three interrelated theoretical constructs: the theory of self-care, the theory of self-care deficit and the theory of the nursing system. It is a methodological, non-experimental, applied research, with a quantitative approach, composed of four stages: the first consisted of a literature review; the second, describing the first version of the nursing consultation instrument and preparing the second version, structuring the questionnaires for validation and preparing the final version; in the third stage, the content and appearance of the instrument were validated by the five evaluators / judges, and the items were measured using the content index (CI) for clarity and objectivity, with a value of 83.5% and the index content validity (IVC), related to relevance (IVC) with a value of 95%. In the fourth stage, data analysis was performed based on the responses to the questionnaires. The results indicated high agreement between the responses of the judges. It was concluded that the validated instrument, allows the nursing consultation with data collection in a systematic way, allowing self-care actions by people with chronic wounds.

Keywords: Nursing. Wounds. Self-care. Nursing the consultation. Validation Studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

- Figura 1 - Elementos estruturais do conceito de capacidades de autocuidado... 28
- Figura 2 - Relação entre os conceitos..... 32

QUADRO

- Quadro 1 - Observações e Sugestões das juízas, decisões e justificativas..... 94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização das enfermeiras participantes da pesquisa.....	86
Tabela 2 -	Dados pessoais e fatores condicionantes básicos.....	87
Tabela 3 -	Requisitos universais de autocuidado.....	88
Tabela 4 -	Requisitos <i>desenvolvimentais</i> de autocuidado.....	88
Tabela 5 -	Requisitos <i>desenvolvimentais</i> de autocuidado.....	89
Tabela 6 -	Requisitos <i>desenvolvimentais</i> de autocuidado.....	90
Tabela 7 -	Prescrições de ações de autocuidado.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BMJ -	<i>British Medical Journal.</i>
CAC -	Capacidade de Autocuidado
CE -	Consulta de Enfermagem
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CF -	Constituição Federal
CIPE -	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
COFEN -	Conselho Federal de Enfermagem
COPTRAF -	Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas
COREN -	Conselho Regional de Enfermagem
DAC -	Défice de Autocuidado
DAP -	Doença Arterial Periférica
DM -	Diabetes <i>Mellitus</i>
EBSERH -	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPUAP -	<i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
EUA -	Estados Unidos da América
EWMA -	<i>European Wound Management Association.</i>
HUWC -	Hospital Universitário Walter Cantídio
IC -	Índice de Conteúdo
ITB -	Índice Tornozelo Braço
IVC -	Índice de Validade de Conteúdo
LPP -	Lesão por Pressão
LPTP -	Lesão por Pressão Tissular Profunda
MMII -	Membros Inferiores
MMPs -	Metaloproteinases
NANDA -	<i>Nursing American Nursing Diagnose</i>
NIC -	<i>Nursing Interventions Classifications</i>
NOC -	<i>Nursing Outcomes Classifications</i>
NOTIVISA -	Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária
NPUAP -	<i>Nacional Pressure Ulcer Advisory Panel</i>

PE -	Processo de Enfermagem
PEDIS -	Consenso Nacional do Pé Diabético
PND -	Polineuropatia Diabética Periférica
PNSP -	Política Nacional de Segurança do Paciente
POPs -	Procedimento Operacional Padrão
PPPIA -	<i>Pan Pacific Pressure Injury</i>
RDC -	Resolução da Diretoria Colegiada
SAE -	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBD -	Sociedade Brasileira de Diabetes
SNVS -	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SOBEST -	Associação Brasileira de Estomaterapia
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UF -	Unidade da Federação
UFC -	Universidade Federal do Ceará
UTI -	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	BASES TEÓRICAS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM.....	22
2.1	Teorias de Enfermagem.....	22
2.2	Teoria de Enfermagem do déficit do autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.....	24
2.2.1	<i>Biografia de Dorothea Elizabeth Orem.....</i>	24
2.2.2	<i>Conceitos da teoria.....</i>	25
2.2.3	<i>Relações entre os conceitos.....</i>	31
2.3	O processo de Enfermagem.....	35
2.4	A consulta de Enfermagem.....	36
3	PRÁTICAS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM À PESSOA COM FERIDA CRÔNICA.....	39
3.1	Autonomia e fisiologia da pele.....	40
3.2	Definições, classificação e conceitos básicos sobre ferida e cicatrização.....	40
3.3	Avaliação da pessoa com ferida crônica.....	43
3.4	Manejo das pessoas com ferida crônica.....	59
3.4.1	<i>Manejo da úlcera venosa.....</i>	59
3.4.2	<i>Manejo da úlcera arterial.....</i>	62
3.4.3	<i>Manejo da úlcera mista.....</i>	64
3.4.4	<i>Manejo da lesão por pressão.....</i>	69
3.4.5	<i>Manejo da úlcera de pé em diabéticos.....</i>	69
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	74
4.1	Tipo de estudo.....	74
4.2	População e amostra.....	77
4.3	Trajétoria percorrida.....	77
4.4	Tratamento e análise dos dados.....	83
4.5	Aspectos éticos do estudo.....	84
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	85
6.	CONCLUSÃO.....	97
	REFERÊNCIAS.....	99

APÊNDICE A – Instrumento para caracterização dos juízes.....	112
APÊNDICE B – Questionário para avaliação dos juízes.....	114
APÊNDICE C – Instruções aos juízes-especialistas para avaliação de aparência e conteúdo do instrumento.....	137
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	140
APÊNDICE E – Instrumento de consulta de Enfermagem para pessoas com ferida crônica fundamentado na teoria do autocuidado (versão final)	142
ANEXO A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética.....	154

1 INTRODUÇÃO

As práticas inerentes ao exercício da Enfermagem estão inseridas no âmbito de um contexto mais abrangente qual seja do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Constituição Federal (CF), como também das Políticas Públicas de Saúde no Brasil como pode-se observar pelos conceitos que os regem.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são estabelecidas diretrizes para a organização de linhas de cuidado. O profissional de Enfermagem, entre outras atribuições, é responsável pelo cuidado direto de pessoas com lesões de pele, notadamente, feridas crônicas. Existe legislação sobre a rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas, apesar de não haver ainda uma Política Pública dirigida especificamente para esse público.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, trata sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes (PIMENTEL; BERGO, 2016).

A Constituição Federal é regida pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e aos serviços e pelo exercício de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e participação da comunidade na organização do SUS no Território Nacional, sendo que as Políticas Públicas de Saúde no Brasil orientam-se pelos referidos princípios (PIMENTEL; BERGO, 2016).

No que diz respeito às Políticas Públicas dirigidas para as feridas crônicas, não há uma portaria que trate especificamente sobre essa temática, porém as portarias que abordam as doenças crônicas referem-se às complicações causadas por estas doenças entre às quais estão as feridas crônicas que podem ser tratadas pelo conjunto de ações direcionadas a estas doenças. A Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 é a mais recente e trata sobre a Rede de Atenção à Saúde de pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado (BRASIL, 2014).

No âmbito da Saúde Pública brasileira, as feridas são consideradas um problema, tanto pelo grande número de pessoas acometidas em diferentes fases do ciclo da vida, com diferentes etiologias, quanto pelas dificuldades que os profissionais da área de Saúde, principalmente os enfermeiros, enfrentam na prestação de cuidados eficazes e adequados. Com relação às feridas crônicas, o problema adquire maior

dimensão, por interferirem na capacidade produtiva das pessoas, gerando um aumento de aposentadorias precoces e prejuízos financeiros, emocionais e sociais. A pessoa com esse tipo de ferida muitas vezes precisa adaptar-se a uma nova condição de vida com alterações no cotidiano de suas atividades, provenientes de dificuldades relacionadas ao autocuidado e ao convívio social (LARA *et al.*, 2011; MALAGUTTI, 2015).

A Enfermagem entendida como ciência e arte, considera a especificidade e complexidade da assistência à pessoa com ferida, e com o intuito de atender às demandas de cuidado numa perspectiva individual, familiar e comunitária, necessita reconhecer a importância em sua prática, de uma metodologia científica que será concretizada por meio da implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que possibilita a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) e a execução da Consulta de Enfermagem (CE), que se constituem em exigências legais para o exercício da profissão regulamentadas pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1984 (COFEN, 2009).

O anexo da Resolução COFEN Nº 0567/2018 que regulamenta a atuação da equipe de Enfermagem no cuidado às pessoas com ferida, refere que cabe ao enfermeiro realizar atividades de prevenção e cuidado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo às normatizações do COFEN e aos princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), do Sistema Único de Saúde (SUS) (COFEN, 2018).

Salienta-se que o exercício da Enfermagem se dá por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), legalmente reconhecida pela Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009 e a implementação do Processo de Enfermagem (PE), como também pela Consulta de Enfermagem (CE), tecnologia educativa privativa do enfermeiro, regulamentada pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1984 (COFEN, 2009).

A SAE é uma metodologia utilizada para planejar, executar e avaliar o cuidado, sendo uma ferramenta fundamental para a prática assistencial do enfermeiro, possibilitando a operacionalização do Processo de Enfermagem e concedendo visibilidade profissional em todos os ambientes dessa prática, sejam hospitais, instituições prestadoras de serviço ambulatoriais ou domiciliares (COFEN, 2009; CHAVES; SOLAI, 2013).

A Sistematização da Assistência, com a realização da Consulta de

Enfermagem, é obrigatória em todos os níveis de atenção à saúde, em instituições públicas e privadas, conforme preconizado na Resolução COFEN nº 159/1993 tendo seus conceitos e obrigatoriedade ampliados na Resolução nº 358/2009.

Na avaliação da pessoa com ferida, o Registro de Enfermagem se constitui em um dos mais importantes indicadores da qualidade da assistência de Enfermagem, tal registro deve ser claro, legível, consistente, conciso e confiável. Estes registros servem como documento legal de defesa dos profissionais, subsidiam investigações científicas, informações no âmbito administrativo e clínico e auditoria em Enfermagem, podem também influenciar na elaboração de programas de saúde e políticas institucionais. O registro para avaliação e acompanhamento da evolução dos cuidados, deve ser realizado de maneira sistematizada com a padronização de instrumentos fundamentados em teorias de Enfermagem de modo que na prática clínica possam orientar na prevenção, diagnóstico e tratamento das lesões.

O início da trajetória profissional desta autora perpassou pelos contextos da assistência hospitalar e ambulatorial onde as atividades relativas aos cuidados das pessoas com ferida não eram pautadas em nenhum modelo assistencial e, portanto, não havia fundamentação teórica que norteasse essas atividades, comprometendo assim a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

O envolvimento mais efetivo com esse tipo de agravo à saúde aprofundou-se quando lotada no Ambulatório de Cirurgia com atuação mais efetiva na Sala de Curativos. Nessa ocasião foi estruturada uma Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas (COPTRAF), para servir como ferramenta para prestar uma assistência mais específica às pessoas com lesões de pele. Em decorrência dessa estruturação foi dado início à elaboração de um protocolo para prevenção e tratamento de feridas e Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), relativos à realização de curativos. Fazia parte desse protocolo a elaboração de um instrumento que contemplasse as pessoas com ferida crônica.

Para que o cuidado de Enfermagem à demanda da pessoa com ferida crônica seja efetivo e eficaz é necessário um acompanhamento de profissional especializado que lhe proporcione uma atenção individualizada que responda às suas necessidades específicas. Dentre as diversas especialidades da Enfermagem que buscam cumprir esse papel, encontra-se a Enfermagem em Estomatoterapia, relevante nesse contexto por envolver, dentre outros, os cuidados com feridas das mais variadas etiologias, favorecendo uma convivência salutar com a condição diferenciada e valorizando a

preservação da autonomia e da autoestima dessas pessoas.

A construção do instrumento se insere no contexto da Sistematização da Assistência de Enfermagem, correspondendo à primeira etapa do Processo de Enfermagem, como também atende às questões técnicas, científicas éticas e legais que envolvam o cuidado às pessoas com lesões de pele.

O aperfeiçoamento da assistência onde estão envolvidas intervenções e atividades de Enfermagem requer a construção de instrumentos de qualidade e estudo de validação desses instrumentos que vão conferir aos mesmos legitimidade e credibilidade como também maior confiabilidade aos resultados de pesquisas.

A validação compreende a avaliação do instrumento quanto à sua capacidade de medir o construto que ele se propõe a medir. Os diferentes aspectos e abordagens da validade de medida são: validade de conteúdo, validade de aparência, validade de critério e validade de construto. A validade de conteúdo consiste em saber se em um instrumento de múltiplos itens, estes refletem adequadamente o construto que está sendo medido. A validade de aparência é uma análise simples que infere se o instrumento parece medir aquilo que se pretende. As referidas validações são realizadas por juízes especialistas (POLIT; BECK, 2011).

Nesta pesquisa foi realizada a validação de conteúdo e aparência do instrumento de consulta de Enfermagem para pessoas com ferida crônica fundamentado na teoria do autocuidado.

O modelo teórico utilizado para fundamentação do instrumento foi a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Dorothea E. Orem que é constituída por três construtos: Teoria do autocuidado, Teoria do déficit do autocuidado e Teoria do sistema de Enfermagem. A Teoria do autocuidado refere-se à capacidade humana de autocuidar-se (ação de autocuidado), os fatores condicionantes básicos, a totalidade de ações de autocuidado necessárias (demanda de autocuidado terapêutico) e as três categorias de requisitos de autocuidado: universal, desenvolvimentista e desvio de saúde. A Teoria do déficit do autocuidado é o núcleo da teoria geral de Enfermagem de Orem porque identifica quando a Enfermagem é necessária quando as demandas de autocuidado, atuais ou futuras, excedem a ação de autocuidado. A Teoria do sistema de Enfermagem identifica os três sistemas como completamente compensatório, parcialmente compensatório, e de apoio e educação (GEORGE, 2000).

As orientações dessa abordagem são especialmente úteis no cuidado de pessoas no enfrentamento crônico e extensiva à família ou a cuidadores informais

quando da impossibilidade permanente da pessoa não poder cuidar-se sozinha.

Diante das considerações apresentadas, a questão norteadora, cerne desta pesquisa é: Como adequar e validar um instrumento norteador da consulta de Enfermagem de pessoas com ferida crônica, fundamentado na teoria do autocuidado, para aprimorar o processo de atendimento, sendo representativo para aplicação posterior em hospital de ensino?

Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo geral validar o conteúdo e aparência de um instrumento para consulta de Enfermagem, voltado para pessoas com ferida crônica, baseado no modelo conceitual da Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Orem. A pesquisa teve como objetivo específico atualizar e submeter o conteúdo do instrumento à apreciação de enfermeiros especialistas no assunto denominados juízes-especialistas.

Trata-se de uma pesquisa do tipo metodológica, não experimental, aplicada, com abordagem quantitativa que seguirá as etapas requeridas para a validação de conteúdo e aparência, conforme o referencial metodológico escolhido. Os resultados e discussão foram baseados nos dados provenientes dos questionários respondidos pelas juízas.

Diante disso, torna-se necessário compreender sua atuação nesse contexto, buscando apreender os fundamentos dessa relação e sua relevância na obtenção de formas para lidar com o agravo, o que legitima a construção de um instrumento que norteie a consulta de Enfermagem voltada para esse público.

O trabalho se apresenta estruturado por seis capítulos. O primeiro capítulo traz a introdução com a contextualização das feridas nos âmbitos do SUS, da Constituição Federal e das Políticas Públicas de Saúde do Brasil, sendo consideradas como um problema de Saúde Pública. A tipologia do estudo, a justificativa, a relevância e os objetivos também são abordados nesse capítulo. O segundo capítulo aborda as bases teóricas da Enfermagem onde se apresenta uma visão geral das teorias de Enfermagem, apropriadas às demandas de cuidado humano exigidas atualmente pela Enfermagem sendo dada ênfase à Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado, de Dorothea E. Orem breve relato à biografia de Dorothea E. Orem, os conceitos e relação entre os conceitos da teoria que fundamentou a construção do instrumento de consulta de Enfermagem validado. O terceiro capítulo ao tratar sobre as práticas do cuidado em Enfermagem apresenta como necessário as abordagens sobre a anatomia e fisiologia da pele, definições, classificação e conceitos básicos sobre ferida e

cicatrização, avaliação da pessoa com ferida. Os procedimentos metodológicos são tratados no capítulo quatro e envolvem o tipo de estudo, a trajetória percorrida com a divisão em três etapas, seguindo com o ambiente motivador do estudo, no caso, o ambulatório de cirurgia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). Os resultados e discussão do estudo são apresentados no capítulo cinco e finalmente a conclusão foi desenvolvida no capítulo seis.

2 BASES TEÓRICAS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

Este segmento reporta-se às Teorias de Enfermagem, destacando a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, de Dorothea E. Orem, composta pelas três teorias inter-relacionadas: Teorias do autocuidado, do défice do autocuidado e dos sistemas de Enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é tratada juntamente com o Processo de Enfermagem e a Consulta de Enfermagem.

2.1 Teorias de Enfermagem

Considera-se oportuno, nesse momento, fazer sucinta abordagem a respeito das Teorias de Enfermagem mais utilizadas, no sentido de compreender sua aplicação e escolha como embasamento ao instrumento elaborado para a consulta de Enfermagem para pessoas com ferida crônica, com fundamento na Teoria do autocuidado.

A palavra **teoria** tem origem no idioma Grego, *theoria*, que significa uma “visão”. As teorias são formadas por definições, conceitos e proposições, sendo baseadas em pressupostos declarados dentro de uma dimensão de valor e de ética que podem ser tomados como “verdade”, norteadora de um modelo ou mapa para orientação. Teorias constituem uma maneira sistemática de olhar para a realidade e descrever, explicar, prever ou controlá-la (HICKMAN, 2000).

Trata-se de um conjunto de conceitos relacionados à realidade da Enfermagem e seus fenômenos inseridos no chamado Metaparadigma de Enfermagem, que universalmente envolve quatro elementos centrais: pessoa, saúde, ambiente e Enfermagem. A pessoa é aquela que recebe o cuidado de Enfermagem. A saúde representa um estado de bem-estar, finalidade do agir da equipe de Enfermagem. O ambiente representa o contexto onde se encontra a pessoa que recebe os cuidados. As teorias servem para descrever, explicar, diagnosticar e prescrever medidas para a prática do cuidado, oferecendo respaldo científico para as ações de Enfermagem (HICKMAN, 2000, MELEIS 2012; BOUSSO, POLES, CRUZ, 2014).

As teorias de Enfermagem podem ser classificadas, conforme o seu tema central da seguinte maneira: Teoria das necessidades, baseadas nas maneiras de como ajudar as pessoas a satisfazerem suas necessidades físicas e mentais; Teoria de interação, baseada no relacionamento interpessoal do enfermeiro com o paciente; Na

Teoria de resultado, o enfermeiro é aquele que auxilia as pessoas a adaptarem-se ou lidarem com problemas de saúde, e as teorias humanísticas consideram que as pessoas têm dentro de si um potencial para um crescimento saudável e criativo (SANCHEZ, 2019).

A Enfermagem tem uma diversidade de teorias centradas na classificação apontada anteriormente, que contribuem individualmente ou em conjunto para uma práxis avançada, considerando as necessidades integrais de cada pessoa, dependendo da complexidade em que acontece o cuidado. Nessa perspectiva, podemos indicar as mais utilizadas como sendo: a Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem, de Hildegard Peplau (1952); a Teoria das Necessidades de Enfermagem, de Virgínia Avenel Hendersom (1955); a Teoria Ambientalista, de Florence Nightingale (1859); a Teoria dos 21 Problemas de Enfermagem, de Faye Glenn Abdellah (1960); a Teoria da Relação Dinâmica Enfermeiro-Paciente, de Ida Jean Orlando (1962); a Teoria da Ciência do Ser Humano Unitário, de Martha Elizabeth Rogers (1970); a Teoria do Déficit do Autocuidado, de Dorothea Elizabeth Orem (1971); a Teoria de Obtenção de Metas, Alcance dos Objetivos e Alcance de Metas, de Imogene King (1971); a Teoria da Adaptação, de Callista Roy (1972); a Teoria do Cuidado Transpessoal, de Jean Watson (1979), e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta (1979) (SÁ; MOREIRA; SILVA, 2018).

Submetendo as teorias de Enfermagem a uma análise crítica quanto à sua adaptabilidade ao cuidado da pessoa com ferida crônica, optou-se pela Teoria do Déficit do Autocuidado, de Dorothea E. Orem, segundo a qual a Enfermagem tem como principal foco a necessidade de ações de autocuidado e a oferta e controle dessas ações, em uma base contínua de sustentação à vida, à saúde, à recuperação de doença ou ferimento e à compatibilidade com seus efeitos (OREM, 1995).

Esta teoria considera que o sujeito possui capacidade de desempenhar atitudes de cuidar-se antes da definição de ações que a Enfermagem possa realizar. Procura identificar o déficit de autocuidado para poder intervir, quando necessário, até o restabelecimento do cuidado de si. Nesse sentido, a Enfermagem deve potencializar-se em capacidade educadora mobilizadora da ação do outro em benefício do seu cuidado (OREM, 1980).

A visão de mundo dessa teoria, tendo o enfermeiro como regra de conduta ser um potencializador dessa característica humana, faz com que a própria pessoa

busque sua saúde, conferindo-lhe poder e respeito em suas decisões (SÁ; MOREIRA; SILVA, 2018).

Essa abordagem possui orientações adequadas especialmente para pessoas em enfrentamento crônico que podem abranger a família ou a cuidadores informais, quando a pessoa não puder se cuidar sozinha em razão de uma impossibilidade permanente. Na prática do tratamento de feridas, essa teoria transcende o cuidado focado no procedimento, promovendo o direcionamento de um cuidado individualizado às necessidades integrais de cada pessoa, e possibilita a continuidade dos cuidados no domicílio, sendo importante o planejamento dos cuidados centrados na pessoa como sujeito desse processo, garantindo o seu comprometimento e adesão ao tratamento (BIEHL; ANDRADE, 2014; SILVA; NUNES, 2016).

2.2 Teoria de Enfermagem do déficit do autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

2.2.1 Biografia de Dorothea Elizabeth Orem

Torna-se relevante fazer breve relato da biografia de Dorothea E. Orem, por ser uma personalidade de destaque, prolífera em seus trabalhos e de grande valor para a expansão da ciência da Enfermagem. Dados biográficos podem propiciar uma reflexão sobre o contexto histórico da autora e maior compreensão de sua visão de mundo.

Dorothea Elizabeth Orem nasceu em 15 de julho de 1914, em Baltimore, Maryland, Estados Unidos da América (EUA), e faleceu em 22 de junho de 2007 com 92 anos, em Savannah, Geórgia, EUA. Iniciou seus estudos de Enfermagem no *Providence Hospital School of Nursing*, em Washington e concluiu nos anos de 1930. Em 1939 obteve o grau de Bacharel em Ciências em Educação de Enfermagem e Mestre em Ciências em Educação de Enfermagem em 1945 pela *Catholic University of América*. Entre os títulos e graus honorários recebidos incluem-se o de Doutora em Ciências da *Georgetown University* em 1976, Doutora em Ciências da *Incamat Word College* em 1980 e doutora em *Humane Letters* da *Illinois Westem University* em 1988.

Em 1992 foi nomeada membro honorário da *América Academy of Nursing*. Como profissional de Enfermagem, trabalhou como enfermeira de equipe e particular, educadora de Enfermagem, administradora e consultora de Enfermagem. No período

de 1949 e 1957, foi assessora de serviços institucionais do Conselho de Saúde do Estado de Indiana. O conceito de autocuidado surgiu em 1958-1959, quando Dorothea Orem participou como consultora da Secretaria de Educação do Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar em um projeto com o objetivo de melhorar o treinamento prático de Enfermagem, estimulando-a a considerar a seguinte indagação: “Que condição existe na pessoa quando essa pessoa ou outros determinem que ela deva estar sob cuidados de Enfermagem?” Essa ideia evoluiu para a sua primeira teoria: “Teoria do Autocuidado”, que se refere à realização do autocuidado em si, explicando e justificando por que o autocuidado é necessário à saúde.

Dando continuidade no desenvolvimento dos seus conceitos de Enfermagem de autocuidado, publicou em 1971, *Nursing: Concepts of practice* em quatro edições. A segunda, a terceira e a quarta edições do livro vieram a lume em 1980, 1985 e 1991. A primeira enfocava a pessoa; a segunda, as unidades multipessoais (famílias, grupos e comunidades; a terceira apresentava a Teoria geral de Enfermagem constituída por três bases teóricas relacionadas: autocuidado, déficit de autocuidado e sistemas de Enfermagem, enquanto a quarta concede ênfase à criança, aos grupos e à sociedade (FOSTER; BENNET, 2000).

Segundo Orem, quando as pessoas são capazes, elas cuidam de si mesmas. Quando a pessoa é incapaz de proporcionar o autocuidado, ela apresenta-se em déficit de autocuidado, surgindo assim sua segunda teoria: “Teoria do Déficit do Autocuidado”. Nesta última, Orem especifica quando a Enfermagem é necessária para auxiliar a pessoa a providenciar o autocuidado, dando origem à teoria dos Sistemas de Enfermagem”. (FOSTER, BENNET, 2000).

Prosseguindo com seus trabalhos, Orem desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado, constituída pela: 1. Teoria do Autocuidado; 2. Teoria do Déficit do Autocuidado; e 3. Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

2.2.2 Conceitos da teoria

Conforme expresso anteriormente, a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado é constituída por três construtos teóricos inter-relacionados conforme estão na sequência: Teoria do autocuidado, Teoria do déficit do autocuidado e Teoria dos sistemas de Enfermagem (OREM, 2006).

- Teoria do Autocuidado: descreve e explica o autocuidado como sendo a

prática de atividades desempenhadas pela pessoa em seu benefício, ressaltando os motivos pelos quais ele é necessário para a vida, saúde e bem-estar.

- Teoria do Déficit de Autocuidado: consiste em explicar quando há necessidade de intervenção da Enfermagem, tornando-a necessária e imprescindível à pessoa em relação ao processo cuidativo. Essa teoria é mais abrangente do que a anterior.

- Teoria dos Sistemas de Enfermagem: descreve e explica como as pessoas são ajudadas por meio da Enfermagem, baseando-se nas necessidades e capacidades dos pacientes para a execução de autocuidado, o que determina ou não a intervenção de profissionais de Enfermagem. Os sistemas de Enfermagem podem ser:

- totalmente compensatório - representado pela pessoa incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado. O enfermeiro, por meio de suas ações, vai atuar na ação limitada do cliente, conseguindo o autocuidado dele, compensando sua incapacidade para a atividade de autocuidado, por meio do apoio e da proteção ao paciente;
- parcialmente compensatório - representado por uma situação em que tanto o enfermeiro quanto o cliente executam medidas ou outras ações de cuidado que envolvem tarefas de manipulação ou de locomoção. Por meio de sua ação, o enfermeiro efetiva algumas medidas de autocuidado pelo cliente, compensa suas limitações de autocuidado, atendendo-o conforme o exigido. O cliente age realizando algumas medidas de autocuidado, regula suas atividades e aceita atendimento e auxílio do enfermeiro;
- apoio e educação - ocorre quando a pessoa consegue executar ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, para regular o exercício e o desenvolvimento de suas atividades de autocuidado. O enfermeiro vai promover essa pessoa a um agente capaz de cuidar de si. Nesse sistema, Orem desenvolveu uma prática educativa para a saúde, em que a relação enfermeiro-paciente é sempre horizontal, pois se dispõe a mobilizar no paciente a prática do autocuidado, a tomada de decisão para as mudanças necessárias para o autocuidado, bem como a busca de novos conhecimentos e aprendizagens para o enfrentamento das situações de vida e saúde.

Essas três teorias possuem os próprios conceitos, porém a reunião desses

conceitos constituiu outra perspectiva que deu origem à Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado. Portanto, essa teoria é mais abrangente porque envolve o propósito dos três sistemas.

Assim, conforme Orem (2006), são descritos todos os conceitos que envolvem a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado, evidenciando que eles englobam os conceitos das três teorias que a constituem. Ela é composta de cinco conceitos centrais e inter-relacionados:

1 Capacidades de autocuidado - no contexto da teoria, capacidade significa aquilo que a pessoa é capaz de realizar por si e para si. Com relação ao conceito, refere-se ao conhecimento, habilidade e experiência que as pessoas precisam obter para a realização do autocuidado. A estrutura desse conceito está formada por três elementos básicos, expressos na sequência.

- Disposições e capacidades fundamentais: consistem nas capacidades básicas ou fundamentais que as pessoas precisam ter, para, por meio delas, aprender ou realizar determinadas atividades. Por exemplo, a visão, a audição, capacidade funcional ou outras condições básicas são necessárias para o aprendizado de algo, pois, caso contrário, a aprendizagem e a realização de alguma atividade ficarão comprometidas (OREM, 2006).

- Componentes de poder: referem-se à capacidade que as pessoas têm de raciocinar, aprender e realizar as atividades aprendidas. São processos que consistem na busca por conhecimentos empíricos e técnicos mediante indagações, com o propósito de entender o que, por que, para que e como deve ser o fenômeno aprendido. A pessoa se apropria do conhecimento e passa a exercer um controle sobre si mesma. Os componentes do poder possibilitam a realização das operações de autocuidado, pois estabelecem motivos, objetivos e a metodologia do autocuidado, portanto, a pessoa sabe cuidar de si (OREM, 2006).

- Operações de autocuidado: as pessoas, tendo adquirido as capacidades fundamentais, exercitaram suas capacidades de desenvolvimento e operações para cuidarem de si, estando, portanto, preparadas para a realização do autocuidado. Consequentemente, são capazes de determinar o que necessário para o autocuidado, tomar decisões sobre os seus requisitos e ações (OREM, 2006).

Figura 1 – Elementos estruturais do conceito de capacidades de autocuidado.



Fonte: Orem (2006).

Orem (2006) ressalta que as capacidades de autocuidado podem ser investigadas em relação ao seu desenvolvimento, operabilidade e adequação. O desenvolvimento refere-se aos tipos de ações de autocuidado que as pessoas podem realizar. A operabilidade é descrita como os tipos de ações de autocuidado que as pessoas realmente realizam de maneira consciente e efetiva. A operabilidade pode ser exemplificada como o fato de uma pessoa no decorrer de sua vida ter adquirido conhecimento a respeito da necessidade de ingestão de água e alimentação e realmente ingerir uma quantidade-tipo (potável ou não) de água durante o dia, como também a escolha de uma alimentação adequada e saudável. A adequação é estabelecida, quando se compara o tipo de ações de autocuidado, que as pessoas podem realizar, e o tipo de autocuidado requerido, para satisfazer a demanda existente ou projetada de autocuidado terapêutico. No caso do exemplo anterior, a adequação é a comparação entre as necessidades de ingestão de água e alimentação que a pessoa precisa com as suas capacidades ou condições de atender a essas necessidades, ou seja: ela é capaz de realizá-las?

Conforme a autora sob exame, o desenvolvimento e a operabilidade das capacidades de autocuidado podem ser influenciados, entre outros fatores, pela cultura, experiência de vida, estado de saúde, padrões de vida, doenças, sistema familiar, idade, gênero e escolaridade. Denomina-se agente de autocuidado uma pessoa com potencial para satisfazer as necessidades de saúde de natureza universal, etapa de desenvolvimento e de desvio de saúde (OREM, 2006).

Silva *et al.* (2011) comentam que a capacidade da pessoa para se engajar em ações de autocuidado foi denominada de *self-careagency*, significando o poder que

tem essa pessoa de tornar-se agente do seu autocuidado e desenvolver-se no processo de viver o dia a dia, por meio de uma espontânea aprendizagem. As capacidades de autocuidado constam dos seguintes componentes ou habilidades para a ação deliberada: incorporar ou excluir determinados fatos, a partir da com amparo na compreensão de seus significados; adquirir conhecimentos sobre o curso de ação a ser seguido para a regulação; decidir o que fazer, agir para alcançar ou atingir a regulação.

2 Ações de autocuidado: consistem em práticas ou atividades que as pessoas iniciam e realizam em seu benefício com a finalidade de preservar a vida, a saúde e a qualidade de vida. As práticas de autocuidado são condutas aprendidas e demonstradas e que podem ser influenciadas por vários fatores incluindo a cultura do grupo em que a pessoa está inserida. A prática do autocuidado consiste em uma realização consciente de algo que pressupõe a deliberação e a decisão da pessoa em querer realizá-lo. A pessoa com *diabetes mellitus* do tipo 2, tendo compreendido a necessidade de controle e a prevenção de complicações de sua doença, realiza, por exemplo, caminhada diária e ingere alimentos adequados e saudáveis (OREM, 2006).

3 Demanda de autocuidado terapêutico: é caracterizada pelo conjunto de medidas ou atividades de autocuidado necessárias em situações específicas ou durante um certo tempo, para o atendimento dos requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e desvio de saúde. No caso da pessoa com *diabetes mellitus*, podem ser citados todos os cuidados de que a pessoa precisa se apropriar para realizá-los e cuidar de si (OREM, 2006).

4 Défice de autocuidado: quando as demandas de autocuidado terapêutico excedem as capacidades de autocuidado, nessa relação, passa a existir um resultado deficitário, fato demonstrativo da necessidade de aquisição de conhecimentos, habilidades e experiências para nivelar, ou superar as demandas referentes àquele momento ou período de vida. Um exemplo é o fato de uma pessoa adquirir *diabetes mellitus* do tipo 2 e desconhecer os cuidados para si em relação à doença. Ela se encontra, portanto, em uma situação de défice de autocuidado porque precisa atender às diversas necessidades próprias em relação à doença que acaba de contrair, porém lhes faltam conhecimentos sobre essa situação de comprometimento da saúde.

5 Agência (capacidade) de Enfermagem (formação em Enfermagem): refere-se às habilidades especializadas que permitem aos profissionais de Enfermagem proporcionar cuidados que podem compensar ou ajudar a superar as deficiências de autocuidado relacionadas com a saúde. Consistem em capacidades complexas que são

requeridas pelas ações de Enfermagem, adquiridas no decurso da formação profissional. O enfermeiro é o agente oficialmente reconhecido para ajudar as pessoas a adquirir competências para o conhecimento e a prática do autocuidado. Ao capacitar a pessoa sobre o autocuidado em relação ao diabetes, o enfermeiro está desenvolvendo a agência de Enfermagem, ou seja, ele está ajudando a pessoa a superar seus défices ou deficiências em relação ao seu cuidado sobre o diabetes (OREM, 2006).

Orem (2006) descreve, dentre os conceitos da Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado, um conjunto de construtos específicos denominados requisitos de autocuidado, chamado de conceito secundário. Na perspectiva da Teoria, os requisitos de autocuidado significam as ações que são dirigidas à provisão de autocuidado, relacionadas entre si e agrupadas em três categorias, conforme vêm na sequência.

- Requisitos de autocuidado universais: são comuns aos seres humanos em todos os estádios do ciclo de vida, estando associados com os processos de vida e com a manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano. Podem ser vistos como fatores inter-relacionados, cada um influenciando o outro. Esses requisitos podem ser identificados como atividades da vida diária, que são: manutenção de uma inspiração adequada para estabelecer o processo respiratório; manutenção de ingesta suficiente de alimentos; provisão de cuidados com os processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso e entre interação social e solidão; prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e ao bem-estar humano; promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos, em grupos sociais, conforme o potencial humano, as limitações e o desejo de ser normal. A normalidade é usada de acordo com a genética, as características constitucionais, os talentos e as potencialidades humanas.

- Requisitos de autocuidado de desenvolvimento: são associados aos eventos ou situações novas que ocorrem na vida humana, porém com o propósito de desenvolvimento, necessitando para o seu cumprimento dos requisitos de autocuidado universais. A gestação pode ser citada como exemplo desses requisitos, porquanto é caracterizada pelo desenvolvimento, biológico, psicológico e social da mulher, necessitando de práticas específicas de autocuidado.

- Requisitos de autocuidado por desvio de saúde: estão associados a condições que exigem cuidados ou tomada de decisão em relação às pessoas que estão enfermas ou lesionadas, que têm formas específicas de patologia, incluindo deficiências genéticas e incapacidades e que estão sob diagnóstico e tratamento

médico. Esses cuidados têm o propósito de recuperação, reabilitação e controle os quais são listados a seguir.

- Buscar e assegurar a assistência médica adequada para as diversas situações que comprometem a saúde sob os aspectos físico, biológico, patológico, psicológico e ambiental.
- Estar consciente e levar em consideração os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos.
- Realizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação prescritas, relacionadas a prevenção, recuperação e controle, como também funcionamento integral do ser humano, assim como a restauração de deformidades ou anomalias e a compensação das incapacidades funcionais.
- Ter conhecimento, observar e regular os efeitos colaterais e desconfortáveis provenientes das medidas de tratamento médico, incluindo os efeitos sobre o desenvolvimento.
- Aceitar-se e adaptar-se a um determinado estado de saúde e, conseqüentemente, aderir às modalidades específicas de atendimento de saúde.
- Aprender a viver e conviver (superar) com um determinado estado de saúde, promovendo o desenvolvimento pessoal sistemático e continuado.

Orem (2006) considera em sua teoria o conceito periférico chamado de fator condicionante básico, referente aos aspectos internos (intrínsecos) e externos (extrínsecos) que interferem nas capacidades e ações de autocuidado, como também na intensidade de autocuidado, que deve ser realizado em uma determinada situação do ponto de vista de requisitos universais, desenvolvimento e desvio de saúde.

A autora estabeleceu dez fatores condicionantes básicos e considerou como intrínsecos idades, sexo, estados de desenvolvimento e estado de saúde. Tomou como extrínsecos: a orientação sociocultural, os fatores do sistema de saúde, os fatores do sistema familiar, o padrão de vida, os fatores ambientais e a disponibilidade e adequação de recursos (OREM, 2006).

2.2.3 Relação entre os conceitos da teoria de Orem

As ações de autocuidado guardam relação com as capacidades de

Orem (2001) definiu em sua teoria os conceitos e proposições que orientam a prática profissional e que estão inseridos no chamado Metaparadigma de Enfermagem, envolvendo os quatro elementos centrais: seres humanos, saúde, ambiente e Enfermagem.

Os seres humanos são “homens, mulheres e crianças atendidas individualmente ou como unidades sociais” e constituem o “objeto material” dos enfermeiros e de outros que prestam assistência direta. Saúde significa “ser estrutural e funcionalmente inteiro ou sólido.” A saúde é também um estado que engloba tanto a saúde dos indivíduos quanto a dos grupos, e a saúde humana é a capacidade de refletir sobre si mesmo, simbolizar a experiência e comunicar-se com os outros. O ambiente tem aspectos físicos, químicos e biológicos. Ele inclui a família, a cultura e a comunidade. A Enfermagem é vista como uma arte por meio da qual o profissional de Enfermagem presta assistência especializada a pessoas incapacitadas, em que é preciso mais do que uma assistência comum para satisfazer as necessidades de autocuidado. O enfermeiro também participa de modo inteligente do atendimento recebido do médico (OREM, 1995, p.239-243).

O processo de Enfermagem, conforme Orem (1995), é um método de determinação das deficiências de autocuidado e a definição dos papéis do enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado do cliente. Compreende três fases, expressas no seguimento.

1 Diagnóstico de Enfermagem e Prescrição: determina as necessidades ou não de cuidados de Enfermagem. O enfermeiro realiza a coleta de dados, que são reunidos nas áreas das necessidades de autocuidado, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa, bem como o seu inter-relacionamento. São também recolhidos dados acerca dos conhecimentos, habilidades, motivação e orientação da pessoa.

2 Planejamento dos sistemas de Enfermagem, bem como do planejamento da execução dos atos de Enfermagem, em que o enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação. As duas ações envolvidas no planejamento dos sistemas de Enfermagem são a realização de uma boa organização dos componentes das exigências terapêuticas de autocuidado dos pacientes, e a seleção da combinação de maneiras de auxílio que sejam, ao mesmo tempo, efetivas e eficientes na tarefa de compensar ou sobrepujar os défices de autocuidado dos pacientes. As metas são compatíveis com o diagnóstico de

Enfermagem, capacitando o paciente a tornar-se um verdadeiro agente de autocuidados.

3 Produção e execução do sistema de Enfermagem, onde o enfermeiro pode prestar auxílio à pessoa (ou família) no que se refere a autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos de saúde. Inclui a evolução, onde paciente e enfermeiro, juntos, realizam a avaliação. A evolução é um *continuum*, e é fundamental que o enfermeiro e o paciente avaliem quaisquer modificações nos indicadores que afetariam o déficit de autocuidado, o agente de autocuidado e o sistema de Enfermagem.

É importante observar que, ao se comparar os passos do processo de Enfermagem definidos por Orem, nota-se que são compatíveis com as etapas do processo de Enfermagem, ou seja: à investigação, ao diagnóstico, ao planejamento, à implementação e à avaliação. A premissa de autocuidado de Orem é contemporânea dos conceitos de promoção e manutenção da saúde. O autocuidado pode ser comparado à saúde holística, pois práticas que promovem a responsabilidade da pessoa pelos cuidados com a própria saúde. Atualmente essa condição é muito importante, haja vista a necessidade cada vez mais premente de manter a pessoa que está hospitalizada o mais precocemente em seu domicílio ou em serviços ambulatoriais (FOSTER; BENNETT, 2000).

Existem variações neste sistema, como, quando alguém realiza ações de autocuidado, mas precisa de orientação e apoio, quando necessita de ensino para se desenvolver, quando clama por um ambiente propício para esse desenvolvimento ou quando é competente para realizar o autocuidado, porém, demanda a busca periódica por orientação. Esta última variação justifica a Consulta de Enfermagem, haja vista seu papel fundamentalmente consultivo. E é com base nestas premissas que se constituiu o instrumento de consulta de Enfermagem dirigido a pessoas com ferida crônica (FEIJÃO, 2011).

A viabilização e operacionalização do modelo assistencial baseado na SAE foi realizado por meio da adaptação do processo de Enfermagem de Dorothea Orem em três etapas, consoante expresso sequentemente.

1 Coleta de dados. Nesta etapa são coletados os dados pessoais e os fatores condicionantes básicos e, também, aqueles relacionados aos requisitos universais e *desenvolvimentais* de autocuidado e requisitos de autocuidado por desvio de saúde.

2 Plano de cuidados. Para a realização deste segmento, são identificados os diagnósticos de Enfermagem de acordo com os requisitos de autocuidado (universais, *desenvolvimentais* e desvio de saúde). Os défices de autocuidado são determinados com amparo na relação entre a existência de demandas de autocuidado e a capacidade de autocuidado do cliente para engajar-se em ações de autocuidado. Os resultados esperados são descritos, como também sobram elaboradas as intervenções de Enfermagem embasadas nos sistemas de Enfermagem: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e apoio-educação. A avaliação é realizada considerando as respostas do cliente mediante as intervenções de Enfermagem implementadas, como totalmente alcançado, parcialmente alcançado e não alcançado.

3 Prescrição de ações de autocuidado. Nesta fase, o plano terapêutico é definido junto com o cliente e/ou cuidador. As ações de autocuidado são definidas considerando os diagnósticos de acordo com os requisitos de autocuidado (universais, *desenvolvimentais* e desvio de saúde), com os resultados esperados referentes à resolubilidade destes diagnósticos. Nesta etapa, é também considerada a capacidade do cliente para o autocuidado e a avaliação é realizada mediante as ações de autocuidado executadas pelo cliente como totalmente alcançado, parcialmente alcançado e não alcançado.

2.3 O Processo de Enfermagem

O Processo de Enfermagem (PE) é a essência da prática de Enfermagem, é o “instrumento” e a metodologia da profissão, sendo o método científico que padroniza as ações de Enfermagem fundamentado em cinco fases (ou etapas) que são inter-relacionadas. Tais etapas são: investigação (histórico de Enfermagem), diagnóstico de Enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. O PE é o método que possibilita que os conceitos de uma teoria sejam aplicados e implantados na prática profissional, ou seja, é o método de resolução de problemas do cliente/paciente que pode ser uma pessoa, família ou comunidade (TANURE; GONÇANVES, 2010).

Conforme a *Nursing American Nursing Diagnose* (NANDA-I 2018-2020) (2018, p.88) “O processo de Enfermagem inclui a avaliação do paciente, diagnóstico de Enfermagem, planejamento, estabelecimento de resultados, intervenção e reavaliação contínua.” As fases do processo de Enfermagem são definidas agora.

A investigação é havida como a primeira etapa do processo de Enfermagem

para a coleta de dados abrangentes, relativos ao estado de saúde e identificação dos problemas reais e potenciais. É, portanto, a base de todas as demais fases do (PE), sendo o elemento-chave para segurança, exatidão e eficiência. São fases da investigação: coleta de dados, validação, agrupamento dos dados relacionados, identificação dos padrões/teste das primeiras impressões e comunicação e registro dos dados (ALFARO-LEFEVRE, 2014).

No PE, a fase de investigação é realizada pela coleta de dados do cliente (anamnese), do seu histórico de vida e do exame físico (EF). Sua execução requer o registro adequado das informações coletadas de maneira subjetiva (proveniente do cliente, cuidador ou familiares) ou objetiva (dados observados ou obtidos do prontuário). Essa etapa do PE é considerada o fundamento para o desenvolvimento da SAE e o planejamento de toda a assistência de Enfermagem, requerendo, para isto, dados indicadores recolhidos objetiva, fidedigna e abrangentemente.

O diagnóstico de Enfermagem foi definido na NANDA-I de 2013 (*apud* NANDA-I 2018-2020, 2018, p.88), como “[...] um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade.”

O planejamento consiste na “[...] etapa para determinar prioridades imediatas, estabelecer resultados esperados, definir as intervenções e a individualização do plano de cuidados.” A implementação significa “[...] colocar a estratégia em ação e verificar as respostas iniciais” e, na avaliação, “[...] verifica-se o alcance dos resultados esperados e define-se a tomada de decisão quanto às alterações que necessitam ser feitas”. (CHAVES, 2013, p.34).

2.4 A consulta de Enfermagem

A (o) enfermeira(o) utiliza o julgamento clínico e o conhecimento científico por meio da Consulta de Enfermagem (CE), expressa na Lei n. 7.498/86, estabelecida pelo anexo I da Portaria n. 648/2006, posteriormente alterada pela Portaria n. 1.625/2007 do Ministério da Saúde e, desde 1993, com base na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN/CE), torna-se obrigatória em todos os níveis de assistência à saúde em instituições públicas e privadas (ALENCAR *et al.*, 2017).

A CE guiada pelo autocuidado orienta a prática assistencial por meio de três pilares: manejo clínico adequado da doença crônica; mudanças necessárias no estilo

de vida; e valorização de aspectos emocionais do cliente - incluindo mudanças na visão de futuro, ou na maneira como ele lida e enfrenta a condição crônica e suas adversidades (TESTON *et al.*, 2017).

A conjunção de problemas expressa pelas feridas, especialmente as injúrias crônicas, refere-se à sua gravidade e influência negativa na vida das pessoas, evidenciadas pela evolução prolongada, dificuldades de cicatrização, afastamento do trabalho, retornos frequentes ao ambulatório para consultas e realização de curativos, problemas psicológicos, emocionais, familiares, sobressaindo-se, também, os de ordem socioeconômica, implicando custos tanto para o cliente quanto para o sistema de saúde. Soma-se a esses problemas a necessidade de uma prática sistematizada com a qual se possa trabalhar na assistência direta aos usuários dos serviços de saúde.

O cuidado de Enfermagem de pessoas com ferida precisa privilegiar ações dirigidas para as dimensões biológicas, sociais e psicológicas dessas pessoas, não se restringindo somente à ferida. É preciso considerar o ser humano em toda sua integralidade, da área lesionada até os fatores sistêmicos e psicossociais que podem alterar o decurso da cicatrização. Assim, para atender todas as necessidades de saúde e de doença da pessoa com feridas, torna-se imprescindível a utilização de tecnologias que privilegie a integralidade do cuidado de Enfermagem (BUSANELLO *et al.*, 2013).

Na perspectiva da tecnologia, o cuidado de Enfermagem cobre a capacidade do ser humano em buscar inovações, visando à qualidade e à resolubilidade da atenção em saúde, mediante a inter-relação pessoal, teorias, métodos e processos científicos (LOPES *et al.*, 2009).

As tecnologias de cuidado são definidas como um conjunto de conhecimentos científicos, empíricos e sistematizados, sob constante inovação nos processos de trabalho em saúde (MARTINS; DAL SASSO, 2008).

Com efeito, as tecnologias se tornaram instrumentos que passaram a embasar ações abstratas ou concretas, com a finalidade de produzir o cuidado no trabalho em saúde (ROCHA *et al.*, 2008).

A Consulta de Enfermagem, como instrumento utilizado para a Sistematização da Assistência de Enfermagem, é considerada uma tecnologia educativa, privativa do enfermeiro, regulamentada pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987, podendo ser considerada como a materialização do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009).

É constituída por etapas do método científico, sendo essencial na

identificação de situações de saúde-doença, na prescrição e implementação de medidas favoráveis à promoção, prevenção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação da pessoa, família e comunidade (COREN/SP, 1997).

Compõe-se de histórico de Enfermagem (compreendendo a entrevista e exame físico), diagnósticos de Enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de Enfermagem, em todos os níveis de assistência à saúde (COFEN, 2009).

Conforme preconizado na Resolução COFEN nº 159/1993, a Sistematização da Assistência de Enfermagem, com realização da Consulta de Enfermagem, é obrigatória em todos os níveis de atenção à saúde, em instituições públicas e privadas, tendo seus conceitos e obrigatoriedade ampliados na Resolução COFEN nº 358/2009.

Conforme Curcio, Lima e Torres (2009), a excelência no ato de cuidar deve-se a uma avaliação contínua proporcionada pela Consulta de Enfermagem.

Existe também uma valorização da troca de saberes na relação entre o profissional e o cliente, com o objetivo de proporcionar um cuidado confiável e de qualidade (CROZETA *et al.*, 2010).

Nessas circunstâncias, é possível depreender que a Consulta de Enfermagem fornece o padrão conceitual e operacional apropriado para o cotidiano da assistência de Enfermagem (FEIJÃO, 2011).

Sob esse aspecto, a Consulta de Enfermagem sistematizada aplicada à pessoa com feridas viabiliza trabalhar aspectos gerais de saúde-doença, como orientar quanto à prevenção e tratamento; estimular o autocuidado; implementar ações profiláticas e investir na adesão ao tratamento. E, apesar do caráter pragmático, intrínseco à ação em si, também abrange aspectos subjetivos da pessoa, considerando suas vivências e histórico cultural, com a finalidade de conceber um espaço de comunicação e vínculo, proporcionando o ambiente ideal para um cuidado humanizado (CURCIO; LIMA; TORRES, 2009).

Neste capítulo, foram apontados e esclarecidos os conceitos teóricos inter-relacionados às teorias de Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem, o Processo de Enfermagem e a Consulta de Enfermagem, que proporciona uma visão mais estruturada e abrangente com relação à assistência de Enfermagem, de modo a compreender melhor a prática do cuidado à pessoa com ferida crônica, objeto de formulação do capítulo 3.

3 PRÁTICAS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM À PESSOA COM FERIDA CRÔNICA

Este módulo aborda a prática do cuidado de Enfermagem da pessoa com ferida crônica, que vai desde o entendimento acerca da anatomia e fisiologia da pele, definições, classificação, tipos e conceitos básicos sobre ferida e cicatrização e avaliação da pessoa com ferida crônica. No manejo dessas pessoas, foram considerados os princípios no manejo da úlcera venosa, arterial, mista, lesão por pressão e úlcera de pé em diabéticos.

A vivência profissional da prática de cuidar em Enfermagem situa esta autora diante de pessoas com os diversos tipos de feridas ou lesões de pele e, principalmente, com injúrias crônicas, que, em razão da complexidade para seu manejo adequado, requerem uma abordagem integral e interdisciplinar do sujeito do cuidado. Constitui este um desafio dos diversos profissionais de saúde, cabendo aos oficiais da equipe de Enfermagem e, principalmente, aos enfermeiros, na assistência de Enfermagem, prestar cuidados, possibilitando a participação ativa dos sujeitos no que diz respeito a autocuidado, proporcionando melhor qualidade de vida.

Na compreensão de Almeida (2014), cuidar de pessoas com feridas constitui grande desafio multiprofissional na área de saúde, especialmente, na prática de Enfermagem, que deve desenvolver integralmente o cuidado, considerando quem tem uma ferida como um ser biopsicossocial e ultrapassando a simples técnica de realização de curativos.

Para que o cuidado de Enfermagem à demanda da pessoa com ferida crônica seja efetivo e eficaz, há necessidade de um acompanhamento profissional que lhe proporcione uma assistência integral e individualizada, que possibilite analisar as especificidades que influenciam direta ou indiretamente no tratamento terapêutico. Na equipe de Enfermagem, o enfermeiro exerce papel fundamental no que diz respeito à avaliação da pessoa com ferida crônica, pois é aquele que possui competência técnica, ética e habilidade para gerenciar em sua prática diária os cuidados diretos às pessoas com esse tipo de etiologia, além de ser aquele que permanece mais tempo dedicado a elas.

3.1 Anatomia e fisiologia da pele

A pele, conhecida como *cútis* ou tegumento cutâneo, é o maior órgão do corpo humano, com extensão de aproximadamente 2 m², e cerca de 15% do peso corporal. Sua espessura varia de 0,05 a 6mm, conforme a área revestida, e recebe perto de um terço do volume sanguíneo circulante. É formada por três camadas: uma superior ou epiderme, composta das camadas basal, espinhosa, granulosa e córnea; uma intermediária, a derme ou cório, e uma profunda, a hipoderme ou tecido celular subcutâneo.

A pele exerce diversas funções, entre as quais se destacam: proteção, imunológica, termorregulação, pigmentogênica, sensorial, secretória, produção de vitamina D e proteção do DNA / reparo de danos (VERAS FILHO, KASSUGA, 2014).

As agressões oriundas de fatores patológicos intrínsecos e extrínsecos podem levar a alterações na constituição da pele e à sua incapacidade funcional, o que caracteriza uma ferida.

3.2 Definições, classificação, tipos e conceitos básicos sobre ferida e cicatrização

Há necessidade de serem compreendidas as definições básicas aplicáveis ao cuidado com feridas, para que sejam assimilados os conceitos e os princípios da sua cicatrização.

Genericamente, o conceito de ferida se aplica a qualquer ruptura da integridade de um tecido ou órgão, que pode atingir desde a epiderme, que é a camada mais externa da pele, até estruturas mais profundas como fâscias, músculos, aponeuroses e órgãos cavitários, podendo ser causada por agentes físicos, químicos ou biológicos (GEOVANINI, 2014).

Conforme a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), ferida é como uma lesão tecidual associada normalmente a danos físicos ou mecânicos, que inclui a formação de crostas e tunelização dos tecidos; drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele circundante macerada e anormal; aumento da temperatura da pele; mau odor; sensibilidade dolorosa aumentada (GARCIA, 2015).

Existem distintos tipos de feridas crônicas, que podem ser classificadas quanto à/ao: etiologia (patológicas, p. ex., úlceras vasculogênicas: venosa, arterial,

mista); iatrogênicas (p.ex., radiodermites), intencionais ou cirúrgicas; acidentais ou traumáticas e causadas por fatores externos; evolução (crônicas e agudas); complexidade (simples e complexas); comprometimento tecidual (estádios e graus, p. ex., lesão por pressão); abertas e fechadas; espessura (superficial, profunda parcial e profunda total); existência ou ausência de infecção (não infectadas e limpas, contaminadas, colonizadas, infectadas ou sépticas) (GEOVANINI, 2014).

Essas feridas crônicas, conhecidas também como complexas, caracterizam-se por sua longa duração, com o desenvolvimento da cicatrização maior do que seis semanas (LIZARRAGA; SANZ; MARTOS, 2011).

Além disso, as recidivas são frequentes, causando graves transtornos individuais e sociais; surgem associadas a doenças como *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, hanseníase, neoplasias e problemas neurológicos, dentre outras (GEOVANINI, 2014).

Independentemente da origem ou etiologia da ferida, o impacto na vida do e seu meio social é muito intenso, haja vista as alterações físicas, anatomofuncionais e de mobilidade que podem causar. Conviver com uma ferida é uma experiência desgastante, por suas características deformantes, incapacitantes e limitantes com referência à realização de projetos de vida, podendo causar dependência, alteração da rotina, hábitos e valores, frustração, raiva, isolamento social, tristeza e baixa autoestima. É importante ressaltar que essas dificuldades podem ser superadas com acolhimento e intervenções terapêuticas resultantes da atuação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar capacitada, experiente e comprometida que garanta uma assistencial integral, individualizada, humanística e especializada dos sujeitos do cuidado, no sentido de proporcionar-lhes melhor qualidade de vida (GEOVANINI, 2014).

Para Passo, Nobre e Carvalho (2016), além dos aspectos citados anteriormente, a ferida precisa ser entendida como um acontecimento de responsabilidade ética, social e profissional dos enfermeiros. Ressaltam, ainda, que as feridas constituem problemas em todos os ambientes do cuidado. Nos últimos dez anos, uma demanda crescente de pessoas com ferida das mais diversas etiologias busca cuidados nas unidades ambulatoriais e hospitalares, além daquelas que, impossibilitadas de mobilização, demandam cuidados domiciliares em serviços de *home-care*.

Após a lesão tecidual de qualquer natureza, o organismo desencadeia a cicatrização - fenômeno biológico, altamente complexo, um processo sistêmico que exige do organismo a ativação, produção e inibição de grande número de componentes moleculares celulares que, em uma sequência ordenada e contínua, contribuem para a restauração tissular (PETRI, 2016).

Conforme Petri (2016), a resposta tecidual às lesões é composta de três estádios sobrepostos: fase inflamatória, regenerativa (proliferativa) e reparadora (remodelamento).

A fase inflamatória começa com o início da lesão e a morte das células do tecido lesado. Caracteriza-se por aumento da permeabilidade capilar, afluxo de leucócitos trazidos pela corrente sanguínea, para o local da ferida, e liberação de mediadores bioquímicos (histamina, serotonina, leucotaxina, bradicinina, prostaglandinas, tromboxanos, linfocinas). Ocorre a hemostasia pela concentração de plasma e eritrócitos que compõem o exsudato inflamatório que é rico em fibrinogênio e transforma-se em fibrina, com propriedades hemostáticas. Nesta fase a ferida é dolorosa e se expressa com edema, calor e eritema. Dura aproximadamente 72h.

A fase regenerativa caracteriza-se pela formação do tecido de granulação de tonalidade avermelhada em virtude da proliferação de tecido endotelial (angiogênese), o qual ocorre com a migração celular desde as bordas da ferida. Há a produção de substância fundamental, composta por glicosaminoglicanas, material gelatinoso que contém água e eletrólitos, e mucopolissacarídeos associados à produção, à orientação e ao tamanho das fibras colágenas. O colágeno é uma proteína fibrosa responsável pelo preenchimento da ferida com uma estrutura densa capaz de unir firmemente os tecidos lesados. Essa fase pode durar de um a 14 dias.

Na fase reparadora, a densidade celular e a vascularização da ferida diminuem, enquanto ocorre a maturação das fibras colágenas. O tecido cicatricial formado previamente é objeto de remodelação, e o alinhamento das fibras é reorganizado para aumentar a resistência do tecido e diminuir a espessura da cicatriz, reduzindo a deformidade. Esse período pode ser de até seis meses.

Na avaliação das feridas, torna-se necessário conhecer se a cicatrização acontecerá por primeira, segunda ou terceira intenção.

A cicatrização por primeira intenção ocorre quando as bordas da ferida são unidas por sutura com fio cirúrgico, com perda mínima de tecido. Geralmente, são as feridas cirúrgicas, onde é gerada uma epitelização mais rápida, com diminuição da

possibilidade de infecção e menor contração cicatricial. É o formato de cicatrização ideal (SBALCHIERO; ARNAUT JR.; COLUCCI, 2014).

A cicatrização por segunda intenção ocorre quando há perda excessiva de tecido e as extremidades ficam afastadas. A contratatura só será inibida se a ferida estiver toda epitelizada. Incluem-se nesses casos as feridas crônicas. Em geral, as cicatrizes são pouco estéticas, podendo resultar em cicatrizes hipertróficas e fibróticas (CARMAGNANI *et al.*, 2009; SBALCHIERO; ARNAUT JR.; COLUCCI, 2014).

A cicatrização por terceira intenção é conhecida também como cicatrização por primeira intenção retardada ou tardia. Ocorre com deiscência e sutura posterior e, geralmente, são as feridas infectadas que, após terem o processo infeccioso resolvido, suas bordas são aproximadas fibróticas (SBALCHIERO; ARNAUT JR.; COLUCCI, 2014).

As considerações gerais sobre as feridas, como a definição, classificação, tipos e conceitos básicos sobre a cicatrização, exprimem-se como necessárias, pois remete ao fato de que, além de serem abordados estes conceitos, deve-se lembrar que todas as vezes que se avalia uma ferida, se avalia uma pessoa com ferida e não apenas um ferimento. Isso ajudará o profissional desta atuação a ter uma visão geral durante a avaliação inicial e garantirá uma monitorização efetiva e a cicatrização bem-sucedida. Cuidar-se-á, na sequência, da avaliação da pessoa com ferida.

3.3 Avaliação da pessoa com ferida crônica

A complexidade do cuidado à pessoa com ferida crônica envolve vários aspectos relevantes, principalmente no que diz respeito a abordagem, holística e multidisciplinar, com uma avaliação individualizada e registros sistematizados para o acompanhamento da evolução, que permita visualização sistêmica, identificação de riscos e ampliação da comunicação, visando ao atendimento adequado e resolutivo das necessidades inerentes a estas pessoas (STAMBASSI, 2015).

O tratamento de feridas começa com sua avaliação e documentação, etapa que deve acontecer antes do planejamento e da implementação das intervenções terapêuticas. A adequação do plano de cuidados e da avaliação da ferida é possível somente quando as observações e os resultados das intervenções são documentados. O trabalho de avaliação e documentação das feridas é a base de todas as medidas preventivas e terapêuticas, sendo este um conhecimento específico. Dessa forma

entende-se que documentar o cuidado é parte integrante da avaliação do paciente com ou sem ferida (ARON; GAMBA, 2009).

A avaliação é algo sistemático, sendo planejada e contínua, que considera os aspectos relativos à qualidade, econômicos e culturais que, se forem comparados com a história inicial, fornecem indícios de melhora ou não do caso clínico (CHANES, 2018).

A avaliação baseia-se na coleta de informações e na sua interpretação, com o intuito de acompanhar a evolução da cicatriz e assegurar um plano de cuidados adequado (DEALEY, 2001).

Na coleta de informações os dados são obtidos objetivamente (dados observados ou o que estão no prontuário, é o que é confirmável p. ex., área da ferida) e subjetivos (oriundos do cliente, familiares ou cuidador, p.ex., queixa de dor). O método clínico compreende o exame clínico (anamnese e exame físico) e os exames complementares (exames laboratoriais e raio X), que auxiliam o diagnóstico médico e de Enfermagem. As informações são colhidas por meio de entrevista (anamnese), inspeção, palpação, percussão e ausculta (exame físico) (SAAR; LIMA, 2008).

Avaliação é um termo que traz em si implicações referentes, não apenas, ao tratamento da ferida, como também à sua prevenção. Fazem parte dessa mensuração as avaliações físicas globais, da pele, de risco e avaliação da ferida (NIX, 2012).

Uma adequada avaliação da pessoa e da ferida, em que são considerados todos os fatores locais e sistêmicos que influenciam a evolução normal da cicatrização, garantem a eficácia do tratamento da ferida (SANTOS; QUEIROZ; PERES, 2015).

Na avaliação sistêmica, deve-se verificar as condições sistêmicas que podem influenciar a integridade tissular e a cicatrização.

Conforme Giovanini, (2014) são os principais fatores que interferem no cicatrização: as alterações da irrigação sanguínea periférica que reduzem a perfusão tecidual, comprometendo a oxigenação local e o aporte de outros nutrientes, a isquemia prejudica a cicatrização e aumenta o risco de infecção da ferida; os desequilíbrios nutricionais - como a deficiência de proteínas, calorias, vitamina A e E, zinco, arginina e glutamina - alteram a cicatrização, assim como a desnutrição e a obesidade; a desidratação dificulta a epitelização, a contração e a granulação da ferida, pois elas ocorrem mais rapidamente num ambiente úmido do que num local seco; as flutuações da temperatura - como as extremas - produzem lesões teciduais; as patologias associadas/comorbidades - como diabetes, doenças imunológicas, câncer,

insuficiências vasculares, entre outras.

No câncer e tratamento oncológico, o paciente, em geral, denota má nutrição e hipoalbuminemia, e a quimioterapia e a radioterapia também inibem a proliferação celular; medicação associada - como os corticóides - têm um efeito anti-inflamatório, antimitótico, com diminuição da síntese dos componentes da matriz e atraso na epitelização; os esteróides também interferem na cicatrização, inibindo a proliferação de fibroblastos, e também interferem na estrutura e entrelaçamento do colágeno, tornando o tecido que recobre a ferida frágil; dor e estresse aumentam a produção de glicocorticóides, que ocasionam o aumento da glicose no sangue; também dificultam a migração de granulócitos e macrófagos, deprimem o sistema imunológico e a resposta inflamatória; à medida que a idade avança, o ritmo do metabolismo celular diminui e o risco de desnutrição aumenta em decorrência da má absorção; o tabagismo está associado a maior incidência de complicações, pois reduz a síntese de colágeno e provoca vasoconstrição e redução da oxigenação tecidual; a infecção retarda a cicatrização por competir com a ferida por nutrientes, além de prolongar a fase inflamatória e atrasar a síntese de colágeno e epitelização; tecido inviável (necrose) impede a migração epitelial e de nutrientes para o leito da ferida. A necrose propicia a proliferação de bactérias.

No que diz respeito à avaliação local da ferida, esta requer, primeiramente, a limpeza do leito para retirada de debris, resíduos de coberturas e outros produtos tópicos, os quais podem dificultar ou impedir a visualização da arquitetura do leito. São necessários, também, a observação da cobertura removida e o tempo de permanência sobre a ferida, pois trazem informações importantes sobre as características do exsudato e possíveis sinais de infecção (SANTOS; QUEIROZ; PERES, 2015).

A seguir, abordam-se os parâmetros e variáveis a serem observados na avaliação local das feridas.

A etiologia da ferida pode ser determinada pela sua localização anatômica quando da investigação. Por exemplo, uma ferida localizada em uma proeminência óssea de um paciente com mobilidade reduzida é sugestiva de lesão por pressão; feridas localizadas no maléolo medial podem indicar origem vasculogênica. A localização pode indicar também problemas potenciais, como o risco de contaminação nas feridas da região sacral ou perineal (NIX, 2012).

Outro aspecto relacionado à localização da ferida é o fato de haver maior

segurança e durabilidade da cobertura sobre a lesão em decorrência da maior ou menor facilidade de fixação (DEALEY, 2008).

Outra variável diz respeito à complexidade das feridas que, conforme Smaniotto *et al.* (2010), são classificadas em simples e complexas.

As feridas simples seguem o curso fisiológico da cicatrização e perpassam as três fases do decurso cicatricial - inflamatória, regenerativa e reparativa ou de maturação - com manifestações clínicas e cronologias esperadas. As feridas complexas são lesões que não seguem o curso fisiológico da cicatrização, demandam tempo cicatricial além do esperado, em consequência de processos infecciosos, perdas teciduais extensas e traumas que submetem a risco a integridade e a viabilidade de órgãos e membros. Podem necessitar de reparação cirúrgica (ATTINGER; BULAN; BLUME, 2006).

As feridas complexas podem decorrer de lesões agudas ou crônicas da pele e dos tecidos profundos. Seu manejo clínico e a cicatrização pelos tratamentos não se mostram de fácil operacionalização, necessitando de assistência interdisciplinar, definindo-se sob quatro parâmetros: extensa perda de tegumento, infecção local e comprometimento da viabilidade dos tecidos superficiais e associação a doenças sistêmicas que dificultam a fisiologia de reparação tecidual.

O diagnóstico etiológico é importante por predizer ao avaliador características e manifestações clínicas tópicas e sistêmicas esperadas para cada lesão. Para algumas lesões de pele, é possível determinar a etiologia, considerando apenas o conhecimento sobre a patogenia e as características das manifestações clínicas, como, no exemplo, a lesão por pressão. Existem, no entanto, feridas de custoso diagnóstico etiológico que necessitam de exames laboratoriais específicos ou características histológicas patognomônicas (KONOPKA *et al.*, 2013).

Nessa perspectiva, remeter-se-ão, na investigação sob relato, às úlceras venosa, arterial e mista, às lesões por pressão e às úlceras de pé em diabéticos.

A cicatrização da lesão recebe influência direta da perda tecidual. Geralmente, as diretrizes norteiam a nomenclatura para essa avaliação, conforme a etiologia, o grau de destruição tissular e o envolvimento de estruturas profundas. Existem sistemas de classificação para padronização e manutenção de registros específicos que avaliam a profundidade de acordo com a perda de tecido. O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) validou um instrumento que descreve o estadiamento das lesões por pressão, com base no comprometimento tecidual,

classificação mostrada quando da abordagem da lesão por pressão, mais adiante. O mesmo será feito em relação à abordagem da classificação da úlcera de pé em diabéticos.

Relativamente às lesões não norteadas por diretrizes nacionais ou internacionais, orienta-se utilizar a classificação relativa à espessura em que a perda tecidual é descrita, como segue: a ferida superficial é aquela que envolve a epiderme e a porção superior da derme. A ferida profunda superficial, a seu turno, destrói a derme e o tecido subcutâneo, com perda total da espessura da pele, envolvendo danos ou necrose do tecido subcutâneo. Entrementes, na ferida profunda total, ocorre a destruição ou a perda total da epiderme da derme e do tecido celular subcutâneo, atingindo o tecido muscular e as estruturas adjacentes. Pode ocorrer destruição muscular e óssea (GIOVANINI, 2014).

Dando continuidade à avaliação local da ferida, passa-se a observar o seu leito. Conforme Nix (*apud* SANTOS; QUEIROZ; PERES, 2014, p.25) no leito da ferida, o tipo e a quantidade de tecido são indicativos da gravidade e cronicidade da ferida, fase de cicatrização em que se encontra, evolução e eficácia das intervenções realizadas. O leito da ferida pode mostrar uma combinação de variados tipos de tecido que podem ser viáveis, compostos por células vivas, como o de granulação e epitelização, e inviáveis, como a fibrina e os necróticos ou mortos. É recomendado descrever em termos de percentuais (p. ex., “60% da área da ferida contém esfacelo e 40% contém tecido de granulação”).

O tecido de granulação é um tecido viável, considerado um dos mais importantes da cicatrização, tem coloração avermelhada ou rósea forte, aparência brilhante e úmida, formado por fibroblastos, tecido conjuntivo e novos vasos sanguíneos, que surgem por meio de angiogênese (GIOVANINI, 2014).

O termo *granulação* decorre da extremidade dos laços capilares que parecem granular. Esse tecido é indolor, porém sangra ao ser tocado, devendo-se evitar durante a realização do curativo fricção, remoção e toque (DEALEY, 2008; GIOVANINI, 2014).

A cor vermelha decorre da hemoglobina das hemácias que circulam pelo tecido. Este, de granulação pálida, de aspecto pouco granular ou liso, pode ser considerado um tecido limpo sem granulação, porém possui uma capacidade diminuída para a migração celular, com neoangiogênese diminuída (IRION, 2012; NIX, 2012).

Conforme Dealey (2001), ocasionalmente, quando o leito da ferida já está

preenchido com o tecido de granulação, este continua a crescer excessivamente, fazendo com que a base da ferida exceda a altura da pele. Isto foi descrito como hipergranulação, granulação exuberante, granulação hipertrófica e supergranulação. Torna-se um problema por impedir as células epiteliais de se espalharem pela ferida.

O tecido de epitelização é um novo tecido epitelial que se desenvolve desde as bordas para o centro das lesões ou como “ilhas” ou “ilhotas” de epitelização em feridas com grande área de superfície. Tem tonalidade branca, rosada ou brilhante (pele). A revitalização consiste no preenchimento da ferida pelo tecido conjuntivo. Após esse processo, as células epiteliais crescem rapidamente, garantindo a continuidade do revestimento que no início é por demais fina e deixa transparecer o tecido conjuntivo, avermelhado e mais denso. Com o tempo, o epitélio torna-se mais espesso, sedimentando o processo (DEALEY, 2001; GIOVANINI, 2014).

Os tecidos inviáveis que podem ser encontrados no leito da ferida são: a fibrina, “[...] restos de produtos da atuação dos macrófagos no processo de limpeza natural da lesão”; o tecido fibrinoso, que é uma “[...] fibra amarelada insolúvel fortemente aderida ao tecido de granulação que realiza hemostasia em pontos sangrantes”. (ALMEIDA, 2014, p. 462).

Concernentemente a este tecido, existem discussões em torno de sua classificação como tecido viável ou inviável. Ele surge por meio de um fenômeno fisiológico, com a reação vascular e inflamatória local, em decorrência do trauma tecidual, e seu objetivo é de promover a hemostasia. Após esse processo, ocorre a fibrinólise, ou seja, a degradação da fibrina pela ação da plasmina. Se a fibrina não dissolver, ela forma sobre o leito da ferida uma camada endurecida difícil de ser removida e que, em excesso, é impossível de cicatrizar e precisa de desbridamento para ser removida (FRANCO, 2001; FERREIRA *et al.*, 2010).

Outro tecido inviável encontrado no leito configura a necrose ou tecido desvitalizado, que resulta da morte celular em um tecido ou órgão, ocorrendo a perda da função orgânica e do metabolismo, de maneira irreversível. Caracteriza-se por uma coloração preta, marrom ou acastanhada, sua consistência pode ser dura e seca ou menos frequentemente macia, dependendo do grau de hidratação, e se mostra solto ou aderido ao leito ou às bordas da ferida. Os tecidos necróticos podem ocultar grandes quantidades de exsudato purulento, evidenciando ferida infectada (ALMEIDA, 2014; GIOVANINI, 2014; SANTOS, QUEIROZ, PERES, 2015).

O esfacelo, necrose de liquefação ou liquefativa, é composto por bactérias,

leucócitos, fragmentos celulares, exsudatos, fibrina, elastina e colágeno. É caracterizado por uma coloração amarelada, marrom, acizentada ou acastanhada. A aparência é de um tecido fibrinoso ou mucinoso, de consistência amolecida, semifluida ou liquefeita. Pode estar firme ou frouxamente aderido ao leito da ferida. É associado, geralmente, à infecção bacteriana, em que as enzimas bacterianas e leucocitárias contribuem para a digestão das células mortas, ocasionando a destruição completa da arquitetura tecidual, o que resulta na formação de uma massa residual amorfa - daí o termo **liquefação** (GIOVANINI, 2014).

A escara ou necrose coagulativa, conhecida entre os profissionais de saúde, utilizada equivocadamente como sinônimo de úlcera por pressão, ocorre pela desnaturação de proteínas estruturais e enzimáticas e por perda de água. O termo **coagulação** refere-se ao aspecto físico de albumina coagulada. Em virtude da desidratação, a célula necrótica passa do estado líquido para o sólido, originando um tecido morto que se exprime como opaco, turvo, seco e com coloração que varia do amarelo-pálido ao acinzentado (GIOVANINI, 2014).

A necrose gangrenosa é chamada simplesmente de gangrena, lesão provocada por isquemia de algum membro ou pela ação de microrganismos. Ela pode ser úmida ou seca, dependendo da quantidade de água. Na seca há perda de líquido por evaporação, insuficiência de nutrientes ou quando os tecidos são alvos da ação de substâncias químicas, tornando-os endurecidos e escuros, tendendo à mumificação. Umidamente, associa-se, geralmente, à proliferação de microrganismos da lesão. A gangrena exala odor pútrido e frequentemente denota bolhas gasosas. A gangrena pode ser definida como a evolução de uma necrose de coagulação, e não como um tipo isolado de necrose (GIOVANINI, 2014).

Exsudato, a seu turno, é um termo originário do latim *exsūdāre*, que significa fluir para fora. Conforma um fluido da ferida que pode variar em quantidade, cor e odor, características estas que subsidiarão o diagnóstico diferencial da ferida e de sua infecção. Sua ocorrência no leito da ferida é uma reação normal da cicatrização, é frequente na fase inflamatória, devido ao extravasamento de plasma, que é decorrente da vasodilatação dos pequenos vasos, provocada por traumas (BORGES, 2008; KUMAR, 2010).

O exsudato contém diversas substâncias, incluindo a água, eletrólitos, nutrientes, mediadores inflamatórios, células brancas, enzimas (como as metaloproteinases – MMPs), fatores de crescimento e resíduos extracelulares. Quanto

à cor o exsudato pode ser caracterizado como seroso, se houver o equivalente do soro (parte líquida do sangue sem proteína), se expressa com a coloração transparente ou levemente amarelada e consistência líquida e aquosa encontrada nas lesões limpas (WUWHS, 2007).

Irion (2012, p.145) explica que a denominação exsudato seroso é considerada inapropriada, visto que o “[...] líquido aquoso e transparente presente nas lesões é um transudato por ser constituído de água e pequenas partículas, como eletrólitos, e que o exsudato é constituído de partículas maiores, como células sanguíneas e proteínas.” Ressalta, porém, que, nem sempre, essa distinção pode ser feita visualmente.

O exsudato sanguinolento ou hemorrágico tem coloração vermelha intensa, é compatível com o sangue venoso e sua consistência é de fluido sanguíneo indicativo de lesão vascular. O exsudato purulento ou supurativo é formado por leucócitos e proteínas, produzido por um processo asséptico ou séptico, tem coloração esbranquiçada, amarelada e esverdeada, consistência espessa e/ou viscosa, que indica um processo infeccioso. Um exsudato serossanguinolento tem coloração de rósea a vermelha clara e consistência de fluido aquoso. Um exsudato piossanguinolento tem coloração esbranquiçada e/ou acastanhada, amarelada e esverdeada, associadas com coloração avermelhada e, pelo fato de haver sangue, a consistência é espessa (CAMPOS; SOUSA; VASCONCELOS, 2016).

Em relação à quantidade do exsudato, pode ser utilizado o parâmetro de 12 gazes igual a 100% do curativo. Para o curativo com exsudato ausente, seco ou escasso (ferida seca ou com exsudato não mensurável); para a quantidade pequena até três gazes (até 25% do curativo-padrão saturado); para a moderada, quatro a nove gazes (25 a 75% do curativo saturado); e grande ou abundante, acima de dez gazes (+ 75% do curativo saturado) (BELO HORIZONTE, 2006; AFONSO *et al.*, 2014; AMANTE, 2015).

Quanto ao odor, o exsudato pode ser classificado como de inodoro a pútrido. Embora as feridas “saudáveis”, colonizadas pela flora normal da pele, não expressem odores, não se pode afirmar que a ausência de odor possa garantir que não há infecção. O odor pode ser descrito como não existente; o odor caracteriza-se por ser suportável, exalado no descobrimento da lesão; fétido, caracteriza-se por um odor desagradável que provoca uma reação de afastamento; o odor pútrido caracteriza-se por ser um odor fétido forte, associado a carne em decomposição (IRION, 2012).

Vale salientar que algumas coberturas, quando em contato com o exsudato da ferida, podem expressar odor. No concernente à mensuração do exsudato, existe um *continuum* de descrições, como ressecada, mínima, máxima (ou copiosa), para definir o seu volume (SANTOS, QUEIROZ, PERES, 2015).

As expressões **secreção máxima** ou **copiosa** podem ser usadas quando os curativos primários e os secundários estiverem embebidos pelo exsudato; volume moderado, quando o curativo primário está quase completamente molhado, porém não saturado; e volume mínimo, quando tiver uma pequena área de umidade no curativo. A descrição do volume do exsudato, como pequena, média e grande quantidade, é uma maneira subjetiva e pouco confiável, em razão das possíveis trocas de curativos que antecedem o registro da avaliação do volume (IRION, 2012).

Assim, o método da observação das gazes molhadas retiradas do curativo é mais preciso para avaliar o quantitativo do exsudato, que pode ser descrito em: pouco exsudato - até cinco gazes; exsudato moderado - de cinco a dez gazes; e exsudato acentuado - mais de dez gazes. Com relação às taxionomias da quantidade do exsudato comumente utilizadas e descritas pelos autores há pouco mencionados, ressalta-se que, para avaliar fidedignamente o volume do exsudato, não deve ser considerado apenas o parâmetro da quantidade de gazes utilizadas, uma vez que existe atualmente uma variedade de coberturas em substituição às gazes convencionais que exprimem tecnologias específicas para gerir o exsudato. Assim, para tornar precisa a avaliação da quantidade de volume, deve-se descrever informações adicionais, como o aspecto do leito da ferida, entre outras variáveis que complementarão a avaliação.

No leito da ferida, o biofilme consiste em comunidades heterogêneas e dinâmicas que estão em mudança contínua, formadas por fungos e bactérias móveis (planctônicas) que se unem na superfície das lesões crônicas, envolvidas por uma capa protetora denominada glucocálix, que é uma complexa matriz de substâncias poliméricas (macromoléculas que formam película) produzidas pelas próprias bactérias que as protegem contra os agentes antimicrobianos e o sistema imune. Não representa um tipo de necrose (WUWHS, 2008; WIDGEROW, 2010; ALMEIDA, 2014).

Nesse biofilme, podem ser encontrados estratos aeróbicos e anaeróbicos com importante potencial infeccioso e multirresistente que enfraquece o organismo, danifica o leito e enfraquece o organismo, comprometendo toda a cicatrização. Até o momento não existem métodos rotineiros para detecção do biofilme: eles não são

visíveis a olho nu e as técnicas de cultura não podem confirmar se em algum crescimento bacteriano há ou não biofilme. A estrutura do biofilme é microscópica, no entanto, quando se desenvolve por extenso período, pode tornar-se espessa o suficiente para ser observada a olho nu. Clinicamente, os biofilmes são descritos como uma camada fina translúcida e brilhante na ferida infectada, que não responde às terapias antimicrobianas tradicionais. A eliminação do biofilme facilita a cicatrização, devendo ser realizado o desbridamento, o que favorece a cicatrização das feridas crônicas (WUWHS, 2008; ALMEIDA, 2014; WIDGEROW, 2015).

As feridas devem ser também avaliadas quanto à borda/margem e pele periferida. Os limites anatômicos das feridas são definidos pelo leito, pelos bordos/bordas, pelas margens e pela pele perilesional. O leito é a área central da ferida, vascularizada, preenchida por tecido de granulação e/ou necrose, cuja extremidade é limitada pelos bordos (contorno interno da ferida), onde se inicia a etapa da epitelização. A margem funciona como um contorno externo da ferida e limite anatômico entre os bordos e a pele perilesional. A borda ou margem da ferida fornece informações importantes referentes ao processo cicatricial, (epitelização) e à cronicidade e a sua etiologia. A ferida em decurso de cicatrização normal deve ter, além do tecido de granulação saudável (sem infecção ou tecido desvitalizado e umidade controlada), evidência de epitelização em suas bordas (EWMA, 2004).

Na última fase da cicatrização, quando a epitelização está retardada, o tratamento estabelecido deve ser reavaliado. Existem causas que impedem a migração celular das margens para o centro da ferida, como a hipóxia, infecção e trauma, que podem estar relacionadas a um autocuidado inadequado (SANTOS; QUEIROZ; PERES, 2015).

Recomenda-se avaliar a área perilesional em torno de 4 cm da borda da ferida. Ela pode exibir alterações, como maceração, hiperqueratose, endureção, alterações na coloração, sinais florísticos (calor, rubor, edema e dor), dermatites e descamação (AFONSO *et al.*, 2014).

As feridas podem expressar os seguintes tipos de bordas de acordo com Campos, Sousa, Vasconcelos (2016): indistinta/difusa – em que não há possibilidade de distinguir claramente o contorno da ferida; aderida - isto é, plana e nivelada com o leito da ferida; não aderida - em que a falta de aderência ao leito pode propiciar a formação de túneis/trajetos fistulosos e de abscessos; macerada ou tecido macerado, em que a pele fica com uma coloração esbranquiçada e intumescida, surge nas bordas,

margens e pele adjacente, nas pregas cutâneas e fístulas quando há excesso de umidade em razão do aumento da exsudação.

Quando o curativo permanece por longo tempo sem substituição, contribui para a umidade excessiva. Portanto, quando a cobertura secundária estiver saturada, a frequência da limpeza e troca deve ser aumentada para evitar maceração (GIOVANINI, 2014).

A epibolia é um distúrbio comum que acontece quando a margem e a borda da ferida dobras entre si. Nessa condição, as células epiteliais entram em contato umas com as outras e ocorre a parada da reepitelização, que é corrigida por meio de incisão cirúrgica para remover a margem enrolada, restabelecer uma margem livre e aplicar o nitrato de prata à extensão da margem (IRION, 2012).

O descolamento consiste na perda de tecido abaixo da superfície da pele intacta, que compromete as bordas da ferida. A perda de tecido pode não estar aderida na borda da ferida (MATSUI *et al.*, 2011; KEAST *et al.*, 2004).

A borda fibrótica apresenta um tecido de coloração amarela ou branca, que adere ao leito da ferida, e consistência endurecida, rígida, decorrente de áreas cicatrizadas. Na hiperqueratose, ocorre sobreposição da camada córnea da epiderme, formando um tecido bem espesso, endurecido, de cor amarelada (CAMPOS, SOUSA, VASCONCELOS, 2016).

O túnel ou trajeto é uma erosão linear que se estende com procedência em uma ferida. Tais estruturas formam-se normalmente no plano de fáscia. A expressão *formação de seios* ocorre normalmente quando há erosão de tecido subcutâneo decorrente de um abscesso (seio é o espaço criado pelo abscesso). A fístula é uma abertura que ocorre anormalmente entre duas estruturas. No caso da abertura em uma ferida, deve ser introduzida uma sonda cuidadosamente, para descobrir se uma abertura na ferida é um simples trajeto até um seio ou uma fístula (IRION, 2012).

O eritema se mostra como uma vermelhidão da pele, conseqüente de um afluxo maior de sangue arterial como resultado de uma hiperemia ativa (dilatação das arteríolas). Eritema associado a prurido e descamação é sinal de dermatite. Eritema e calor podem indicar infecção. Somente eritema pode proceder de uma alergia causada por uma cobertura (dermatite de contato) (DEALEY, 2008; THOMPSON *et al.*, 2013; REGINALDI, 2014).

Observar a cor da pele é importante, pois, apresentando-se avermelhada,

pode indicar celulite, área de pressão, dermatite de contato ou vasculite; com tom arroxeado, pode ser sinal de hematoma subjacente ou uma área isquêmica (PINA; FURTADO; ALBINO, 2007; KEAST *et al.*, 2004; BENBOW, 2011).

Se, ao palpar os tecidos da pele perilesional, for detectada uma sensação de crepitação, significa haver gás dentro dos tecidos, uma evidência de infecção. Se ocorrer inflamação ou bolhas, pode indicar condições patológicas. As vesículas são saliências que contêm líquido claro em seu interior e têm diâmetro inferior a 0,5 cm, ao passo que as bolhas são lesões elevadas em abóbada, contendo líquido citrino, hemorrágico ou purulento e com diâmetro maior do que 0,5 cm (KEAST *et al.*, 2004; WUWHS, 2008; REGINALDI, 2014).

Na avaliação local das feridas, existem vários fatores que podem interferir, retardando ou mesmo prejudicando a cicatrização, podendo ser citada a infecção onde os microrganismos competem com o tecido em formação pelo oxigênio e pelos nutrientes. A infecção inibe a produção de colágeno pelos fibroblastos e estimula os leucócitos a liberar lisozimas, enzima que destrói o colágeno. São indicadores de infecção: cicatrização retardada, mudanças nas características da dor (aumento), descoloração (relacionada ao leito da ferida), ou tecido de granulação friável (que sangra facilmente), odor anormal, aumento da temperatura da pele (calor), odor anormal e ruptura da ferida; o edema interfere na proliferação celular e na síntese proteica, diminuindo o fluxo sanguíneo e o metabolismo local, e favorece a necrose celular e o crescimento bacteriano; as feridas ressecadas perdem fluido rico em fatores de crescimento que estimulam a angiogênese e a epitelização; a falta de umidade predispõe a infecção e impede a migração celular. Feridas mantidas em ambiente úmido cicatrizam três a cinco vezes mais rapidamente e são menos dolorosas (EWMA, 2004; GIOVANINI, 2014).

O acúmulo de sangue favorece a aglutinação de células mortas que necessitam de remoção, além de ocasionar hematomas e isquemia, produzindo dor e retardando a cicatrização (PETRI, 2016).

Giovanini (2014) cita outros fatores locais da ferida que podem interferir na cicatrização: os hematomas, que constituem um meio excelente de cultura para microrganismos e propiciam a formação de edemas e cicatrizes defeituosas; a deficiência de oxigênio, que impede a síntese de colágeno, diminui a proliferação e migração celulares e reduz a resistência a infecções; o tecido necrosado, meio de cultura para microrganismos, que desencadeia a liberação de enzimas interferentes na

cicatrização.

Deve ser removido por procedimento mecânico ou autolítico, para que possa ocorrer a cicatrização; os corpos estranhos que diminuem a velocidade do processo cicatricial e predisõem o organismo a infecções; o comprometimento da perda tecidual em extensão e profundidade e a localização da ferida interferem diretamente na duração do processo cicatricial; a pressão contínua sobre a ferida interrompe o fluxo sanguíneo e impede que ele chegue aos tecidos, e a técnica de curativo inadequada, como limpezas vigorosas e o uso de coberturas secas podem provocar trauma mecânico à lesão; os fármacos tópicos, como antibióticos, usados indiscriminadamente, podem desenvolver resistência bacteriana, e os corticoides por tempo prolongado podem provocar reação de hipersensibilidade e retardar a cicatrização.

Dando continuidade ao processo de avaliação, especial atenção deve ser concedida às feridas crônicas, pela sua complexidade e especificidades, exigindo uma avaliação mais prolongada e meticulosa.

As feridas crônicas de diferentes etiologias, e as feridas cavitárias, tunelizadas e com fístula, requerem a monitoração e o registro de suas dimensões quanto à extensão e à profundidade. Esse é um procedimento eficaz para se acompanhar a evolução do processo cicatricial. As feridas crônicas devem ser medidas a cada duas-quatro semanas, e esse monitoramento, juntamente com o cálculo de variação percentual na área, pode ser um bom preditor de cura. Existem várias abordagens para a medição de feridas. A técnica de aferição linear simples com régua de papel descartável comumente utilizada para feridas planas consiste em registrar a largura e o comprimento da área da ferida em cm^2 , perpendicularmente, onde se multiplica a maior largura pelo maior comprimento. O comprimento é a medida no sentido vertical (céfalo-caudal), e a largura é a medida horizontal. O exemplo a seguir ilustra essa técnica: comprimento da ferida é 20 cm e a largura é 14 cm, ficando $20 \text{ cm} \times 14 \text{ cm} = 280 \text{ cm}^2$. O resultado dessa multiplicação pode classificá-las, quanto à dimensão, em: pequenas - quando menores e iguais a 50 cm^2 ; médias, se maiores do que 50 cm^2 e menores e iguais a 150 cm^2 ; grandes, quando forem maiores do que 150 cm^2 e menores e iguais a 250 cm^2 ; e se forem maiores do que 250 cm^2 , são extensas (SANTA CATARINA, 2008; MEHL, 2012).

Na medição, são utilizados os parâmetros da régua de papel descartável, graduada em mm, para que a medida seja exata. À proporção que os tecidos necrosados e esfacelos são desbridados, a ferida parece maior. Tal ocorre em razão do

maiscaramento da ferida por estes tecidos. Para proceder à mensuração, devem ser seguidas algumas regras básicas: realização pela mesma pessoa, mesmos instrumentos e paciente na mesma posição.

Além da medida do maior comprimento e da maior largura, pode-se usar a anotação com base no mostrador de um relógio imaginário no sentido horário. Imagina-se que o ponteiro que indica 12 horas está voltado para a região cefálica do paciente; 6 horas, para a região podal; 3 horas, à direita do observador, e 9, à esquerda. A profundidade da ferida pode ser verificada com a introdução de uma pinça, de um cotonete estéril ou de uma sonda uretral fina, instrumento que deve ser inserido no ponto mais profundo da cavidade. Essa profundidade deve ser mensurada na régua descartável.

Faz-se a mensuração do comprimento cm x largura cm x profundidade cm = cm³. Para medir a profundidade da ferida, também pode ser empregada a técnica de preenchimento da cavidade da lesão com soro fisiológico a 0,9%; posteriormente, aspira-se com seringa o conteúdo e computa-se em milímetros o valor preenchido. Além da régua descartável, a planimetria é outra técnica utilizada para mensurar as feridas planas, consistente em um filme transparente com grade demarcadora em quadrados de 1cm².

A contagem dos quadrados sobre a ferida é feita no sentido horizontal e no vertical para determinar a extensão. Caso não se disponha de vários filmes demarcados, pode-se utilizar a parte interna estéril do papel grau cirúrgico do pacote de curativo para desenhar a lesão e, depois, colocar por dentro do papel milimetrado para contar a área. As feridas, principalmente as crônicas, podem denotar formato e profundidade irregulares, área de descolamento, túnel ou sínus e fístula, o que pode dificultar a exatidão do método de medição. Sua extensão pode ser medida com um cotonete ou sonda estéreis (DEALEY, 2008; SANTA CATARINA, 2008; MEHL, 2012).

O descolamento é a área de espaço morto no perímetro das bordas frequentemente em lesões por pressão pela força de cisalhamento, o qual é detectado com a palpação de todo o contorno da ferida. A medição é feita com a introdução de uma sonda ou aplicador na sua maior medida, na sequência convertida em cm. Para a localização da área de descolamento, guia-se pela imagem do ponteiro do relógio (BARBOSA; AMARAL; ELIZARDO, 2016).

A fotografia é considerada um meio importante na avaliação de feridas. Essa técnica assegura o registro claro e preciso da ferida, proporcionando segurança no

cuidado prestado às pessoas e no monitoramento das intervenções. Utilizando-se critérios técnicos, ela favorece a uniformidade no padrão das imagens adquiridas, possibilitando suas comparações e subsidiando a evolução e o tratamento das feridas (FARIA, 2010).

Existem aspectos técnicos que devem ser considerados e padronizados - como o posicionamento do membro a ser fotografado, a distância da câmera em relação ao leito da ferida, a iluminação do ambiente, o tamanho da imagem e o plano de fundo a ser utilizado. Estabelecidos estes aspectos, é fundamental que sejam mantidos durante toda a série de registros, haja vista que pequenas alterações podem comprometer a fidedignidade das imagens. Para registrar o tamanho da ferida, deve-se utilizar a régua milimetrada, colocando-se as iniciais do paciente, o número do registro do prontuário e a data da fotografia (SANTOS; QUEIROZ; PERES, 2015).

Atenção especial deve ser observada em relação aos preceitos legais relacionados à veiculação e divulgação das imagens, previstos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 do Ministério da Saúde, que normatiza sobre os aspectos éticos dos estudos envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). A autorização prévia do paciente ou responsável deve ser obtida por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, antes da realização da fotografia, mesmo que esta permaneça apenas no prontuário, sem divulgação (WOUND, 2005).

Neste momento, reportar-se-á às informações acerca da dor, que não deve ser divisada somente em relação ao conforto do paciente, mas há de ser considerada um importante parâmetro que permite fazer o diferencial no que diz respeito à etiologia das feridas, principalmente as crônicas localizadas nos membros inferiores.

A dor é outro parâmetro que merece atenção por parte do profissional cuidador do paciente com ferida. A avaliação e o tratamento, no entanto, frequentemente são negligenciados pelos profissionais em razão de crenças equivocadas de que a dor é inofensiva, consequência inevitável para o paciente que tem a lesão, por atribuir a dor ao exagero do paciente ou, ainda, caso não exista queixa, que a dor está ausente (HOFMAN, 2006).

A internacional *Association for the Study of Pain* (Associação Internacional para Estudo da Dor) define dor como “[...] experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial, descrita em termos de tal dano, se persiste sem tratamento eficaz para alterar sua causa ou manifestação, é considerada uma doença”. (BOZZA, 2014, p.21).

A dor pode ser classificada em aguda e crônica. A dor aguda (fisiológica - nociceptiva) é autolimitada, tem uma finalidade útil de proteção e duração menor de três meses. É decorrente da ativação do sistema nervoso simpático e está associada ao espasmo muscular. Já a dor crônica (patológica - neuropática) não tem finalidade biológica, resulta de alteração nos nervos periféricos decorrente de lesões ou doenças (por ex. *diabetes mellitus* ou crescimento de um tumor), que altera sua estrutura anatômica, funcional, e da liberação das substâncias algigênicas no tecido e dura mais de três meses (ŚWIEBODA *et al.*, 2013).

A dor no paciente com feridas pode ser decorrente da remoção de coberturas aderentes, irrigação, desbridamento, troca do curativo, infecção e até mesmo experiências desagradáveis por causa do medo de sentir dor (SILVA, 2012).

A dor deve ser mensurada em suas múltiplas dimensões - sensorial, afetiva e avaliativa - para instrumentalizar o profissional na conduta adequada para aliviá-la. Há, contudo, instrumentos unidimensionais que só mensuram a intensidade da dor, e, em razão da sua praticidade na aplicação, são largamente utilizados, como as escalas visual analógica, numérica, verbal qualitativa e a de faces. Na escala numérica, há uma régua com dez centímetros de comprimento, em cujas extremidades há as classificações “sem dor” e “dor máxima”. O paciente deve marcar o local onde mais se expressa sua dor. A escala descritiva auxilia a graduar a intensidade. O profissional lê as palavras para o cliente e pede que escolha o termo que melhor descreve a dor. Para avaliar a dor em crianças, indica-se o uso da escala de faces (SILVA, 2012).

A investigação da dor deve ser feita de rotina, a cada troca de cobertura, e incluir a avaliação da linguagem corporal e dos sinais não verbais, como: mudança de atividade, perda de apetite, expressões faciais e gemidos. Nesse sentido, é importante também avaliar quando a dor começou, quanto tempo dura e se é aliviada com algum analgésico ou medida não farmacológica, como, por exemplo, a posição ortostática para a úlcera arterial, o aquecimento para a úlcera causada pela anemia falciforme, a compressão e o repouso para a úlcera venosa, o resfriamento e a proteção das terminações nervosas para as queimaduras. O enfermeiro deve registrar todas as medidas adotadas e reavaliar periodicamente a dor do paciente.

As intervenções devem ser direcionadas para amenizar o sofrimento, concomitantemente ao processo cicatricial (CAMPOS; SOUSA; VASCONCELOS, 2016).

3.4 Manejo das pessoas com ferida crônica

Dando continuidade aos assuntos necessários para subsidiar as práticas do cuidar em Enfermagem, será a seguir referido o manejo das pessoas com ferida crônica, exprimindo aspectos tais como a definição, a epidemiologia os fatores de risco a avaliação, o tratamento e a prevenção no que diz respeito ao manejo da úlcera venosa, da úlcera arterial e mista, da lesão por pressão e úlceras no pé do diabético.

3.4.1 Manejo da úlcera venosa

O manejo da úlcera venosa requer que os profissionais de saúde e, principalmente as enfermeiras, por desempenharem um papel importante na equipe e por estarem geralmente em contato mais frequente com os sujeitos de seu cuidado, se apropriem de aportes teóricos e práticos para que possam fazer efetivamente recomendações de tratamentos específicos para as pessoas com úlcera venosa. Neste sentido, se recorre a algumas recomendações do Modelo ABC no gerenciamento de úlcera venosa de perna. Consiste em uma avaliação sistematizada no manejo de úlcera, que compreende: (A) avaliação e diagnóstico; (B) boas práticas no manejo da ferida e da pele; e (C) compressão na otimização do tratamento da lesão e prevenção de recidivas. É sabido que algumas feridas crônicas não têm possibilidade de cicatrização, sendo que, neste caso, a meta a ser alcançada é ajudar à pessoa a adquirir a máxima independência e melhor função possível pelo autocuidado (DEALEY, 2008; BORGES; SANTOS; SOARES, 2017).

A úlcera venosa, também conhecida como úlcera por insuficiência venosa, úlcera venosa de perna, úlcera de estase ou varicosa, pode ser definida como uma lesão aberta, na perna ou no pé, que persiste por quatro ou mais semanas, decorrente da hipertensão venosa persistente no local. Ocorre em razão da insuficiência venosa crônica, que se caracteriza por hipertensão venosa persistente nos membros inferiores, em consequência do refluxo nas veias superficiais, perfurantes ou profundas ou da oclusão venosa (JOHNSON; PAUSTIAN, 2005; BORGES; CALIRI, 2012; O'DONNELL *et al.*, 2014).

As úlceras venosas representam 70% das lesões de membros inferiores (MMII) e afetam, aproximadamente, de um a três por cento da população mundial. Sua prevalência aumenta com a idade, e o pico sucede dos 60 anos em diante. Esses valores

podem ser bem maiores em decorrência da subnotificação da doença em muitos países, incluindo o Brasil. Por serem feridas crônicas, aproximadamente 50% das úlceras venosas podem retornar dentro de dez anos (AGALE, 2013; CHABY *et al.*, 2013; O'DONNELL, *et al.*, 2014; PARKER; FINLAYSON; EDWARDS, 2016).

A importância de reconhecer os fatores de risco para o desenvolvimento da úlcera venosa reside no fato de poder gerenciá-los e assim prevenir sua ocorrência (TONAZIO; SILVA, 2015).

Trombose venosa profunda, obesidade, múltipla paridade, sedentarismo, traumas e disfunção da bomba muscular da panturrilha são fatores predisponentes para gerar hipertensão venosa, acarretando um refluxo de sangue e aumentando a pressão interna da veia, causando dilatação e, com o passar do tempo, a estenose e, conseqüentemente, a trombose venosa; os coágulos podem inflamar, causando tromboflebite, o que piora a insuficiência valvular (GOHEL; POSKITT, 2010; NEILL; TURNBULL, 2012).

Quando ocorre aumento da pressão interna venosa, há crescimento da pressão venular e os capilares extravasam plasma para o interstício, causando edema e dor no local (CASEY, 2011).

Além dos fatores citados, existem outros que determinam maior incidência da úlcera venosa - como tabagismo, etilismo, alta ingestão de gorduras e carboidratos, hipercolestolemia, coagulopatias, ocupação com longos períodos de pé, envelhecimento, história de trombose venosa profunda, artrite reumatoide, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial e anemia falciforme (TONAZIO; SILVA, 2015).

A avaliação da pessoa com úlcera venosa consiste na anamnese completa com uma coleta do histórico do paciente e no exame físico detalhado, quando devem ser avaliados a ferida, ambos os membros inferiores e não somente o membro da lesão e o pé.

Na apresentação clínica, a úlcera venosa exhibe bordas irregulares, exsudato amarelo, lipodermatoesclerose, singulares ou múltiplas de tamanho variado, progressão lenta com início súbito, localizadas próximas ao maléolo, podendo estar cicatrizada ou ativa. Outros sinais e sintomas associados à insuficiência venosa podem ser: fadiga, dor e/ou desconforto nas pernas; sensação de peso nas pernas; câibras nas pernas; telangiectasia; veias tortuosas dilatadas; e pele ressecada e escamosa (BENEVIDES *et al.*, 2016; BMJ, 2016).

Os pulsos pediosos e tibiais posteriores devem existir, como também o

edema acentuado, podendo ser de palpação difícil. Quando os pulsos distais não forem palpados, é necessária a verificação do índice tornozelo-braço (ITB), para avaliar a circulação arterial, que consiste na verificação da pressão arterial sistólica dos tornozelos e braços, com auxílio de esfigmomanômetro e *Doppler* vascular portátil. Encaminhar para investigação e cuidados adicionais, para o especialista, se $ITB < 0,8$ ou $> 1,3$. Confirmar a ocorrência de doença venosa (*duplex scan*). Caso a redução de área da úlcera seja menor do que de 20 a 30%, após quatro a seis semanas, mesmo com o tratamento de compressão ideal, reavaliar a conduta (DEALEY, 2008; PARENTE, A.P.; PARENTE, J.G., 2014, BORGES; SANTOS; SOARES, 2017).

Na gestão da pele e lesão, a boa prática consiste em realizar a limpeza, a hidratação e proteção da pele ferida e a pele da perna: a eczema e a hiperqueratose, devem ser gerenciadas. O desbridamento da lesão, se necessário, deve ser realizado, como também o tipo de cobertura. A frequência de troca de curativos deve ser realizada com base na reaplicação do sistema de compressão e o nível de exsudato (a menos que exista infecção ou suspeita).

Impõe-se selecionar o tipo de cobertura e decidir a frequência de troca de curativo com base na frequência da reaplicação de sistema de compressão e o nível de exsudato (a menos que haja suspeita ou a infecção). É preciso usar, também, coberturas antimicrobianas para infecção local ou para a prevenção da infecção em lesões de alto risco (colonização crítica).

A terapia de compressão é considerada o padrão principal no tratamento clínico da insuficiência venosa. Os objetivos do tratamento compressivo são reduzir a pressão venosa no sistema superficial, facilitar o retorno venoso do sangue até o coração, aumentando a velocidade do fluxo nas veias profundas, e diminuir o edema, reduzindo o diferencial de pressões entre os capilares e os tecidos.

Os efeitos da compressão incluem aumento do fluxo sanguíneo nos capilares, redução da filtração capilar, melhora da reabsorção pelo aumento da pressão tecidual, ativando a drenagem linfática local, aumento da velocidade do fluxo micro-circulatório, minimização do edema e compressão das veias. As evidências na cicatrização das úlceras mostram que a compressão acelera e aumenta a cicatrização quando comparada à não compressão. Os sistemas de compressão em multicamadas são as modalidades mais eficazes nessa linha de aumento da velocidade tratamento (PARENTE, A.P.; PARENTE, J.G., 2014).

Existe atualmente uma grande variedade de dispositivos de compressão, que

incluem os sistemas de atadura de curto estiramento, longo estiramento, quatro camadas, meias de compressão graduada e até dispositivos como bombas (PARENTE, A.P.; PARENTE, J.G., 2014).

Borges e Caliri (2012) explicam que as meias de compressão representam um método útil e conveniente para a prevenção do desenvolvimento da úlcera, como também da recidiva, no entanto, considerando a dificuldade do paciente em vesti-la sobre a cobertura e também em consequência do edema, a bandagem de compressão é o tratamento de escolha.

No caso de paciente com uma úlcera de etiologia mista com $ITB < 0,8$ ou $> 1,3$, ele deve ser encaminhado a um especialista para investigar e promover cuidados adicionais quanto à terapia de compressão. Em pacientes com $ITB < 0,5$, não deve ser utilizada a terapia compressiva, pois precisará, possivelmente, de uma revascularização. Os pacientes devem ser incentivados quanto às atividades físicas e à deambulação (BORGES; SANTOS; SOARES, 2017).

Vale salientar que o Modelo ABC foi uma abordagem simplificada para orientar os profissionais no que diz respeito ao manejo da úlcera venosa. A seguir, será evidenciado o manejo da úlcera arterial.

3.4.2 Manejo da úlcera arterial

A úlcera arterial tem como fator etiológico a doença arterial periférica (DAP) das pernas, que se desenvolve pela inadequada perfusão tecidual em razão do bloqueio completo ou parcial do suprimento arterial para as pernas. A mais comum dessas doenças é a arteriosclerose, na qual as paredes das artérias engrossam. Geralmente é encontrada em combinação com a aterosclerose – formação de placas no revestimento interno dos vasos. O lume dos vasos estreita-se gradualmente, causando isquemia no tecido circundante, resultando em necrose.

A prevalência da doença arterial periférica se encontra de três a dez por cento da população, 10 a 25% da população acima de 55 anos, aumentando ainda mais quando são pessoas acima de 70 anos. Cerca de 70 a 80% dos pacientes acometidos pela doença são assintomáticos. Apenas a minoria requer tratamento cirúrgico ou amputação.

Os fatores de risco que determinam maior incidência para as úlceras arteriais estão relacionados com as pessoas do sexo masculino e de raça negra os

extremos de idade, o tabagismo, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemia e a insuficiência renal crônica (HERNANDO; CONEJERO, 2007; SUÁRES *et al.*; 2012)

Na avaliação de um paciente com úlcera arterial deve-se considerar que a queixa principal é a dor, a qual pode variar de claudicação intermitente a dor em repouso (DEALEY, 2008; LIMA *et al.*; 2012).

A avaliação da pessoa inicia-se com a história clínica, exame físico e evolução da úlcera associada a fatores de risco, sinais e sintomas. Na apresentação clínica, a úlcera arterial exibe ferida circular profunda bem demarcada e solapada, ausência de tecido de granulação viável, pálida, necrótica, localiza-se nos artelhos, calcâneos, espaços interdigitais e proeminências ósseas dos pés. Sinais e sintomas adicionais que podem conduzir a um diagnóstico de DAP na presença dos fatores de risco são: câibras na panturrilha ou no pé ao caminhar, as quais são aliviadas quando em repouso; dor aumentada ao elevar o membro comprometido, e em repouso à noite, aliviada ao colocá-lo pendente (pé pendurado); dor na coxa ou nádegas ao andar, a qual é aliviada quando em repouso; disfunção erétil; dor mais intensa em uma perna; pulso reduzido ou ausente; tempo de enchimento capilar reduzido; e claudicação intermitente. Realizar palpação de todos os pulsos, em especial pedioso e tibial, quanto à presença/ausência e intensidade, bem como avaliar temperatura, hidratação, textura da pele, pelos e unhas e processo inflamatórios arteriais (LIMA *et al.*, 2012)

O tratamento da lesão arterial consiste na limpeza, em que é realizada a remoção de todo tecido necrótico por meio do desbridamento, que é a retirada destes tecidos por via dos métodos cirúrgico, enzimático, mecânico, biológico ou autolítico, para promover a regeneração celular. Coberturas também são utilizadas para o tratamento, e sua seleção deve considerar o resultado da avaliação completa da pessoa, as características da lesão, além do custo efetivo. O tratamento demanda um programa para orientação, quanto: ao tratamento de doenças crônicas como o diabetes e hipertensão arterial; abandono do hábito de fumar; realização de exercícios físicos; uso de calçados adequados e acompanhamento regular com profissional de saúde. Deve ser enfatizada a adesão da pessoa para o sucesso do tratamento (LIMA *et al.*, 2012)

As medidas de prevenção da úlcera arterial consistem em: elevar a cabeceira da cama em 20cm; proteger contra agentes térmicos, mecânicos e químicos os membros inferiores; evitar ou recuperar atrofia muscular, cuidar das unhas evitando paroníquias (inflamação ao redor) e unha encravada; pesquisar e tratar as micoses superficiais; reduzir e manter controle de triglicérides e colesterol; controlar a

hipertensão sistêmica e o *diabetes mellitus* (GEOVANINI, 2014).

3.4.3 Manejo da úlcera mista

Alguns pacientes apresentam um componente arterial e um venoso na sua úlcera. A determinação da etiologia da úlcera é importante para diferenciar entre a úlcera venosa e a úlcera arterial ou a úlcera mista, para que o gerenciamento do tratamento seja realizado de maneira segura e o mais eficazmente possível. A ultrassonografia Doppler e a avaliação da perna oferecerão uma indicação da etiologia mista (DEALEY, 2008).

A úlcera mista exprime uma dificuldade, que diz respeito ao controle do edema, porém a compressão forte está contraindicada quando há doença arterial grave. Quando o componente venoso for o principal, o paciente deve usar compressão moderada e graduada durante o dia. O grau de compressão deve considerar a tolerância do paciente (TERRA; GOMES, 2009).

Terra e Gomes (2009) alertam para o fato de que a terapia compressiva, considerada padrão ouro no tratamento da úlcera de perna de origem venosa, pode ser perigoso quando aplicada em um membro inferior com a circulação arterial comprometida, pois poderá levar à destruição dos tecidos de modo totalmente irreversível. No processo de cuidar, as úlceras mistas não devem ser abordadas de maneira isolada.

3.4.4 Manejo da lesão por pressão

As lesões por pressão conformam um indicador da qualidade dos cuidados e, também um problema de saúde pública que ocasiona sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes e seus cuidadores. Há estudos relatando que as lesões por pressão são evitáveis, no entanto, as elevadas taxas de incidência e prevalência, mesmo em países desenvolvidos, mantêm-se, sugerindo uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica do conhecimento (MEYER; RIBEIRO; MENDONÇA, 2012).

A lesão por pressão é definida como um dano na pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato, em resultado da pressão intensa e/ou

prolongada em combinação com o cisalhamento (CALIRI *et al.*, 2016).

Ocorrem quando uma pressão aplicada à pele é superior à pressão capilar normal, levando à oclusão do vaso com redução da irrigação sanguínea e, conseqüentemente, abnóxia, formação do processo inflamatório e morte celular (BORGES; FERNANDES, 2014).

São as lesões por pressão classificadas de acordo com o grau de comprometimento tecidual, sendo que a mais utilizada é a estabelecida em consenso na Conferência da *Nacional Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) que teve sua tradução para o português, descrita conforme Caliri *et al.* (2016) a seguir.

- Estádio 1. Pele intacta com eritema não branqueável: se a pele estiver escurecida, o branqueamento pode não ser visível. Comparado ao tecido adjacente, a área pode estar quente, dolorosa, edemaciada, endurecida e descorada.

- Estádio 2. Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme: o leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido, e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. Essas lesões, geralmente, resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo.

- Estádio 3. Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e frequentemente há granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas). Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica e de acordo com a quantidade de tecido adiposo. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da destruição tecidual, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão não Classificável.

- Estádio 4. Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara, descolamento e/ou túneis, como também epíbole (lesão com bordas enroladas), ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da destruição tecidual, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão não Classificável:

- Lesão por Pressão não Classificável - perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, quando o leito da ferida está coberto por

esfacelo e/ ou escara (marrom, acastanhada ou preta), não é possível avaliar a verdadeira profundidade da lesão até que o tecido seja removido. Ao ser removido (esfacelo e/ ou escara), Lesão por Pressão em Estádio 3 ou Estádio 4 ficarão aparentes. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo serve como cobertura natural biológica e não deve ser removida.

Algumas definições complementares serão mostradas em relação às lesões por pressão.

- Lesão por Pressão Tissular Profunda: a pele pode estar íntegra ou não, com área persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece, a separação epidérmica mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Frequentemente, dor e mudança na temperatura precedem as alterações de coloração da pele. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão não Classificável ou Estádio 3 ou Estádio 4). Nos casos de lesões vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas e não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrevê-las.

- Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico: Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente expressa o padrão ou formato do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

- Lesão por Pressão em Membranas Mucosas: a lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Em razão da anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas

Com relação às áreas de maior incidência das lesões por pressão, Geovane (2014) explica que qualquer posição que a pessoa adote e permaneça por longo período representa risco para o aparecimento das lesões. O decúbito determina as áreas de risco que são descritas a seguir: se lateralizado, as áreas são a temporal, pavilhão auricular,

escápulas, quadris, laterais do joelho e maléolos externos. Em decúbito dorsal, as áreas são os ombros, coluna vertebral, cotovelos, quadris, sacro, cóccix, dorsal dos joelhos e calcâneos. Quando em cadeiras de rodas, as áreas são os cotovelos e região sacrococcígea. Nas áreas de proeminência óssea dos membros inferiores, as áreas são os calcâneos, região sacrococcígea, tuberosidades isquiáticas e trocanteriana femoral.

O NPUAP relata prevalências de 3 a 14%, em hospitais gerais, e incidência de 15 a 25% em casas de saúde. No Brasil, são restritos e isolados estudos sobre incidência e prevalência de lesão por pressão. Pesquisa realizada em um hospital universitário evidenciou uma incidência de úlcera por pressão de 39,81%. Em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), estudos apontaram uma incidência que variou de 23,1 a 62,5% (FERNANDES; TORRES, 2008; ROGENSKI; KURCGANT, 2012).

Outras pesquisas demonstram uma prevalência de 27% a 39% de pacientes que desenvolveram a LPP em ambientes hospitalares (CUDDIGAN; AYELLO; ASUSSMAN, 2001; BLANES; FERREIRA, 2014; ROCHA; BARROS, 2014).

Os principais fatores de risco que predisõem ao desenvolvimento da LPP são classificados em intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos, normalmente são representados por: idade, estado nutricional, perfusão tecidual, hidratação da pele, condições de mobilidade, nível de consciência e comorbidades associadas. Já os fatores extrínsecos estão relacionados a exposição física do paciente às condições externas, como fricção, cisalhamento, umidade e pressão, sendo a última o fator principal ligado ao desenvolvimento da lesão (MENEGON *et al.*, 2012; GALVÃO; LOPES NETO; OLIVEIRA, 2015)

Conforme as diretrizes do NPUAP, o *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e a *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (PPPIA) de 2014, o diagnóstico ocorre a partir da observação clínica dos sinais e sintomas que são: o eritema não branqueável, edema, intumescimento, dor, área pode ficar mais quente ou mais fria, bolha roxa ou marrom-avermelhada íntegra ou rompida, lesão aberta superficial ou profunda, tecido necrótico (amarelo, castanho-amarelado, cinza, verde ou marrom), escara (castanho-amarelada, marrom ou negra) e exsudato. Nas pessoas com pele de pigmentação escura, calor local, edema e alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante são indicadores importantes.

É sugerida a utilização de uma abordagem estruturada para avaliação e identificação de pessoas em risco de desenvolver lesões por pressão. Um dos instrumentos mais utilizados é a escala de Braden.

A escala de Braden é um meio clinicamente validado que permite aos enfermeiros registrarem o nível de risco de uma pessoa desenvolver lesão por pressão pela análise de seis critérios: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção. Além da aplicação desse veículo, é necessário avaliar, especialmente,

- na pessoa - inspeção da pele: explorar visualmente toda a superfície corporal, em especial nas regiões mais susceptíveis. Palpação da pele: pressionar o dedo durante três segundos sobre o eritema e verificar o branqueamento após retirada. Dor localizada, o peso e as perdas de peso relevantes ($\geq 5\%$ em 30 dias ou $\geq 10\%$ em 180 dias), e a capacidade da pessoa se alimentar independentemente;

- no ambiente - inspeção da superfície de apoio (cadeira e cadeira de rodas): para verificar desgastes, de acordo com as recomendações do fabricante. Avaliação do tempo de vida útil funcional da superfície de apoio de acordo com o fabricante. Verificação dos dispositivos médicos: adequadamente dimensionados, ajustados e protegidos para evitar uma pressão excessiva;

- critérios: semanal (alto e altíssimo risco), quinzenal (risco moderado) e mensal (baixo risco).

É importante destacar, ainda, que, mesmo utilizando-se o instrumento para avaliação do risco, esta deve ser refinada pelo juízo crítico com suporte no conhecimento dos principais fatores de risco.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou, em 2013, um protocolo para prevenção e tratamento das lesões por pressão, denominado de Práticas Seguras para Prevenção de Lesão por Pressão, que preconiza o seguinte: 1. Realização de avaliação de risco de todos os pacientes antes e durante a internação; 2. Realização de avaliação criteriosa da pele pelo menos uma vez por dia, especialmente nas áreas de proeminências ósseas (joelhos, cotovelos e calcanhares); 3. Uso de colchão especial ou de coxins, como colchão de espuma do tipo caixa de ovo ou colchão d'água; 4. Uso de apoio (travesseiros, coxins ou espumas) na altura da panturrilha, a fim de erguer os pés e proteger os calcanhares; 5. Manutenção da higiene corporal; 6. Hidratação diária da pele do paciente com hidratantes e umectantes; 7. Manutenção de nutrição adequada para favorecer a cicatrização dos tecidos; 8. Uso de barreiras protetoras da umidade excessiva, quando necessário, como, por exemplo: película semipermeável, hidrocolóides, espuma de poliuretano, sacos retais e/ou substâncias oleosas; 9. Orientação do paciente e da família na prevenção e tratamento das lesões por pressão.

10- Mudança de posição para reduzir a pressão local, evitando manter a mesma posição durante períodos prolongados.

Eis uma observação de relevo: segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 36/2013 da ANVISA, todos os eventos adversos, incluindo a lesão por pressão, ocorridos nos serviços de saúde do País devem ser notificados, pelo Núcleo de Segurança do Paciente, ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), por meio do Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária (NOTIVISA).

Além das medidas preventivas e suporte nutricional, os cuidados gerais com a pessoa e com a Lesão por Pressão (LPP) são importantes de acordo com as diretrizes para o tratamento das lesões. A primeira providência é prevenir o aparecimento de novas lesões, enfatizando a continuidade das atividades preventivas. O planejamento de um plano de cuidados deve ser implementado, visando a proporcionar uma assistência integral à pessoa. Nesse planejamento, devem estar a adoção de técnicas para aliviar a pressão nas áreas de risco ou afetadas, hidratar a pele, usar agentes tópicos para o cuidado com a pele e coberturas apropriadas, de acordo com o estadiamento e os tipos de tecidos da lesão, realizar o desbridamento dos tecidos necróticos, limpar a ferida, prevenir infecção e fazer a manutenção da umidade do leito da lesão. Um suporte nutricional é de fundamental importância para a eficácia das medidas preventivas, curativas ou de reabilitação (GEOVANINI, 2014).

3.4.5 Manejo da úlcera de pé em diabéticos

As Diretrizes Práticas Abordagem e Prevenção do Pé Diabético consideram que úlcera no pé está entre as complicações mais frequentes, graves e onerosas das pessoas com *diabetes mellitus* (DM), e suas consequências incluem o aparecimento de feridas crônicas, infecções e até amputações de membros inferiores (DISTRITO FEDERAL, 2001).

O Consenso Internacional sobre a Abordagem e Prevenção do Pé Diabético define o pé diabético como uma “[...] infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos associadas a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores (com base nas definições da OMS)”. (DISTRITO FEDERAL, 2001, p.23).

A úlcera de pé em diabéticos pode ser classificada, segundo sua

etiopatogenia, em neuropático, vascular (também chamado isquêmico) ou misto (neurovascular ou neuroisquêmico).

Para as lesões no pé do diabético, não há um consenso sobre o sistema de classificação mais preciso a ser utilizado na avaliação clínica da perda tecidual, embora a da etiologia da lesão seja mais fácil diagnosticar. Existem três diretrizes comumente indicadas para essa finalidade: o sistema de graduação de Wagner, a classificação do Consenso Internacional do Pé Diabético (PEDIS) e a classificação da Universidade do Texas.

O sistema de classificação de San Antônio da Universidade do Texas envolve distintos parâmetros e é atualmente um dos mais utilizados para a classificação de úlceras diabéticas, recomendado pelas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, (2014-2015) e validado como preditivo para o risco de amputação e o tempo prolongado de cicatrização. Proporciona mais flexibilidade para a classificação das úlceras de pé diabético, ao considerar a profundidade da úlcera, associando-a outros parâmetros, como infecção, sinais de isquemia e osteomielite, embora não considere especificamente a condição de gangrena.

É descrito a seguir:

Grau 0: Lesão pré ou pós ulcerativos epitelizada.

Grau 1: Superficial, sem envolver cápsula ou osso.

Grau 2: Envolve tendão ou cápsula

Estádio A: Lesão sem infecção ou isquemia.

Estádio B: Lesão com infecção.

Estádio C: Lesão com isquemia.

Estádio D: Lesão com infecção e isquemia (MINAS GERAIS, 2010; DUARTE; GONÇALVES, 2011).

A incidência de ulceração ao longo da vida em pessoas com DM é de 25-85% das úlceras que precedem as amputações de causas não traumáticas. O DM eleva o risco de amputação em 15 vezes. A úlcera precede 85% das amputações de membro inferior, gangrena em 50-70% dos casos de infecção em 20-50% dos casos; 80-90% das úlceras nos pés são ocasionadas por trauma extrínseco (sapatos inadequados). Em 70 – 100% as lesões apresentam sinais evidentes de neuropatia e apenas 10% das úlceras são vasculares. Quando é necessária uma amputação, a probabilidade de ocorrerem amputações posteriores chega a 51% em 2-5 anos (PARENTE, A.P.;

PARENTE, J.G, 2014).

Os fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético são: polineuropatia diabética periférica (PND); doença arterial periférica; história prévia de úlcera no pé e/ou amputação; duração do DM (superior a dez anos); mau controle glicêmico nefropatia diabética; retinopatia diabética; história de úlcera e deformidade no pé; hipertensão arterial; dislipidemia; tabagismo; limitação de mobilidade articular; calçados inadequados; pessoas idosas; fissuras, calosidades, *tinea pedis* (micose). Além desses fatores, o baixo nível socioeconômico e educacional e a pouca acessibilidade aos serviços de saúde também são relatados como fatores contribuintes para o processo de ulceração, por influenciar nas práticas de autocuidado desenvolvidas pelas pessoas com DM (PARENTE, A.P.; PARENTE, J.G, 2014.).

A avaliação clínica dos pés das pessoas com DM é necessária para prevenir lesões e amputações e suspeitar ou identificar precocemente neuropatia periférica com diminuição da sensibilidade, deformidades, insuficiência vascular e úlcera em membro inferior. Requer duas medidas sobradamente simples que incluem o levantamento da história clínica e o exame dos pés. O exame físico deve ser sistematizado, buscando pelos fatores de risco e pelas complicações do pé no diabético sendo observadas as características abaixo expressas.

- Anatomia do pé - verificar deformidades nos pés, aumento das proeminências dos metatarsos, dedos em garra, dedos em martelo, joanetes, e perda do arco plantar, também chamada de Artropatia de Charcot;

- Hidratação – avaliar a hidratação dos pés, presença de ressecamento (xerodermia), fissuras e ulcerações; coloração, temperatura e distribuição dos pelos. Observar anormalidades da coloração da pele (pele pálida, avermelhada, azulada ou arroxeada), pele fria e rarefação de pelos, são sinais de insuficiência arterial e devem ser complementados com o exame da palpação dos pulsos;

- Integridade de unhas e pele - atentar para atrofia de pele e/ou unhas (pele e/ou unhas quebradiças) pode ser um sinal de insuficiência arterial, devendo ser correlacionada com os demais sinais e sintomas característicos da presença de lesões esfoliativas, úmidas nos espaços interdigitais habitualmente pruriginosas e dermatofitose (*tinea pedis* ou micose superficial); podem também ocorrer em outras localizações dos pés, e serem porta de entrada para infecção bacteriana. Identificar distrofias ungueais (alterações do aspecto, da forma, da cor e/ou da espessura da unha, com ou sem perda da integridade), orientando para que o corte da unha seja sempre

reto para evitar encravamento;

- Observar calosidades (espessamento epidérmico causado por traumatismos locais recorrentes), que são mais comuns em áreas de alta pressão na região plantar.

Na avaliação neurológica, é sugerido realizar pesquisa de neuropatia periférica por meio de três métodos/testes de avaliação: sensibilidade tátil com monofilamento, sensibilidade vibratória com diapasão e o teste de reflexo de Aquileu com martelo (BRASIL, 2016).

A prevenção por meio da educação denota um influxo positivo no que diz respeito à melhora do conhecimento e do autocuidado dos pés, prevenindo assim a ulceração. Investigações realizadas sobre prevenção apontam a importância das intervenções da enfermeira baseadas em evidências, estimulando o autocuidado na gestão dos cuidados a pessoas com DM, na atenção básica e ambulatorial (CALIXTO *et al.*, 2016).

Os princípios básicos para a prevenção de úlceras no pé do diabético consistem em práticas para o autocuidado baseadas nas recomendações do Consenso Internacional sobre Pé Diabético e nas diretrizes internacionais, e incluem as seguintes orientações: realizar a inspeção diária dos pés (por si mesmo ou com a ajuda de um familiar ou um cuidador orientado), incluindo as áreas entre os dedos; realizar a higiene regular dos pés, seguida da secagem cuidadosa deles, principalmente entre os dedos; cuidado com a temperatura da água. Ela deve estar sempre inferior a 37°C, para evitar o risco de queimadura; evitar andar descalço, seja em ambientes fechados ou ao ar livre; usar sempre meias claras ao utilizar calçados fechados; usar, sempre que possível, meias com costura de dentro para fora ou, de preferência, sem costura; trocar de meias diariamente; não usar meias apertadas e evitar meias altas acima do joelho; inspecionar e palpar diariamente a parte interna dos calçados, à procura de objetos que possam machucar seus pés; usar calçados confortáveis e de tamanho apropriado, evitando o uso de sapatos apertados ou com reentrâncias e costuras irregulares; usar cremes ou óleos hidratantes para pele seca, porém, evite usá-los entre os dedos; cortar as unhas em linha reta; não utilizar agentes químicos ou emplastos para remover calos; avaliar e tratar calos e calosidades com sua equipe de saúde; fazer a reavaliação dos seus pés com a sua equipe de saúde pelo menos uma vez ao ano (ou mais vezes, se for solicitado); procurar imediatamente sua unidade de saúde se uma bolha, corte, arranhão ou ferida aparecer; em caso de dúvidas, procure sempre equipe de saúde

(DUNCAN; GOLDRAICH; CHUEIR, 2013).

No tratamento da úlcera no pé do diabético, a enfermeira tem uma responsabilidade fundamental, juntamente com a pessoa diabética e os cuidadores, em relação às práticas de autocuidado que devem estabelecer todas as ações necessárias para o controle glicêmico, a manutenção de curativos apropriados, cuidados podopofiláticos, reconhecimento de sinais e sintomas deletérios para a cicatrização e prevenção de infecções. O tratamento das lesões com o objetivo de promover a cicatrização não se restringe apenas à terapia tópica com a realização de rotinas ou de protocolos sobre o uso de produtos para realização de curativos, mas de uma avaliação do estado da pessoa, considerando suas necessidades e intenções (CALIXTO *et al.*, 2016).

Assim sendo, conhecer as especificidades dos tipos de feridas, prevenção, consequências e tratamento adequado é imprescindível para a precisa e adequada prática do cuidado no atendimento prestado pelo profissional de Enfermagem, bem como do autocuidado no tratamento de feridas crônicas.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Procede-se, agora, à explanação dos fundamentos metodológicos que foram utilizados como instrumentos para a elaboração do estudo. O proceder metodológico foi iniciado com a descrição da tipologia do estudo, quanto à natureza à abordagem, seguindo com a descrição das etapas percorridas na trajetória do estudo. Indicam-se o local motivador do estudo, a população e amostra, tratamento e análise dos dados, bem como os princípios éticos da investigação.

4.1 Tipo de estudo

Com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem à pessoa com ferida crônica, em acompanhamento ambulatorial, foi desenvolvido um estudo do tipo metodológico, cujo delineamento possibilita a investigação de métodos de obtenção e organização de dados, com o desenvolvimento, validação e avaliação de instrumentos confiáveis, precisos, e que possam ser utilizados por outros pesquisadores (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa metodológica caracteriza-se pelo desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados, com vistas a definir o construto ou comportamento a ser medido, formular os itens da ferramenta, desenvolver instruções para usuários e respondentes e testar a validade e a confiabilidade do instrumento (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

Estudos metodológicos para construção e validação de instrumentos consistem em procedimentos teóricos que compreendem as fases da teorização e da elaboração do instrumento. Na fase de teorização, exigem-se do pesquisador a reflexão e o interesse em fundamentar a teoria por meio de embasamento na literatura pertinente, como também uma comunicação com especialistas da área mediante consultas e trocas de experiências, com o objetivo de consolidar o conteúdo. Na fase de feitura do instrumento, o pesquisador alia toda a teoria à realidade na qual o instrumento será utilizado (DANTAS, 2006).

Os estudos metodológicos têm foco no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e têm como objetivo a elaboração, avaliação e validação de instrumentos para torná-los confiáveis para utilização por profissionais e outros pesquisadores. Esta pesquisa, portanto, é caracterizada pelos conceitos que

compõem os estudos metodológicos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O estudo caracteriza-se, também, sob o aspecto de sua natureza como sendo uma pesquisa aplicada, em que os conhecimentos gerados são utilizados para a resolução de problemas da prática de Enfermagem (PRODANOV; FREITAS, 2013; POLIT; BECK, 2019).

A abordagem foi quantitativa. Neste tipo de demanda, os investigadores costumam iniciar suas pesquisas da definição de um problema até a busca de uma solução, fazendo tal processo de maneira sistematizada, seguindo uma série de passos conforme um plano preestabelecido, envolvendo a coleta e análise estatística da informação numérica. São utilizados métodos objetivos organizados para controlar a situação de pesquisa, com o objetivo de minimizar o viés e maximizar a validade (POLIT; BECK, 2019).

Os fundamentos teóricos para a elaboração do instrumento foram baseados nos conceitos, pressupostos e requisitos para o autocuidado, desenvolvidos por Dorothea E. Orem, em sua Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado.

Estudos metodológicos não costumam definir um espaço físico, entretanto, a motivação que resultou na elaboração desta pesquisa deu-se devido ao fato de se desenvolver atividades profissionais no ambiente que se constitui o *locus* onde se utilizará o instrumento validado (aplicabilidade futura). O *locus* deste experimento é o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC) integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que se destaca como um centro de referência na promoção do ensino, pesquisa, extensão e assistência terciária à Saúde do Estado do Ceará e fora dele. Como valores, citam-se: ética, legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade, eficiência, equidade, humanização, segurança do paciente, valorização profissional e o profissionalismo (UFC, 2017).

Referido hospital é filiado à Rede de Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares (EBSERH), desde novembro de 2013, que é vinculada ao Ministério da Educação, e administra atualmente 40 hospitais universitários federais. O objetivo é, em parceria com as universidades, aperfeiçoar os serviços de atendimento à população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), e promover o ensino e a pesquisa nas unidades filiadas existentes do País, incluindo as não filiadas à EBSERH (UFC, 2017).

No contexto da referida Instituição, foi feita uma descrição a respeito do local onde se é lotada - o Ambulatório de Especialidade - que funciona com atendimentos médicos das especialidades cirurgia vascular, cirurgia geral, cirurgia de

cabeça e pescoço, cirurgia oncológica, cirurgia plástica e cirurgia de obesidade mórbida.

Os pacientes com feridas atendidos nessas especialidades são encaminhados para a sala de procedimento, que funciona nas dependências do referido ambulatório, atendendo não só à demanda das especialidades citadas acima, como também à de pessoas com feridas do Complexo Hospitalar, encaminhados de especialidades médicas como hematologia, reumatologia, transplante renal e hepático, para pareceres da enfermeiras estomaterapeutas, realizando ainda o acompanhamento dessas pessoas quando necessário.

As atividades realizadas nesta sala constam de: supervisão da equipe de Enfermagem, consulta de Enfermagem, verificação de sinais vitais, realização de curativos de feridas complexas, agudas, cirúrgicas, desbridamento de tecido inviável, retirada de drenos e pontos de feridas cirúrgicas e administração de medicamentos por via endovenosa, intramuscular, oral e tópica, troca de bolsa de estomia e cuidados com traqueostomia.

O serviço conta com duas enfermeiras estomaterapeutas e duas técnicas de Enfermagem. É atribuída à enfermeira a responsabilidade do acompanhamento de alunos do Estágio. Nesse setor, é realizada a média de 900 curativos mensais, distribuídos durante a semana de segunda à sexta-feira das 07h às 19h, horário de funcionamento do local.

O perfil dos pacientes atendidos é caracterizado por pessoas com feridas, independentemente da etiologia, ou seja, úlceras venosas, arteriais, neuropáticas, cirúrgicas e oncológicas, que são agendados de acordo com a escala diária das enfermeiras e a disponibilidade de vagas. Nesse ambiente é onde se pretende efetivar a implementação do processo de Enfermagem, que é um método utilizado com a finalidade de aperfeiçoar o cuidado, garantir a segurança do paciente e proporcionar à enfermeira a definição de seu espaço de atuação na gerência em saúde e assistência de Enfermagem, considerando que é por meio da SAE que a enfermeira escolhe as melhores intervenções ante os diagnósticos levantados e avalia a evolução do paciente (SANCHEZ, 2019).

4.2 População e amostra

A população do estudo constou de nove enfermeiras estomaterapeutas que desempenhavam atividades assistenciais relacionadas aos cuidados de pessoas com feridas.

A amostra recomendada por Lynn (1986) é constituída de, no mínimo, cinco profissionais denominados de *experts* (juízas), que validaram a aparência e o conteúdo do instrumento, selecionadas com base em critérios preestabelecidos, fundamentados na experiência de trabalho e nas temáticas envolvidas.

4.3 Trajetória percorrida

A trajetória deste estudo teve início no curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia, cujo produto, oriundo da monografia sustentada como requisito de conclusão, foi a primeira versão do instrumento de Consulta de Enfermagem para Pessoas com Feridas, fundamentado na Teoria do Autocuidado.

Tomando como ponto de partida o referido instrumento, foram executadas quatro etapas distintas, com a finalidade de aperfeiçoar o instrumento e realizar validações que o legitimassem e atestassem seu potencial de exequibilidade na prática.

Na primeira etapa, foi realizada a descrição da primeira versão da consulta de Enfermagem que serviu de base para a versão do instrumento a ser validado, estando dividida em duas partes, sendo a primeira parte denominada “Consulta de Enfermagem – Pessoas com Feridas”, e a segunda foi a “Consulta de Enfermagem – Pessoas com Feridas Avaliação Clínica/Evolução”.

A primeira parte foi composta por itens que abrangeram os fatores pessoais e condicionantes básicos, com dados de identificação geral e de condições socioeconômicas (idade, sexo, situação conjugal, anos de estudo, ocupação, atividade remunerada, benefício previdenciário e renda familiar); os requisitos universais de autocuidado (alimentação, hidratação, eliminações, condições de higiene, padrão de sono, solidão/interação, atividade sexual); os requisitos *desenvolvimentais* (mobilidade, habilidade psicomotora, destreza manual, alterações sensoriais, mudanças ocorridas após a ocorrência da(s) ferida(s); e os requisitos de autocuidado por desvio de saúde (diagnóstico médico, medicamentos em uso, alergias, antecedentes pessoais e dados relacionados à adesão ao tratamento da(s) ferida(s) no domicílio).

Tendo em vista a necessidade de contribuir para que a Enfermagem desenvolva a sua atuação com respaldo científico, os Diagnósticos de Enfermagem relacionados aos cuidados a pessoas com feridas foram contemplados, tendo como fonte a publicação da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), que usou os diagnósticos da taxonomia da NANDA (SOBEST, 2016).

A segunda parte compreendeu os requisitos de autocuidado por desvio de saúde relacionados diretamente à(s) ferida(s) e os Diagnósticos de Enfermagem relacionados, sendo utilizada nas consultas subsequentes, com o objetivo de acompanhar a evolução do paciente, relacionada à(s) ferida(s).

Na segunda etapa, foi feita uma atualização da revisão da literatura que embasou a elaboração da primeira versão com a finalidade de fundamentar a atualização, ampliação e aperfeiçoamento, o que resultou na segunda versão da consulta de Enfermagem, que recebeu a denominação de Consulta de Enfermagem para Pessoas com Ferida Crônica, fundamentado na Teoria do Autocuidado.

Com suporte na primeira versão descrita, obteve-se o instrumento intitulado “Consulta de Enfermagem para pessoas com ferida crônica fundamentado na teoria do autocuidado – Instrumento para coleta de dados”. O referido instrumento era composto, inicialmente, pela data da primeira consulta, número de registro e procedência, prosseguindo com os dados pessoais e condicionantes básicos (nome, nome social, data de nascimento, idade, gênero, nome da mãe, naturalidade - Município/UF - telefone fixo, celular, *e-mail*, identificação étnico-racial, crença religiosa, situação conjugal, filhos, escolaridade, profissão, ocupação atual, situação empregatícia, renda familiar mensal, condições de saneamento e acesso aos serviços de saúde para tratamento de problemas relacionados à(s) ferida(s); requisitos universais de autocuidado (sinais vitais, glicemia capilar, antropometria - altura e peso - alimentação, hidratação, eliminações - intestinais e urinárias - atividade e repouso, mobilidade, padrão de sono, solidão e interação social, prevenção de risco à vida e ao bem-estar; requisitos *desenvolvimentais* de autocuidado (habilidade psicomotora, destreza manual, alterações sensoriais, atividade sexual); e os requisitos de autocuidado por desvio de saúde (diagnóstico da ferida, realização de cirurgia, medicamento (s) em uso, execução de ações de autocuidado relacionados à ferida, alergias, antecedentes familiares, exame físico direcionado com a avaliação clínica da ferida; avaliação clínica/evolução; plano de cuidados (diagnósticos de Enfermagem NANDA I, resultados esperados - *Nursing Outcomes Classifications* (NOC),

intervenções de Enfermagem - *Nursing Interventions Classifications* (NIC), déficit de autocuidado, sistema de Enfermagem e avaliação); *prescrições de ações de autocuidado* (diagnósticos de Enfermagem NANDA I, resultados esperados - NOC), ações de autocuidado, capacidade para o autocuidado e avaliação. Os Diagnósticos de Enfermagem relacionados aos cuidados a pessoas com feridas foram atualizados, tendo como referência a última edição da NANDA I (2018-2020).

Na terceira etapa, foi executado o processo de validação de aparência e conteúdo do referido documento.

A validade em um contexto de medida compreende a avaliação do instrumento quanto à sua capacidade de medir o construto a que se propõe mensurar, relacionando-se diretamente com a aplicação do instrumento. A validação se sustenta nos dados científicos, seja em maior ou menor grau (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; POLIT; BECK, 2019).

Para Hulley *et al.* (2008), questionários e entrevistas podem ser avaliados quanto a sua validade como qualquer outro tipo de medição com relação às suas questões, enfatizando que não é fácil determinar se uma variável representa o que deveria representar quando esse processo se refere à aferição de fenômenos subjetivos e abstratos, como dor ou qualidade de vida para os quais não há um padrão ouro concreto. A abordagem geral para a validação tem início com uma revisão da literatura e uma consulta a especialistas para localizar um instrumento adequado (questionário) que possa ser apropriado à questão de pesquisa.

A validade possui variados aspectos e abordagem de avaliações sendo quatro os principais aspectos da validade de medida: a validade de conteúdo (*contente validity*), validade aparente (*face validity*), validade do critério (*criterion validity*) e validade do construto (*constructo validity*) (HULLEY *et al.*, 2008).

A validade de conteúdo avalia a capacidade em que o conteúdo de um instrumento consegue representar de modo adequado o construto, ou seja, se um instrumento composto (p. ex., uma escala de vários itens) tem uma amostra apropriada de itens para o construto que está sendo medido. O instrumento tem maior probabilidade de alcançar seus objetivos de medida se apresentar um bom reflexo do construto. Geralmente, nesse tipo de validação, conta-se com uma consulta a especialistas que avaliam os itens, classificando-os de acordo com uma escala para relevância do construto, emitindo comentários a respeito da necessidade de modificação dos itens. Essa classificação é utilizada para calcular um índice chamado

de Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

A validade aparente é um tipo que verifica basicamente que o instrumento parece aferir o construto apropriado. Embora essa validade não seja considerada uma boa evidência de qualidade, torna-se útil se tiverem sido demonstrados outros tipos de validade. Esse procedimento pode ser útil no desenvolvimento da ferramenta, relativamente à determinação da legibilidade e clareza do conteúdo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK, 2019).

A validade do critério refere-se a quanto os escores em um instrumento correlacionam-se com medidas consideradas ideais para um construto. Elas são um reflexo de um padrão ouro. Nesse caso, nem todas as medidas podem ser validadas utilizando uma abordagem de critério, porque nem sempre há um critério de padrão ouro para a medida (POLIT; BECK, 2019).

A validade de construto diz respeito à capacidade que um instrumento de medida possui de estar realmente medindo a concepção teórica investigada (construto). Diz respeito também à validade das inferências de pessoas, ambientes e intervenções observados em um estudo para os construtos referentes aos fenômenos que ocorrem relacionados a estas instâncias (POLIT; BECK, 2019).

A validação do referido instrumento de consulta de Enfermagem foi executada da seguinte maneira: foram elaborados dois instrumentos, sendo o primeiro referente à caracterização das juízas (Apêndice A); o segundo instrumento foi denominado de “Questionário para avaliação das juízas (Apêndice B), composto da maneira como está na sequência.

a) Consulta de Enfermagem: avaliação da coleta de dados que continha o item um, referente aos dados pessoais e fatores condicionantes básicos composto por 23 subitens e suas subdivisões; item dois, referente aos requisitos universais de autocuidado composto por nove subitens e suas subdivisões; item três, referente aos requisitos *desenvolvimentais* de autocuidado composto por quatro subitens; item quatro, referente aos requisitos de autocuidado por desvio de saúde composto por 28 subitens; itens cinco e seis, referente ao exame físico direcionado- avaliação clínica da ferida/evolução composto por 23 subitens e suas subdivisões;

b) Plano de Cuidados – Avaliação dos diagnósticos de Enfermagem, resultados esperados (NOC), intervenções de Enfermagem (NIC), sistema de Enfermagem e avaliação, composto por: oito itens referentes aos requisitos universais de autocuidado; um item referente aos requisitos *desenvolvimentais* de autocuidado;

cinco itens referentes aos requisitos por desvio de saúde.

c) Prescrições de ações de autocuidado – Avaliação dos diagnósticos de Enfermagem NANDA I, resultados esperados (NOC), ações de autocuidado, capacidade para o autocuidado e avaliação, composto por quatro itens referentes aos requisitos universais de autocuidado; um item referente aos requisitos *desenvolvimentais* de autocuidado; cinco itens referentes aos requisitos por desvio de saúde. Portanto, o item (a) foi composto por 59 subitens; o item (b) por dez itens; e o (c) foi composto por 19, perfazendo um total de 29 itens com 59 subitens.

Com a finalidade de facilitar o entendimento, foram disponibilizadas “instruções às juízas – especialistas para avaliação de conteúdo e aparência do instrumento” (Apêndice C), com definições, descrição dos quesitos e orientações quanto ao processo avaliativo no questionário. No instrumento de avaliação, foi disponibilizado um espaço para as observações e/ou sugestões das juízas para que contribuíssem, de forma direta, com a melhoria do instrumento. O questionário foi estruturado com questões fechadas com itens e subitens múltiplos com opções de respostas sobre os conceitos que foram avaliados quanto à clareza, objetividade e relevância.

Em prosseguimento a essa etapa, procedeu-se à seleção dos profissionais para a validação de conteúdo e aparência, havendo controvérsias segundo a literatura, quanto ao quantitativo de juízes a serem selecionados. Segundo Lynn (1986), um quantitativo mínimo de cinco e máximo de dez juízes é suficiente e Pasqualli (1998) sugere que seis juízes atendem à necessidade da validação de conteúdo e aparência. Assim, neste estudo, optou-se por adotar a recomendação de Lynn (1986), que considera ideal um quantitativo de cinco a dez juízes, sendo mais adequado um número ímpar, considerando a possibilidade de empate no processo de validação (VIANNA, 1982).

Os profissionais expertos (juízes) que validaram conteúdo e aparência do instrumento foram selecionados com base em critérios preestabelecidos, fundamentados na experiência de trabalho e nas temáticas envolvidas – consulta de Enfermagem, autocuidado, estomaterapia e ferida crônica. Foram contactadas nove enfermeiras que foram selecionadas por indicação de profissional ciente de seu amplo conhecimento sobre o assunto, sendo indagadas quanto à disponibilidade para participar do estudo mediante um convite formal via eletrônica, *e-mail* e/ou contato telefônico, informando quanto aos objetivos e finalidades da pesquisa.

Foi concedido um prazo inicial de 15 dias para a devolução do questionário respondido; entretanto, esse prazo se deu de acordo com a disponibilidade das juízas, de forma que se obteve um tempo médio de dez dias para o retorno. Para duas profissionais, foram entregues os instrumentos em mão, enquanto as demais receberam por meio eletrônico. As nove contactadas aceitaram, voluntariamente, participar do estudo, tendo sido convidadas a formalizar o aceite com a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D).

Assim sendo, foram excluídas as profissionais que ultrapassaram a tolerância de 30 (trinta) dias para a entrega. Apesar da confirmação para a participação das nove contactadas, obteve-se em tempo hábil o retorno de três questionários, os dois restantes ficaram dentro da tolerância dos 30 (trinta) dias, tendo sido devolvidos respondidos. Portanto a avaliação do instrumento foi feita por cinco, das nove profissionais contactadas.

Na quarta etapa, ocorreram a coleta dos dados e a sua análise quanto a clareza e objetividade e no que respeita à relevância, culminando com a versão final do instrumento.

Para a análise quanto à clareza e objetividade, a emissão do julgamento pelas juízas foi realizada com resposta dicotômica, com a opção “sim”, quando o item foi considerado claro e objetivo ou “não” quando o item apresentou inconformidade em relação à clareza e /ou objetividade, sendo utilizado o método chamado Índice de Conteúdo (IC) para calcular a percentagem de concordância entre as juízas, por intermédio da fórmula (ALEXANDRE; COLUCI, 2011):

$$\% \text{ de Concordância} = \frac{\text{número de juízes que concordam} \times 100}{\text{número total de juízes}}$$

Para a avaliação da relevância dos subitens, foi utilizada como técnica uma escala do tipo *Likert*, composta com categorias em quatro níveis de importância com seleção de uma só resposta para cada variável analisada, sendo quatro as possíveis respostas, com um escore de 1 para quem considerou irrelevante, 2 para a opção pouco relevante, 3 para a opção relevante e 4 para muito relevante. Essa escala permitiu medir o nível de concordância das juízas quanto à relevância, sendo este estabelecido pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que é o índice do grau em que o instrumento é

válido com relação ao conteúdo, baseado em classificações de especialistas (POLIT; BECK, 2019).

O escore do índice foi calculado pela soma de concordância dos subitens que receberam pontuação 3 ou 4 pelas juízas. Os itens com pontuação 1 e 2 foram eliminados ou adequados às sugestões das juízas.

O cálculo do IVC de cada item foi feito com base na fórmula denominada I-IVC, que traduz a proporção de especialistas que avaliaram um item com relevância de 3 ou 4 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2006):

$$\text{I-IVC} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de especialistas que atribuíram escore "3" ou "4"}}{\text{n}^\circ \text{ especialistas}}$$

O cálculo do IVC para o instrumento como um todo utilizou a equação matemática sugerida por Polit e Beck (2006), denominada S-IVC/Ave (média dos IVC para todos os itens do instrumento).

$$\text{S-IVC/Ave} = \frac{\text{soma dos IVC de cada item}}{\text{n}^\circ \text{ de itens do instrumento}}$$

Foi considerada aceitável uma taxa de concordância entre as juízas de 80% para a avaliação da clareza e objetividade e de 0,80 para a avaliação da relevância, considerando ser um índice aceitável para verificar a validade de novos instrumentos com avaliação de um mínimo de cinco juízes (LYNN, 1986).

Os itens que obtiveram uma proporção de concordância inferior foram excluídos ou modificados, de acordo com as sugestões. Após isso, obteve-se a última versão do Instrumento de Consulta de Enfermagem para pessoas com ferida crônica fundamentado na Teoria do Autocuidado.

4.4 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram tabulados manualmente, sendo analisados com base em estatística descritiva. Os resultados foram exibidos em tabelas, expressos em frequência absoluta e percentual. Tendo como base as observações e sugestões feitas pelas juízas, procedeu-se à análise, apontando que alguns quesitos tiveram sua redação

modificada e dois quesitos foram incluídos como são mostrados no capítulo dos resultados desta demanda acadêmica *stricto sensu*.

4.5 Aspectos éticos do estudo

O estudo seguiu as determinações éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo a privacidade, o anonimato de identidade e a não maleficência. Obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o número 3.300.176 (ANEXO A) (BRASIL, 2012).

No estudo, os dados serão de uso exclusivo da pesquisadora, podendo ser utilizados para os fins especificados em seus objetivos e para publicações em periódicos nacionais ou internacionais e eventos de cunho científico. Quanto a não maleficência, não foram utilizados procedimentos invasivos e os riscos inerentes à pesquisa estão relacionados ao constrangimento das juízas ao responder os questionários.

Os benefícios diretos da pesquisa são os subsídios fornecidos para a melhoria das ações de autocuidado da pessoa com ferida crônica e suas implicações. Foi concedida a todos os sujeitos a garantia de anonimato de sua identidade, como também lhes foram dadas autonomia e liberdade de participar ou não do estudo. Salientou-se que nenhum ônus financeiro foi imposto aos participantes, como também pagamento por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas.

Desde esta seção, cuidou-se dos resultados e sua discussão no capítulo 5, a seguir.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo encerra os resultados dos dados obtidos para a validação do instrumento de consulta de Enfermagem para as pessoas com ferida crônica junto às juízas. Os dados foram manualmente tabulados, tendo-se utilizado para apresentação dos resultados tabelas com os dados quantificados e descritos com indicação de frequência absoluta e percentual. Para as observações/sugestões das juízas, decisão/justificativa, recorreu-se a um quadro para apresentação.

As revisões bibliográficas, segundo Polit e Beck (2019), têm como objetivo a busca de evidências sobre determinado assunto, recapitulando o que é conhecido, procurando novos conhecimentos com vistas a divulgar para outros profissionais suas descobertas, como também estabelecer as bases para novos estudos, ajudando os pesquisadores na interpretação de suas descobertas.

Conforme referido anteriormente, a busca na literatura serviu de subsídio para a construção do instrumento. Complementaram, também, as pesquisas referentes ao conteúdo que trata sobre as bases teóricas do cuidado às pessoas com ferida. Nos achados obtidos pela busca em livros e artigos publicados em base de dados, reforçou-se igualmente aos achados de Santos (2013), que, em sua pesquisa sobre validação de instrumento, verificou estudos com a utilização de várias teorias, porém a teoria predominante é a teoria de Dorothea Elizabeth Orem.

Uma evidência encontrada foi que, mesmo com a utilização da mesma teoria, é necessário que a construção do instrumento seja adaptada à realidade de cada instituição, embora os sujeitos pertençam a uma população com semelhantes agravos à saúde, no caso, por exemplo, das pessoas com ferida crônica.

Nos achados referentes às bases teóricas dos cuidados às pessoas com ferida, as referências encontradas principalmente em relação à avaliação da pessoa com ferida e da ferida foram atualizadas, complementadas, enriquecendo e aprimorando com fundamentação científica o instrumento.

Os dados referentes à validação propriamente ditam são expressos nas tabelas que se seguem, tendo como ponto de partida a caracterização das participantes da pesquisa, conforme Tabela 1, em que se descreve o perfil das juízas consultadas.

Tabela 1 - Caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Gênero	n.º
Feminino	5
Masculino	3
Idade	
31 – 40	3
41 – 50	--
51 – 60	2
Mais de 60 anos	--
Experiência Profissional	
Menos de 1 ano	--
1 – 5 anos	--
6 – 10 anos	1
11 – 15 anos	2
16 – 20 anos	--
Mais de 20 anos	2
Experiência Profissional no cuidado à pessoa com ferida crônica	
Menos de 1 ano	--
1 – 5 anos	1
6 – 10 anos	1
11 – 15 anos	1
16 – 20 anos	1
Mais de 20 anos	1
Realiza Atividades	
Assistenciais	2
Assistenciais / Gerenciais	1
Assistenciais / Docência	1
Assistenciais / Gerenciais / Docência / Consultoria	1
Experiência com construção/validação de instrumentos de Consulta de Enfermagem	
Sim	5
Não	--
Qualificação Profissional	
Especialização	5
Mestrado	1
Doutorado	1
Pós-Doutorado	--
Publicações em periódicos indexados sobre	
Teorias de Enfermagem	1
Sistematização da assistência de Enfermagem	3
Processo de Enfermagem	1
Feridas Crônicas	2
Estomaterapia em Geral	2
Participação em grupos / Projetos de Pesquisa	
Sim	2
Não	3

Fonte: Elaboração própria. Dados do Questionário.

Tabela 2 – Dados pessoais e fatores condicionantes básicos.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS						
DADOS PESSOAIS E FATORES CONDICIONANTES BÁSICOS						
Subitem	Clar e Obj (IC %)	1 (Irrelevante)	2 (Pouco Relevante)	3 (Relevante)	4 (Muito Relevante)	IVC
Nome	100	0	0	0	100,0	1
Nome social	100	0	20,0	40,0	40,0	0,8
Data de Nascimento	100	0	20,0	0	80,0	0,8
Idade (anos)	100	0	0	20,0	80,0	1
Gênero	80	0	0	20,0	80,0	1
Nome da mãe	100	0	20,0	0	80,0	0,8
Naturalidade (Município/UF)	100	0	0	40,0	60,0	1
Endereço	100	0	0	20,0	80,0	1
CEP	100	0	40,0	20,0	40,0	0,6
Telefone fixo	100	0	20,0	60,0	20,0	0,8
Celular	100	0	0	20,0	80,0	1
<i>E-mail</i>	100	20,0	40,0	20,0	20,0	0,4
Identificação étnico-racial	100	0	0	80,0	20,0	1
Crença religiosa	100	0	0	40,0	60,0	1
Situação conjugal	100	0	0	40,0	60,0	1
Filho(s)	100	0	0	0	100,0	1
Escolaridade	100	0	0	0	100,0	1
Profissão	100	0	0	20,0	80,0	1
Ocupação atual	80	0	0	0	100,0	1
Situação empregatícia	100	0	0	0	100,0	1
Renda familiar mensal	100	0	0	0	100,0	1
Condições de saneamento	100	0	0	20,0	80,0	1
Acesso aos serviços de saúde para tratamento de problemas relacionados à(s) ferida(s)	100	0	0	0	100,0	1

Fonte: Elaboração própria. Dados do questionário.

Em relação aos dados pessoais e fatores condicionantes básicos, quanto a clareza e objetividade, as variáveis “gênero” e “ocupação atual” obtiveram porcentagem menor do que 100% (80%); os demais obtiveram 100%. Quanto à relevância, o Código de Endereçamento Postal (CEP) teve uma taxa de concordância 0,6 e “*e-mail*” 0,4, quatro subitens com taxa de 0,8 e a maioria dos subitens, ou seja, 14, obteve a taxa de um, relativa à clareza/objetividade das variáveis.

No tratamento de feridas, os dados sociodemográficos, caracterizados no instrumento como “dados pessoais e condicionantes básicos”, são fundamentais para o planejamento, organização e intervenções dirigidas para o cuidado e a recuperação do paciente, como também para avaliação de procedimentos e serviços, como, por exemplo, protocolos e programas (ALMEIDA, 2014).

O estudo de variáveis relativas à idade e gênero, no que diz respeito à população estudada, é fundamental para o delineamento e elaboração de políticas públicas para determinados públicos-alvo com os comportamentos e necessidades de saúde inerentes a este público (GUIMARÃES, 2020).

Tabela 3 – Requisitos universais de autocuidado.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS						
REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO						
Subitem	Clar e Obj (IC %)	1 (Irrelevante)	2 (Pouco Relevante)	3 (Relevante)	4 (Muito Relevante)	IVC
Sinais vitais	100	0	0	20,0	80,0	1
Antropometria	100	0	0	0	100,0	1
Alimentação	100	0	0	0	100,0	1
Eliminações	100	0	0	20,0	80,0	1
Atividade e repouso	100	0	0	0	100,0	1
Mobilidade	100	0	0	0	100,0	1
Padrão de sono	100	0	0	0	100,0	1
Solidão e interação social	100	0	0	0	100,0	1
Prevenção de risco à vida e ao bem-estar	100	0	0	0	100,0	1

Fonte: Elaboração própria. Dados do questionário.

Verifica-se, na Tabela 3, que todas as variáveis dos “Requisitos Universais de Autocuidado” ofereceram resultados satisfatórios quanto a clareza e objetividade. No concernente à relevância, os resultados do IVC mostraram uma taxa de concordância acima do esperado (0,8), ou seja, um.

Tabela 4 – Requisitos *desenvolvimentais* de autocuidado.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS						
REQUISITOS <i>DESENVOLVIMENTAIS</i> DE AUTOCUIDADO						
Subitem	Clar e Obj (IC %)	1 (Irrelevante)	2 (Pouco Relevante)	3 (Relevante)	4 (Muito Relevante)	IVC
Habilidade psicomotora	80	0	0	0	100,0	1
Destreza manual	80	0	0	20,0	80,0	1
Alterações sensoriais	100	0	0	0	100,0	1
Atividade sexual	100	0	40,0	40,0	20,0	0,6

Fonte: Elaboração própria. Dados do questionário.

A Tabela 4, referente às respostas dos juízes na avaliação dos subitens que compõem o item do instrumento – “Requisitos *Desenvolvimentais* de Autocuidado” quanto a clareza e objetividade, mostra quatro subitens, sendo que dois tiveram como resultado um IC de 100%, e os subitens “habilidade psicomotora e destreza manual” obtiveram um IC de 80%. Quanto à pontuação do IVC, dos quatro subitens, três obtiveram a taxa de concordância de um, sendo que o subitem “atividade sexual” obteve uma taxa abaixo do esperado (0,6).

Tabela 5 – Requisitos por Desvio de Saúde / Exame Físico Direcionado - Avaliação Clínica da(s) Ferida(s)/Evolução.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS						
Requisitos por Desvio de Saúde						
Subitem	Clar e Obj (IC %)	1 (Irrelevante)	2 (Pouco Relevante)	3 (Relevante)	4 (Muito Relevante)	IVC
Diagnóstico da ferida	100	0	0	0	100,0	1
Execução de ações de autocuidado relacionadas à(s) ferida(s)	100	0	0	0	100,0	1
Antecedentes pessoais	100	0	0	40,0	60,0	1
Alergias	100	0	0	60,0	40,0	1
Antecedentes familiares	100	0	0	40,0	60,0	1
EXAME FÍSICO DIRECIONADO - AVALIAÇÃO CLÍNICA DA(S) FERIDA(S)/EVOLUÇÃO						
Subitem	Clar e Obj (IC %)	1 (Irrelevante)	2 (Pouco Relevante)	3 (Relevante)	4 (Muito Relevante)	IVC
Adesão ao tratamento	100	0	0	20,0	80,0	1
Tempo de existência da ferida	100	0	0	20,0	80,0	1
Recidiva	100	0	0	20,0	80,0	1
Etiologia	100	0	0	20,0	80,0	1
Pé diabético	80	0	0	20,0	80,0	1
Úlcera venosa	100	0	20,0	20,0	60,0	0,8
Localização	100	0	0	20,0	80,0	1
Mensuração	100	0	0	20,0	80,0	1
Leito da ferida	100	0	0	0	100,0	1
Bordas/Margens da ferida	100	0	0	0	100,0	1
Pele periferida	100	0	0	20,0	80,0	1
Exsudato (cor)	100	0	0	20,0	80,0	1
Exsudato (quantidade)	100	0	0	20,0	80,0	1
Sinais/Sintomas de infecção	100	0	0	0	100,0	1
Uso de analgésico	100	0	0	20,0	80,0	1
Desbridamento	100	0	0	20,0	80,0	1
Coberturas	100	0	0	0	100,0	1
Renovação da cobertura primária	100	0	0	0	100,0	1
Fotografia	80	0	0	40,0	60,0	1
Retorno	100	0	0	20,0	80,0	1
Alta por	100	0	0	20,0	80,0	1
Enfermeira(o) /COREN	100	0	0	0	100,0	1
Observações	100	0	0	0	100,0	1

Fonte: Elaboração própria. Dados do questionário.

Na Tabela 5, estão inseridos os itens referentes aos “Requisitos de Autocuidado por Desvio de Saúde “que abrangem os itens cinco e seis relativos ao “Exame Físico Direcionado – Avaliação Clínica da Ferida/Evolução” que foram

analisados quanto a clareza, relevância e objetividade, da segunda versão do instrumento. Dos 23 subitens, apenas dois foram avaliados com o percentual de 80%, os 21 restantes foram avaliados com a taxa de 100% quanto a clareza e objetividade. Em sua totalidade, os subitens denotaram o IVC igual a um, demonstrando uma excelente taxa de concordância entre os juízes.

Tabela 6 – Plano de Cuidados.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS						
PLANO DE CUIDADOS						
Subitem	Clar e Obj (IC %)	1 (Irrelevante)	2 (Pouco Relevante)	3 (Relevante)	4 (Muito Relevante)	IVC
Requisitos Universais de Autocuidado						
Diagnósticos de Enfermagem NANDA I (Prioritários)	100	0	0	20,0	80,0	1
Comportamento de saúde propenso a risco. Identificado em __/__/__.	100	0	0	0	100,0	1
Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais. Identificado em __/__/__.	100	0	20,0	0	100,0	0,8
Défice no autocuidado para alimentação. Identificado em __/__/__.	100	0	0	0	100,0	1
Risco de volume de líquido desequilibrado. Identificado em __/__/__.	100	0	40,0	20,0	40,0	0,6
Baixa autoestima situacional. Identificado em __/__/__.	100	0	0	40,0	60,0	1
Distúrbio da imagem corporal. Identificado em __/__/__.	100	0	0	20,0	80,0	1
Requisitos Desenvolvimentais de Autocuidado						
Mobilidade física prejudicada. Identificado em __/__/__.	100	0	0	20,0	80,0	1
Requisitos por Desvio de Saúde						
Integridade tissular prejudicada. Identificado em __/__/__.	100	0	0	20,0	80,0	1
Risco para infecção. Identificado em __/__/__.	100	0	0	20,0	80,0	1
Dor crônica. Identificado em __/__/__.	100	0	0	20,0	80,0	1
Perfusão tissular periférica ineficaz. Identificado em __/__/__.	100	0	0	40,0	60,0	1
Ansiedade. Evidenciado em __/__/__.	100	0	0	20,0	80,0	1

(Continuação)

Resultados esperados	100	0	0	20,0	80,0	1
Intervenções de Enfermagem (NIC)	100	0	0	0	100,0	1
CAC menor que DAC terapêutica é igual a DAC	60	0	20,0	40,0	40,0	0,8
Sistema de Enfermagem	100	0	0	60,0	40,0	1
Avaliação	100	20,0	0	60,0	20,0	0,8

Fonte: Elaboração própria. Dados do questionário.

A Tabela 6, que traz as variáveis do “Plano de cuidados”, avaliados quanto a clareza e objetividade, mostra que as juízas pontuaram 17 subitens de 18, com o percentual de 100%, e que apenas o subitem “CAC menor que DAC terapêutica é igual a DAC, obteve a taxa de 60%. Quanto ao IVC, 14 itens dos 18 exibiram excelente nível de relevância, com pontuação igual a um.

Enquanto isso, três subitens foram pontuados com um IVC de 0,8, sendo um subitem pontuado com 0,6.

Tabela 7 – Prescrições de ações de autocuidado.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS						
PRESCRIÇÕES DE AÇÕES DE AUTOCUIDADO						
Subitem	Clar e Obj (IC %)	1 (Irrelevante)	2 (Pouco Relevante)	3 (Relevante)	4 (Muito Relevante)	IVC
Resultados esperados (NOC)	100	0	0	20,0	80,0	1
Ações de autocuidado	100	0	0	0	100,0	1
Capacidade para o autocuidado	100	0	0	20,0	80,0	1
Avaliação	80	20,0	0	20,0	60,0	0,8
Retorno	100	0	0	20,0	80,0	1
Alta por	100	0	0	40,0	60,0	1

Fonte: Elaboração própria. Dados do questionário.

A Tabela 7 contém as “Prescrições de Ações de Autocuidado”, compostas por seis subitens considerados claros e objetivos, obtendo uma taxa de 100%; mostra que cinco subitens foram avaliados com o IVC de um, portanto, excelente.

Quadro 1 – Observações/sugestões das juízas, decisão/justificativa.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS		
DADOS PESSOAIS E FATORES CONDICIONANTES BÁSICOS		
Subitem	Juíza/Sugestão	Decisão/Justificativa
Nome social	J1: “Sugiro retirar.”	Não acatada. No âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, é garantido o direito ao uso do nome social. A pessoa travesti ou transexual tem o direito de indicar socialmente como quer ser reconhecida (DECRETO 8.727/2016).
Gênero	J1: “Tirar outro, deixar só masculino e feminino.”	Não acatada. A identidade de gênero de pessoas travestis e transexual é reconhecida no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. (DECRETO 8.727/2016).
CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS		
REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO		
Subitem	Juíza/Sugestão	Decisão/Justificativa
Sinais vitais	J4: “Sugiro retirara a temperatura, pulso e respiração. Considero que são dados importantes, mas que no momento da consulta de Enfermagem voltada ao paciente com feridas, se esses dados derem alterados, não há resolutividade de nossa parte.”	Não acatada. Essa atividade será realizada por ocasião da primeira consulta de Enfermagem, sendo delegada ao técnico de Enfermagem, sob supervisão da enfermeira, que avaliará os padrões normais e em caso de alteração, fará as intervenções necessárias.
Padrão de sono	J4: “Sugiro que “Dorme h/noite” venha antes do “Dorme h/dia”, por questões de facilidade na hora da consulta, pois o paciente sempre responde logo quanto dorme a noite.”	Sugestão acatada.
CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS		
REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO		
Subitem	Juíza/Sugestão	Decisão/Justificativa
Habilidade psicomotora	J3: “O que deve ser avaliado para dizer com certeza que a pessoa tem habilidade psicomotora?”	
Destreza manual	J3: “O que deve ser avaliado para dizer com certeza, o que a pessoa tenha destreza manual?”	
Atividade sexual	J2: “Sugiro retirar a opção SIM.”	Sugestão não acatada.

(Continuação)

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS		
REQUISITOS POR DESVIO DE SAÚDE		
Subitem	Juíza/Sugestão	Decisão/Justificativa
Execução de ações de autocuidado relacionadas à(s) ferida(s)	J2: “Este ‘local’ em que realiza o curativo, merece um maior esclarecimento. Fica confuso. Parece que está perguntando pelo cômodo da casa, se é feito na sala, na cozinha ou no quarto. Se realizar no posto de saúde?”	Sugestão acatada.
Antecedentes familiares	J2: “Seria interessante identificar o grau de parentesco?”	Não acatada. Nesse contexto, a informação não é relevante.
Subitem	Juíza/Sugestão	Decisão/Justificativa
Adesão ao tratamento	J1: “O que seria o ‘Não se aplica’? J3: “Adesão ao tratamento da doença de base ou da ferida?”	Em alguns casos, na primeira consulta de Enfermagem não é possível avaliar o nível de adesão do paciente, sendo utilizado o subitem ‘Não se aplica’. O subitem está relacionado à adesão ao tratamento da ferida, estando inserido no local destinado à avaliação da mesma.
Recidiva	J1: “Importante colher número de recidivas.”	Sugestão acatada.
Pé diabético	J3: “Que classificação foi utilizada (Wagner)?”	Foi utilizado o sistema de classificação de Wagner, porém considerando a maior utilização, atualmente, do sistema de classificação de San Antônio da Universidade do Texas, recomendado pela Sociedade Brasileira de Diabetes, foi feita a alteração para este sistema (MINAS GERAIS, 2010; DUARTE; GONÇALVES, 2011).
Úlcera venosa	J3: “Em se tratando de um instrumento de avaliação de feridas, entende-se que o paciente está em CEAP 6. Será que este dado tem relevância aqui? Podia se pensar em ter alguma pergunta do tipo: “O senhor já teve outras feridas nas pernas? Quando surgiu feridas pela primeira vez?”	Sugestão parcialmente acatada. Retirada a Classificação CEAP.
Localização	J2: “É importante abrir espaço para identificar quando houver mais de duas lesões, por exemplo, no membro inferior direito e no membro inferior esquerdo.”	Não acatada. O instrumento permite a avaliação de uma ferida por vez, sendo aplicado quantas vezes seja necessário, de acordo com a quantidade de feridas que o paciente apresenta.
Alta por	J4: “Acrescentaria ‘Outros motivos’ e espaço para o enfermeiro descrever.”	Sugestão acatada.

(Continuação)

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS		
PLANO DE CUIDADOS		
Subitem	Juíza/Sugestão	Decisão/Justificativa
Requisitos Universais de Autocuidado		
Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais. Identificado em __/__/__.	J4: “Muito focado para um tipo de desequilíbrio. Lidamos sempre com os dois. Menor e maior que as necessidades corporais.”	Sugestão acatada. Esse diagnóstico foi substituído pelo risco de sobrepeso que é definido como a “susceptibilidade ao acúmulo de gordura excessiva para a idade e o sexo que podem comprometer a saúde” podendo ser detectado pelo Índice de Massa Corporal (IMC) (NANDA I-2018-2020). Os pacientes com ferida estão inseridos na população de risco.
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos Identificado em __/__/__.	J4: “Como identificar? É factível?”	Esse risco refere-se à perda, ao ganho, ou a ambos, dos líquidos corporais. A presença de edema por exemplo, em uma pessoa com lesão, pode ser indicativa do desequilíbrio.
Requisitos por Desvios de Saúde		
Integridade tissular prejudicada. Identificado em __/__/__.	J3: “Todos terão esse diagnóstico, não?”	Não acatada. Por ser um diagnóstico essencial, não pode deixar de constar. Diversas ações serão implementadas tendo-o como base.
CAC menor que DAC terapêutica é igual a DAC	J4: “Rever esse item. Não ficou claro.”	Sugestão acatada. Foi acrescentado no instrumento que existe o déficit de autocuidado (DAC) quando a demanda de autocuidado terapêutico (DAC) excede as capacidades da pessoa, cuidador ou família de executar as ações de autocuidado.
CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS		
PRESCRIÇÕES DE AÇÕES DE AUTOCUIDADO		
Subitem	Juíza/Sugestão	Decisão/Justificativa
Alta por	J3: “Por que repetir dado da entrevista?”	Não acatada. Esse subitem está no Exame Físico direcionado, devendo a informação que traz, ser registrada também nas prescrições de Enfermagem que acompanham a alta do paciente.

Fonte: Elaboração própria. Dados do questionário.

No Quadro 1, constam as observações/sugestões das juízas, como também as decisões e justificativas da pesquisadora, tendo como base a análise das observações/sugestões das juízas. Como se pode observar, algumas decisões/

justificativas foram inseridas no próprio quadro. É necessário aqui esclarecer a indagação de uma juíza referente ao subitem “habilidade psicomotora” do item Requisitos Universais de Autocuidado, em que ela pergunta: “Como dizer com certeza se a pessoa tem habilidade psicomotora ou destreza manual?” Como resposta à pergunta, pode-se dizer que, por ocasião da consulta de Enfermagem, e no decorrer dos atendimentos de retorno, é possível identificar, pela prática, se a pessoa possui capacidades requeridas para o desenvolvimento, tanto de habilidade psicomotora quanto de destreza manual, para a realização de determinadas ações requeridas para o autocuidado.

No caso de serem detectados défices em relação às ações específicas de autocuidado, como, por exemplo, a realização de um curativo, cabe ao profissional de Enfermagem atuar como facilitador, ajudando a pessoa a superar seus défices ou deficiências em relação ao seu autocuidado, como prevê Orem (2006) em sua Teoria.

Acrescenta-se que, nessa análise, alguns quesitos tiveram sua redação modificada e dois quesitos foram incluídos. Quase em sua totalidade, as sugestões de melhoria citadas pelas juízas foram acatadas. Estas foram relacionadas à correção ortográfica e gramatical, acréscimos e redução de dados, correção e uniformização de termos, entre outros pormenores.

As sugestões pertinentes advieram para alterações, correções e aperfeiçoamento da proposta inicial em sua primeira versão, o que resultou na construção do Instrumento de Consulta de Enfermagem para pessoas com ferida crônica fundamentado na Teoria do Autocuidado – Instrumento para Coleta de Dados em sua versão final (Apêndice E). Referido instrumento, constou inicialmente da data da primeira consulta, número de registro e procedência, prosseguindo com o seguinte:

- Dados pessoais e condicionantes básicos - nome, nome social, data de nascimento, idade (anos), gênero, nome da mãe, naturalidade (Município/UF), telefone fixo, celular, *e-mail*, identificação étnico-racial, crença religiosa, situação conjugal, filhos, escolaridade, profissão, ocupação atual, situação empregatícia, renda familiar mensal, condições de saneamento e acesso aos serviços de saúde para tratamento de problemas relacionados à (s) ferida (s);

- Requisitos universais de autocuidado - sinais vitais, glicemia capilar, antropometria (altura e peso), alimentação, hidratação, eliminações (intestinais e urinárias), atividade e repouso, mobilidade, padrão de sono, solidão e interação social, prevenção de risco à vida e ao bem-estar;

- Requisitos *desenvolvimentais* de autocuidado - habilidade psicomotora, destreza manual, alterações sensoriais, atividade sexual;
- Requisitos de autocuidado por desvio de saúde - diagnóstico da ferida, realização de cirurgia, medicamento (s) em uso, execução de ações de autocuidado relacionados à ferida, antecedentes pessoais, alergias, antecedentes familiares;
- Exame físico direcionado com a avaliação com avaliação clínica da ferida / evolução; Plano de cuidados - diagnósticos de Enfermagem NANDA I, resultados esperados (NOC), ações de autocuidado, capacidade para o autocuidado e avaliação intervenções de Enfermagem (NIC), déficit de autocuidado, sistema de Enfermagem e avaliação);
- Prescrições de ações de autocuidado - diagnósticos de Enfermagem NANDA I, resultados esperados (NOC), ações de autocuidado, capacidade para o autocuidado e avaliação). Os Diagnósticos de Enfermagem relacionados aos cuidados a pessoas com feridas, foram atualizados, tendo como referência a última edição da NANDA I (2018-2020).

6 CONCLUSÃO

As feridas crônicas são consideradas um problema de saúde pública pela sua magnitude e abrangência. A complexidade dos cuidados dispensados às pessoas com esse tipo de agravo à saúde, demanda uma assistência sistematizada e individualizada dentro dos princípios legais da profissão.

Este trabalho teve como objetivo geral validar o conteúdo e aparência de um instrumento para consulta de Enfermagem, voltado para pessoas com ferida crônica, baseado no modelo conceitual da Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado, de Orem. A pesquisa teve como objetivo específico atualizar e submeter o conteúdo do instrumento à apreciação de enfermeiros especialistas no assunto denominados juízes-especialistas.

Para tanto, as pesquisas realizadas anteriormente deram início à elaboração de instrumento para consulta de Enfermagem que foi consolidado nesta dissertação, culminando com a sua validação. Tal elaboração foi exaustivamente revisada, no decurso de quatro anos entre a especialização e este mestrado, e teve como objetivo ampliar, aperfeiçoar e atualizar o instrumento de consulta de Enfermagem constituído por ocasião do curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia, destinado a sistematizar o atendimento da pessoa com ferida crônica.

A opção por trabalhar com esse público foi movida pela atuação profissional direta com esses pacientes e pela percepção da necessidade de direcionar a coleta de dados, de modo que fosse possível estabelecer cuidados eficientes e eficazes que trouxessem resultados positivos para o restabelecimento da integridade da pele e da qualidade de vida dessas pessoas.

Tendo em vista todas as singularidades inerentes a esse processo de adoecimento, procurou-se refletir acerca das suas necessidades de atenção e cuidado e elaborar um instrumento que pudesse ser utilizado durante a consulta de Enfermagem.

Para isso, buscou-se respaldo na literatura pertinente, sendo identificados e avaliados os requisitos de autocuidado encontrados, com vistas a selecionar aqueles imprescindíveis para direcionar a sistematização do cuidado de Enfermagem.

Essa etapa do estudo foi de sobeja importância, pois, além de objetivar a construção do instrumento para direcionar o cuidado, teve-se a preocupação de elaborar um instrumento factível na prática cotidiana do enfermeiro, não incorrendo no erro de ter como resultado uma ferramenta impraticável, com excesso de

informações que inviabilizariam sua execução.

O instrumento, por ter sido submetido ao processo de validação de conteúdo e aparência, permite, por ocasião da consulta de Enfermagem, a coleta de dados realizados sistematicamente, possibilitando ações de autocuidado pela pessoa com ferida crônica.

Considerando limitações próprias da formulação do instrumento e sua relação com o cronograma estabelecido, a etapa de validação foi executada, sendo esta uma prioridade posta em prática.

Nessa contextura, em virtude da gravidade das doenças que acometem a população, levando ao desenvolvimento de feridas das mais variadas etiologias, aponta-se a premência de novos estudos que abordem o tema de maneira particular, comportando, quem sabe, a perspectiva de sua inserção nas políticas públicas de saúde do País.

Entende-se que a participação do enfermeiro nesse processo é de alçada valia, haja vista o seu papel como promotor da saúde, capaz de criar uma relação horizontal que traz em si a habilidade de empoderar para o autocuidado e para uma vida com sentido e qualidade.

Acredita-se que o estudo traz relevante contribuição social e, de modo especial, para a Enfermagem, ao disponibilizar uma tecnologia que acena com a possibilidade de melhorar a qualidade da coleta de dados, dando o aporte de informações importantes para a tomada de decisões quanto à sistematização do cuidado e o estabelecimento de estratégias adequadas ao cuidado da pessoa com ferida.

Quanto aos objetivos geral e específico, considera-se que ambos foram atendidos, haja vista as fases de validação do conteúdo e a de submissão do instrumento aos especialistas terem sido cumpridas no tempo antevisto, como prevê o protocolo.

Em razão da exiguidade do tempo, não foi possível realizar o processo de confiabilidade do instrumento, por meio de sua aplicação junto aos enfermeiros que atuam com o público a quem ele se destina, para complementar o que prevê a validação de instrumento, embora ele já esteja sendo aplicado.

O dinamismo em que ocorrem os fenômenos ligados à prática da Enfermagem deixa ciente a investigadora de que este estudo não é definitivo e incita a se atualizar o conteúdo do instrumento com avaliações constantes para seu aprimoramento.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Assistência segura: uma AFONSO, Cristina; AFONSO, Gustavo; AZEVEDO, Manuel.; MIRANDA, Marta; ALVES, Paulo. **Prevenção e tratamento de feridas**: da evidência à prática. Portugal: Hartmann, 2014.
- AGALE, Shubhangi Vinayak. Chronic leg ulcers: epidemiology, aetiopathogenesis, and management. **Ulcers**, [s.l.], p. 1-9, 2013.
- ALENCAR, Delmo de Carvalho; COSTA, Rosana dos Santos; ALENCAR, Ana Maria Parente Garcia; MOREIRA, Wanderson Carneiro; IBIAPINA, Aline Raquel de Sousa; ALENCAR, Márcia Brito de. Consulta de enfermagem na perspectiva de usuários com diabetes Mellitus na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3749-3756, 2017.
- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Maria Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p. 3061-3068, 2011.
- ALFARO-LeFEVRE, Rosalina. **Aplicação do processo de enfermagem**: fundamentos para o raciocínio clínico. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 271 p.
- ALMEIDA, M.T. Assistência de enfermagem. *In*: BLANCK, Mara; GIANNINI, Tereza. **Úlceras e feridas**: - as feridas têm alma – uma abordagem interdisciplinar do plano de cuidados e da reconstrução estética. Rio de Janeiro: DiLivros, 2014. 867 p. Cap.41, p.463-465.
- ALMEIDA, V. C. P C. Epidemiologia no tratamento de feridas. *In*: BLANCK, Mara; GIANNINI, Tereza. **Úlceras e feridas**: as feridas têm alma – uma abordagem interdisciplinar do plano de cuidados e da reconstrução estética. Rio de Janeiro: DiLivros, 2014. 867p. Cap.5, p.27-32.
- AMANTE, Lucia Nazareth. **Cuidado de enfermagem no período perioperatório**: intervenções para a prática. Vol.1. Curitiba: CRV, 2015. 486p.
- ANVISA. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA, 2013, 172p. Disponível em: www20.anvisa.gov.br/segurançadopacienteca/imagens. Acesso em: 15 mar. 2020.
- ARON, Suzana; GAMBA, Mônica Antar. Preparo do leito e a história do TIME. **Estima**, São Paulo, v.7, n.4, p.20-24, 2009.
- ATTINGER, Christopher; BULAN, Erwin J.; BLUME, Peter A. Pharmacologic and mechanical management of wounds. *In*: MATHES, Stephen J. **Plastic surgery**. 2nd. St. Louis: Elsevier, 2006. p.863-899.
- BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elizabeth A; LANGEMO, DK. Wound assessment. *In*: BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elizabeth A. **Wound care essentials**: practice principles. 2. ed. Lippincott Williams & Wilkinns; 2008. 624p. p. 77-91.

BARBOSA, C.G; AMARAL, J.G; ELIZARDO, L.L. Avaliação de feridas: documentação. *In: GAMBÁ, Mônica Antar; PETRI, Valéria; COSTA, Mariana Takahashi Ferreira (Org.). Feridas: prevenção, causas e tratamento.* Rio de Janeiro: Santos, 2016. 332p. Cap. 61, p. 311-314.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal. **Protocolo de assistência aos portadores de feridas.** 2006. 51 p. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/curativos.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2020.

BENBOW, Maureen. Wound care: ensuring a holistic and collaborative assessment. **British Journal of Community Nursing**, London, v.16, n.9, p.S6-S16, Set,2011.

BENEVIDES, Jéssica Lima; COUTINHO, Janaína Fonseca Victor; PASCOAL, Liliane Chagas; JOVENTINO, Emanuella Silva; MARTINS, Mariana Cavalcante; GUBERT, Fabiane do Amaral; ALVES, Allana Mirella. Development and validation of educational technology for venous ulcer care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v.50, n.2, p.309-316, mar./abr. 2016.

BIEHL, João; ANDRADE, Isabela Carlyne Sena de. Clínico: uma contribuição sobre competências do enfermeiro com a aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) - prevenção, restauração, plano de cuidados e plano de alta hospitalar. *In: BLANCK, Mara; GIANNINI, Tereza. Úlceras e feridas: - as feridas têm alma – uma abordagem interdisciplinar do plano de cuidados e da reconstrução estética.* Rio de Janeiro: DiLivros, 2014. 864 p. Cap.7, p. 43-49.

BLANES, Leila; FERREIRA, Lydia Masako (Eds.). **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão.** São Paulo: Atheneu, 2014.

BMJ. **Insuficiência venosa crônica.** 2016. Disponível em: <http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph-pdf/507.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2020.

BORGES, Eline Lima, FERNANDES, Fernanda Paulino. Úlcera por pressão. *In: DOMANSKY, Rita de Cássia; BORGES, Eline Lima (Orgs.). Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências.* 2.ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014. Cap. 6, p.119-186.

BORGES, Eline Lima. **Feridas: como tratar.** 2.ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2008. 246 p.

BORGES, Eline Lima; CALIRI, Maria Helena Larcher. Funcionamento do sistema venoso. *In: BORGES, Eline Lima. Úlceras de membros inferiores.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 3-8.

BORGES, Eline Lima; SANTOS, Camyle de Melo dos; SOARES, Mariana Raquel. Modelo ABC para o manejo da úlcera venosa de perna. **Estima**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.182-187, 2017.

BOUSSO, Regina Szylit; POLES, Kátia; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. Conceitos e teorias na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.48, n.1, p.141-145. 2014.

BOZZA, S.M. Abordagem da dor em pacientes portadores de feridas. *In*: BLANCK, Mara.; GIANNINI, Tereza. **Úlceras e feridas: as feridas têm alma – uma abordagem interdisciplinar do plano de cuidados e da reconstrução estética**. Rio de Janeiro: DiLivros, 2014. 864 p. Cap.4, p. 21-26.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do pé diabético: estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483**, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 15 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução n. 466/12. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2020.

BUSANELLO, Josefina; SILVA, Fernanda Machado da; SEHNEM, Graciela Dutra; POLL, Marcia Adriana; DEUS, Luise Monteiro Lobão de; BOHLKE, Thyekke da Silva. Assistência de enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria/RS, v.3, n.1, p.175-184, Jan/Abr. 2013.

CALIRI, Maria Helena Larcher; SANTOS, Vera Lucia Conceição de Gouveia; MANDELBAUM, Maria Helena Santana; COSTA, Idevania Geraldina. **Classificação das lesões por pressão: Consenso NPUAP 2016**. Adaptada culturalmente para o Brasil. Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST - e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia - SOBENDE. 2016. Disponível em: <http://sobest.org.br/textod/35> Acesso em: 10 jul. 2019.

CALIXTO, Rosilene Farias *et al.* Educação e promoção da saúde. *In*: CAMPOS, Maria Genilde das Chagas Araújo; SOUSA, Alana Tamar Oliveira de; VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti; LUCENA, Sumaya Araújo Pereira de; GOMES, Sylvania Katiussa de Assis (Orgs.). **Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico**. João Pessoa: Ideia, 2016. 398 p. Cap. 3, p. 11-14.

CAMPOS, Maria Genilde das Chagas Araújo; SOUSA, Alana Tamar Oliveira de; VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti. Fundamentos teóricos e avaliação de feridas *In*: CAMPOS, Maria Genilde das Chagas Araújo; SOUSA, Alana Tamar Oliveira de; VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti; LUCENA, Sumaya Araújo Pereira de; GOMES, Sylvania Katiussa de Assis. **Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico**. João Pessoa: Ideia, 2016. 398 p. Cap. 3, p. 58-100.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKLIH, Flávio Trevisani; CANTERAS, Ligia Maria da Silva; TERERAN, Nathalia Perazzo; CARNEIRO, Ieda Aparecida. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CASEY, Georgina. Chronic wound healing: leg ulcers. **Nursing New Zealand**, Wellington, v.17, n.11, p.24-29, Dec. 2011.

CHABY, Guillaume; SENET, Patricia; GANRY, Olivier; CAUDRON, A.; THUILLIER, D.; DEBURE, C.; MEAUME, Sylvie; TRUCHETET, F.; COMBEMALE, Patrick; SKOWRON, F.; JOLY, P.; LOK, Catherine. Prognostic factors associated with healing of venous leg ulcers: a multicentre, prospective, cohort study. **British Journal of Dermatology**, London, v.169, n.5, p.1106-1113, Nov. 2013.

CHANES, Marcelo. **SAE descomplicada sistematização da assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.158 p.

CHAVES, Lucimara Duarte. Processo de enfermagem. *In*: CHAVES, Lucimara Duarte **Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2013. p.33.41.

CHAVES, Lucimara Duarte; SOLAI Cibele Andres. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2013.

COFEN. **Resolução COFEN n. 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. *In*: Conselho Regional de Enfermagem. Brasília (DF): COFEN, 2009.

COFEN. **Resolução COFEN nº 567/2018**. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no cuidado aos pacientes com ferida. Brasília: CONFE, 2018. Disponível em: http://mt.corens.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-no-567-2018_6097.html. Acesso em: 15 mar. 2020.

COREN/SP. Resolução COFEN n. 159, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. *In*: COREN. **Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares**. São Paulo: COREN-SP, 1997. p. 101-102.

CROZETA, Karla; STOCCO, Janislei Giseli Dorociaki; LABRONICI, Liliana Maria; MÉIER, Marineli Joaquim. Interface entre a ética e um conceito de tecnologia em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.23, n.2, p.239-243, Mar./Abr. 2010.

CUDDIGAN, Janet; AYELLO, Elizabeth A.; ASUSSMAN, C. (Eds.) Pressure ulcers in America: prevalence, incidence, and implications for the future: na Executive Summary of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Monograph. **Advances in Skin & Wound Care**, [s.l.], v.14, n.4, p.208-215, July/Aug. 2001.

CURCIO, Raquel ; LIMA, Maria Helena de Melo; TORRES, Heloisa de Carvalho. Protocolo para consulta de enfermagem: assistência a pacientes com Diabetes *Melittus* tipo 2 em insulinoterapia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.30, n.3, p.552-557, Set. 2009.

DANTAS, Rosane Arruda. **Validação de escala optométrica de figuras**. 2006. 116f. Tese (Doutorado em Enfermagem Clínico-Cirúrgica) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

DEALEY, Carol. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2001. 216 p.

DEALEY, Carol. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. 240 p.

DISTRITO FEDERAL. **Consenso Internacional sobre pé Diabético**. Grupo de Trabalho Internacional sobre pé Diabético. Distrito Federal: Secretaria de Estado de Saúde, 2001.

DUARTE, Nádia; GONÇALVES, Ana. Pé diabético. **Angiologia e Cirurgia Vascular**, São Paulo, v.7, n.2, p.65-79, jun. 2011.

DUNCAN, Michael Schmidt; GOLDRAICH, Marcos Adams; CHUEIRI, Patrícia Sampaio. Cuidados longitudinais e integrais a pessoas com condições crônicas. *In*: DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

EWMA. **European Wound Management Association**. Disponível em: https://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/Position_documents_2002-2008/pos_doc_English_final_04.pdf> Acesso em: 15 mar. 2020.

FARIA, Nivia Giacomini Fontoura. **Fotografia digital de feridas: desenvolvimento e avaliação de curso para enfermeiros**. 2010. 142f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FEIJÃO, Alexsandra Rodrigues. **Consulta de enfermagem baseada na Teoria de Orem para pacientes portadores de coinfeção HIV/tuberculose: efetividade na adesão e qualidade de vida**. 2011. 155f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2011.

FERNANDES, Niedja Cibegne Silva; TORRES, Gilson de Vasconcelos. Incidência e fatores de risco de úlceras por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.7, n.3, p.304-310, jan/abr 2008.

FERREIRA, Cláudia Natália; SOUSA, Marinez de Oliveira; DUSSE, Luci Maria Sant'Ana; CARVALHO, Maria das Graças. O novo modelo da cascata de coagulação baseado nas superfícies celulares e suas implicações. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v.32, n.5, p.416-421, 2010.

FOSTER, Peggy Coldwell; BENNETT, Agner M. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. Cap. 7, p. 83-101.

FRANCO, Rendrik F. Fisiologia da coagulação, anticoagulação e fibrinólise. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.34, p.229-237, Jul./Dez. 2001.

GALVÃO, Nariani Souza; LOPES NETO, David; OLIVEIRA, Ana Paula Pessoa de. Aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes com úlcera por pressão internados em uma instituição hospitalar. **Estima**, São Paulo, v.13, n.3, p.91-96, 2015.

GARCIA, Telma R. **Classificação internacional para a prática de enfermagem – CIPE: aplicação à realidade brasileira**. Porto Alegre: Artmed, 2015. 340 p.

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 375 p.

GEOVANINI, Telma. Classificação e tipos de ferida In: GEOVANINI, Telma (Org.). **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. São Paulo: RIDEEL, 2014. 512 p. Cap. 8, p. 137.

GOHEL, Manj S.; POSKITT, Keith R. Chronic ulceration of the leg. **Surgery**, St Louis, v.31, n.5, p. 224-228, 2013.

GUIMARÃES, José Ribeiro Soares. **A importância do uso das informações sociodemográficas no processo de planejamento**. Disponível em: http://www.sbpnet.org.br/livro/57ra/programas/CONF_SIMP/textos/joseribeiroguimaraes.htm. Acesso em: 02 mar. 2020.

HERNANDO, Francisco José Serrano; CONEJERO, Antônio Martín. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. **Revista Especialista em Cardiologia**, Madrid, v.60, p.969-982, 2007.

HICKMAN, J. S. Introdução à teoria da enfermagem. In: GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Tradução de Ana Maria Vasconcelos Thorell. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2000. 375 p. Cap. 1, p. 11-20.

HOFMAN, Deborah. Practical steps to address pain in wound care. **British Journal of Nursing**, London, v. 15, Supplement 21, p. 10-14, 2006..

HULLEY, Stephen B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed, Porto Alegre: Artmed, 2008. 384 p.

IRION, Glenn L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 336 p.

JOHNSON, Jan J.; PAUSTIAN, C. **Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease**. Glenview: Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN), 2005. 42p.

KEAST, David H.; BOWERING, Keith C.; EVANS, Wayne A.; MACKEAN, Gerald L.; BURROWS, Catherine; D'SOUZA, Lincoln. MEASURE: A proposed assessment framework for developing best practice recommendations for wound assessment. **Wound Repair and Regeneration**, St Louis, v.12, (3 Suppl), p.S1-17, May/Jun. 2004.

KONOPKA, Clóvis Luiz; PADULLA, Geórgia Andrade; ORTIZ, Michele Purper; BECK, Anderson Kahl; BITENCOURT, Mariana Rechia; DALCIN, Diogo Chagas. Pioderma gangrenoso: um artigo de revisão. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v.12, n.1, p., Jan./Mar. 2013.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; FAUSTO, Nelson; ASTER, J.C. (Eds.). **Robbins and Cotran**: bases patológicas das doenças. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

LARA, Maristela Oliveira; PEREIRA JÚNIOR, Assis do Carmo; PINTO, Júlia Silva de Figueiredo; VIEIRA, Nayara Figueiredo; WICHR, Patrícia. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.16, n.3, p.471-477, Jul./Set. 2011.

LIMA, Vera Lúcia de Araújo Nogueira *et al.* Úlcera arterial. *In*: BORGES, Eline Lima. **Úlceras dos membros inferiores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p.109-117.

LIZZARAGA, MJ Castillio, SANZ, Marta Sanz, MARTOS, M. Cruz. Recomendaciones para el tratamiento local de las úlceras cutáneas crónicas. **Formación Médica Continuada em Atención Primaria**, [s.l.], v.18, n.10, p.664-672, 2011.

LOBIONDO-WOOD, Geri L.; HABER, Judith. **Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. Tradução de Ivone Evangelista Cabral. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LOPES, Emeline Moura; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa; VIEIRA, Neiva Francenelly Cunha. Tecnologia e práticas de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v.8, n.1. 2009. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.1883/446>. Acesso em: 22 set. 2018.

LYNN, Mary R. Determination and quantification of content validity. **Nutrition Research**, New York, v. 35, n. 6 p. 382-385, 1986.

MALAGUTTI, William. **Feridas**: conceitos e atualidades. São Paulo: Martinari, 2015. 280 p.

MARTINS, Cleusa Rios; DAL SASSO, Grace Teresinha Marcon. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.1, p.11-12, Jan./Mar. 2008.

MATSUI, Yuko; FURUE, Masutaka; SANADA, Hiromi; TACHIBANA, Takao; TAKEO, Nakayama; SUGAMA, Junko; FURUTA, Katsumori; TACHI, Masahiro; TOKUNAGA, Keiko; MIYACHI, Yoshiki; . Development of the DESIGN-R with an observational study: an absolute evaluation tool for monitoring pressure ulcer wound healing. **Wound Repair and Regeneration**, St Louis, v.19, n.3, p.309-315, May/Jun. 2011.

MEHL, Adriano. Feridas na clínica pediátrica: diagnóstico e tratamento. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.48, n.11, p.436-450, nov. 2012.

MELEIS, Afaf Ibrahim. **Theoretical nursing**: development and progress. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, 2012. Disponível em: [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1382498](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1382498). Acesso em: 27 mar. 2020.

MENEGON, Dóris Baratz; BERCINI, Rossana Rosa; SANTOS, Cássia Teixeira dos; LUCENA, Amália de Fátima; PEREIRA, Ana Gabriela Silva; SCAIN, Suzana Fiore. Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.4, p.854-861, Out./Dez. 2012.

MEYER, Tufi Neder; RIBEIRO, Maria de Fátima Carneiro; MENDONÇA, Alexandre Tourino. Estudo experimental do aquecimento adequado de solução cristalóide por micro-ondas e dedução de equação para seu cálculo. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v.27, n.4, p.518-522, Out./Dez. 2012

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Curso de atualização profissional em manejo clínico do pé diabético**. Belo Horizonte: ESPMG, 2010. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wpcontent/uploads/2011/02/Pe_diabético_Christiane_BAI_XA.pdf> Acesso em: 24 ago. 2019.

NANDA International (NANDA-I). Nursing diagnosis definition. In: HERDMAN, Heather T.; KAMITSURU, Shigemi. (Eds.). **NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification**, 2018–2020. Oxford: Wiley, 2018. 464p.

NEILL, Karen; TURNBULL, K. Use of specialist knowledge and experience to manage patients with mixed aetiology leg ulcers. **Journal of Wound Care**, London, v.21, n.4, p.168-174, Apr. 2012.

NIX, Denise.P. Skin and wound inspection and assessment. In: BRYANT, Ruth A.; NIX, Denise P. **Acute and chronic wounds: current management concepts**. 4th ed. St Louis: Mosby, 2012. 648 p. p.108-121.

O'DONNELL, Thomas F.O.; PASSMAN, Marc A.; MARSION, William A.; ENNIS, William J.; DALRING, Michael. *et al.* Management of venous leg ulcers: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. **Journal of Vascular Surgery**, St. Louis, v.60, n.2, p.3S-59S, Aug. 2014.

OREM, D.E. **Nursing Concept of Practice**. 6. ed. Boston: Mosby, 2001. 542p.

OREM, Dorothea Elizabeth. **Nursing**: concept of practice. 8. ed. Boston: Mosby, 2006.

OREM, Dorothea Elizabeth. **Nursing**: concepts of practice. 2. ed. St. Louis: Mosley, 1980.

OREM, Dorothea Elizabeth. **Nursing**: concepts of practice. 4. ed. St. Louis: Mosley, 1995.

PARENTE, Ana Paula; PARENTE, Júlia Gomes. Úlceras vasculogênicas. *In*: BLANCK, Mara.; GIANNINI, Tereza. **Úlceras e feridas**: as feridas têm alma – uma abordagem interdisciplinar do plano de cuidados e da reconstrução estética. Rio de Janeiro: DiLivros, 2014. 864 p. Cap.37, p. 413-424.

PARKER, Christina Narelle; FINLAYSON, Kathleen J.; EDWARDS, H.E. Ulcer area reduction at 2 weeks predicts failure to heal by 24 weeks in the venous leg ulcers of patients living alone. **Journal of Wound Care**, London, v.25, n.11, p.626-634, 2016.

PASSOS, Silvia Silva Santos; NOBRE, V.P.C.; CARVALHO, Evanide Sousa de Santana. Fisiopatologia das feridas e fisiologia da cicatrização. *In*: CARVALHO, Evanide Sousa de Santana. Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática profissional. Salvador: Atualiza, 2016. 335p. Cap. 11, p.33-52.

PETRI, Valéria. Cicatrização: conceitos atuais. *In*: GAMBÁ, Mônica Antar; PETRI, Valéria; COSTA, Mariana Takahashi. Ferreira (Org.). **Feridas**: prevenção, causas e tratamento. Rio de Janeiro: Santos, 2016. 332 p. Cap. 11, p. 49-51.

PIMENTEL, Maria Cristina M; BERGO, Ana Maria Amato. Rede de atenção no tratamento de feridas: enfoque multidisciplinar. *In*: GAMBÁ, Mônica Antar; PETRI, Valéria; COSTA Mariana Takahashi Ferreira. *et al.* (Org.). **Feridas**: prevenção, causas e tratamento. Rio de Janeiro: Santos, 2016. 332 p. Cap. 62, p. 317-319.

PINA, Elaine; FURTADO, Kátia; ALBINO, Antônio P. **Boas práticas no tratamento e prevenção das úlceras de perna de origem venosa**. Pampilhosa da Serra: GAIF, 2007.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Essentials of nursing research**: appraising evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Tradução de Maria da Graça Figueiro da Silva Toledo. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Tradução de Maria da Graça Figueiro da Silva Toledo. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 456p.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, utilização.** 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 487p.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. ed. Novo Hamburgo: FEEVALE, 2013. 277p.

REGINALDI, Rejane, M. Semiologia dermatológica. *In:* BLANCK, Mara; GIANNINI, Tereza. **Úlceras e feridas: as feridas têm alma – uma abordagem interdisciplinar do plano de cuidados e da reconstrução estética.** Rio de Janeiro: DiLivros, 2014. 864p. Cap.19, p.161-174.

ROCHA Alessandra Bongiovani Lima; BARROS, Sonia Maria Oliveira de. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.2, p.143-150, 2007.

ROCHA, Patrícia Kuerten; PRADO, Marta Lenise do; WAL, Marilene Lowen; CARRARO, Telma Elisa. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Florianópolis, v.61, n.1, p.113-116, Jan./Fev. 2008.

ROGENSKI, Noemi Marisa Brunet; KURCGANT, Paulina. Incidência de úlcera por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.2, p.333-339, mar./abr, 2012.

SÁ, Antônio Cláudio de; MOREIRA, Lucio Henrique D'Ávila; SILVA, Rosângela Gonçalves da. Identidade e autonomia do enfermeiro. *In:* CHANES, Marcelo. **SAE descomplicada.** São Paulo: Guanabara Koogan, 2018. 142 p. Cap. 3, p. 24-35.

SAAR, Sandra Regina da Costa; LIMA, Vera Lúcia Nogueira Araújo de. Avaliação da pessoa portadora de ferida. *In:* BORGES, Eline Lima. **Feridas: como tratar.** 2. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2008. 246 p. Cap.5, p.55-77.

SANCHEZ, Cristiani Garcia. O processo de enfermagem na prática assistencial. *In:* ALVES, Vera Lúcia de Sousa (Org). **Gestão da qualidade: ferramentas que contribuem para o gerenciamento da qualidade e de riscos nos serviços de enfermagem.** São Paulo: Martinari. 2019. 270 p. Cap3, p.23-34.

SANTA CATARINA. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Protocolo de assistência para portadores de feridas.** Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Protocolo de Assistência para Portadores de Ferida. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

SANTOS, João Carlos dos. **Consulta de enfermagem à pessoa em situação de estomia intestinal: construção de um instrumento e validação de seu conteúdo.** 2013. 100f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; QUEIROZ, Fernanda Mateus; PERES, G.R.P. Princípios do tratamento de feridas. *In: FERREIRA, Marcus Castro; TUMA JUNIOR, Paulo; COLTRO, Pedro Soler. Tratado de cirurgia plástica: feridas complexas.* São Paulo: Atheneu. 2015. 258 p. Cap.3, p.23-31.

SBALCHIERO, Juliano Carlos; ARNAUT JUNIOR, Márcio Lima Leal; COLUCCI, Nícia Rodrigues dos Santos. Cicatrização. *In: BLANCK, Mara; GIANNINI, Tereza. Úlceras e feridas: as feridas têm alma – uma abordagem interdisciplinar do plano de cuidados e da reconstrução estética.* Rio de Janeiro: DiLivros, 2014. 864 p. Cap.27, p. 287-292.

SILVA, Inês Filipa J. **Tratamento da dor em feridas crônicas:** revisão sistemática de literatura. 2012. 68f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Lisboa, 2012.

SILVA, José Vitor. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado do “*Appraisal of self-care agency scale*”. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2002.

SILVA, José Vitor; HADDAD, Jerusa Gomes Vasconcellos; PEREIRA, Maria Isabel Marques; LIMA, Rogério Silva. Teoria de enfermagem do déficit do autocuidado – Dorothea Orem. *In: BRAGA, Cristiane Giffoni; SILVA, José Vitor (Orgs.). Teorias de enfermagem.* São Paulo: Iátria. 2011. 254p. Cap 3, p. 85-103.

SILVA, Luzia Wilma Santana da; NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo. Teorias de enfermagem: delineando um caminho possível para uma práxis profissional avançada. *In: SILVA, Rudval Souza da. Enfermagem avançada: um guia para a prática.* Salvador: Sanar, 2016. 607p. p.47-63.

SMANIOTTO, Pedro Henrique de Souza; GALLI, Rafael; CARVALHO, Viviane Fernandes de; FERREIRA, Marcus Castro. Tratamento clínico das feridas: curativos. **Revista Médica**, São Paulo, v.89, n.3/4, p. 137-141, Jul./Dez. 2010.

SOBEST. **Classificação das lesões por pressão.** Consenso National Pressure Ulcer Advisory Panel - 2016. Adaptada para o Brasil. Disponível em: sobest.org.br. Acesso em: 15 mar. 2020.

STAMBASSI, Grazielle. **Processo de trabalho em enfermagem:** cuidado a pessoas com ferida crônica na atenção à saúde. 2015. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2015.

SUÁREZ, C.; LOZANO, F.S.; BELLIMUNT, S.; CAMAFORT, M.; DIAZ, S.; MANCERA, J. *et al.* **Documento de consenso multidisciplinar en torno a la enfermedad arterial periférica.** Madrid: Luzán, 2012.

ŚWIEBODA, Paulina; FILIP, Rafal; PRYSTUPA, Andrzej; DROZD, Mariola. Assessment of pain: types, mechanism and treatment. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, Lublin, v,20, n.1, p.2–7, 2013.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **Sistematização da assistência de Enfermagem**: guia prático. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TERRA, Xênio; GOMES, Miguel. Os pacientes do Centro de Saúde da Horta com úlcera de perna: requisitos para terapia compressiva. **Percursos**, [s.l.], v.4, n.3, p.37-49, Jul./Set. 2009.

TESTON, Elen Ferraz; ARRUDA, Guilherme Oliveira de; SALES, Catarina Aparecida; SERAFIM, Deise; MARCON, Sonia Silva. Consulta de enfermagem e controle cardiometabólico de diabéticos: ensaio clínico randomizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.70, n.3, p.492-498, Maio/Jun. 2017.

THOMPSON, Nicole; GORDEY, Lisa; BOWLES, Heather; PARSLOW, Nancy; HOUGHTON, Pamela. Reliability and validity of the revised photographic wound assessment tool on digital images taken of various types of chronic wounds. **Advances in Skin & Wound Care, Springhouse**, v.26, n.8, p.360-373, Aug. 2013.

TONAZIO, Carlos Henrique Silva; SILVA, Renata de Almeida. O manejo da úlcera venosa. In: MALAGUTTI, William. **Feridas conceitos e atualidade**. São Paulo: Martinari, 2015.

UFC. Hospital Universitário Walter Cantídio. **Nossa história**. Fortaleza, 2017. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/nossa-historia>. Acesso em: 01 set 2019.

VERAS FILHO, Dolival Lobão; KASSUGA, Luiza Erthal de Britto Pereira. Anatomia e fisiologia da pele feridas. In: BLANCK, Mara.; GIANNINI, Tereza. **Úlceras e feridas**: as feridas têm alma – uma abordagem interdisciplinar do plano de cuidados e da reconstrução estética. Rio de Janeiro: DiLivros, 2014. 864p. Cap.18, p. 139-159.

VIANNA, Heraldo Marelím. Testes em educação. São Paulo: IBRASA, 1982.

WIDGEROW, Alan D.; KING, Kassandra; TUSSARDI, Ilaria Tocco; BANYARD, Derek A.; CHIANG, Byan; AWAD, Antony; AFZEL, Hassen; BHATNAGER, Shweta; MELKUMYAN, Satenik; WIRTH, Garrett; EVANS, Gregori R.D. The barn wound exudate-an under-utilized resource. **Burns**, Guildford, v.41, n.1, p.11-17, Feb. 2015.

WOUND. **Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN Society)**: Photography in Wound Documentation; WOCN Professional Practice series, 2005. Disponível em: <http://www.wocn.org>. Acesso em: 10 ago 2019.

WUWHS. **Principles of best practice**: Wound exudate and the role of dressings. A consensus document London: MEP Ltd, 2007. Disponível em <http://www.wuwhs.org>. Acesso em 01.ago.2019.

WUWHS. Wound infection in clinical practice:an Internacional Consensus. **The Internacional Wound Journal**. v.5, n.3, Out. 2009. Disponível em:

file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/wound-infection-clinical-practice-wuwhs-international-consensus.pdf. Acesso em: 01.ago.2019.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES**JUIZ Nº _____ (Preenchido pela pesquisadora)****QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES TÉCNICOS E DE
CONTEÚDO*****Obrigatório****1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Gênero *

 Feminino Masculino

Idade *

 21 - 30 31 - 40 41 - 50 51 - 60 Mais de 60 anos

Local(is) de trabalho *

Experiência profissional *

 Menos de 1 ano 1-5 anos 6-10 anos 11-15 anos 16-20 anos Mais de 20 anos

Experiência profissional no cuidado à pessoa com ferida crônica*

- Menos de 1ano
- 1-5 anos
- 6-10 anos
- 11-15 anos
- 16-20 anos
- mais de 20 anos

Realiza atividades *

- Assistenciais
- Gerenciais
- Docentes
- Consultoria

Experiência com construção/validação de instrumentos de consulta de Enfermagem *

- Sim
- Não

2. DADOS DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Pós-graduações:

- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado

Publicações em periódicos indexados sobre:

- Teorias de Enfermagem
- Sistematização da assistência de Enfermagem
- Processo de Enfermagem
- Feridas crônicas
- Estomaterapia em geral

Participa de grupos/projetos de pesquisa: Sim Não

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS JUÍZES

ETAPA 1: Consulta de Enfermagem: Avaliação da Coleta de dados

Item 1. DADOS PESSOAIS E FATORES CONDICIONANTES BÁSICOS				
Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Nome:			<input type="checkbox"/> 1. Irrelevante <input type="checkbox"/> 2. Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3. Relevante <input type="checkbox"/> 4. Muito relevante	
Nome social:			<input type="checkbox"/> 1. Irrelevante <input type="checkbox"/> 2. Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3. Relevante <input type="checkbox"/> 4. Muito relevante	
Data de nascimento:			<input type="checkbox"/> 1. Irrelevante <input type="checkbox"/> 2. Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3. Relevante <input type="checkbox"/> 4. Muito relevante	
Idade (anos):			<input type="checkbox"/> 1. Irrelevante <input type="checkbox"/> 2. Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3. Relevante <input type="checkbox"/> 4. Muito relevante	
Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro			<input type="checkbox"/> 1. Irrelevante <input type="checkbox"/> 2. Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3. Relevante <input type="checkbox"/> 4. Muito relevante	
Nome da mãe:			<input type="checkbox"/> 1. Irrelevante <input type="checkbox"/> 2. Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3. Relevante <input type="checkbox"/> 4. Muito relevante	

(Continuação)

Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Naturalidade (Município/UF):			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Endereço:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
CEP:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Telefone fixo:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Celular:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
E-mail:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	

(Continuação)

Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Identificação étnico-racial: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Outra:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Crença religiosa: () Não () Católica () Espírita () Protestante () Outra:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Situação Conjugal: () Solteira (o) () Casada (o) /União estável () Viúva (o) () Divorciada (o) /Separada (o) () Outra:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Filho(s): () Não () Sim Quantidade:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Escolaridade: () Analfabeta () Analfabeto funcional () () Ens. fundam. completo () Ens. fundam. incompleto () Ens. médio completo () Ens. médio incompleto () Ens. sup. completo () Ens. sup. Incompleto			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Profissão:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Ocupação atual:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	

(Continuação)

Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Situação empregatícia: () Empregado formal () Empregado informal () Desempregado () Aposentado () Auxílio-doença A ferida é motivo para o desemprego ou aposentadoria/auxílio-doença: () Não () Sim			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4. Muito relevante	
Renda familiar mensal: () ≤ Um SM () > Um a três SM () > Três a cinco SM () ≥ Cinco SM SM = Salário-mínimo			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Condições de saneamento Rede de esgoto: () Não () Sim Água encanada: () Não () Sim Coleta de lixo: () Não () Sim			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Acesso aos serviços de saúde para tratamento de problemas relacionados à(s) ferida(s): () Não () Hospital () Posto de saúde () Unidade de Pronto Atendimento/UPA () Não procura			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4. Muito relevante	

(Continuação)

Item 2. REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO				
Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
<p>2.1 Sinais Vitais T: °C; PA: x mmHg; Pulso: bpm; Respiração: ipm; Glicemia capilar: mg/dl</p> <p>T= temperatura; PA = pressão arterial; bpm= batimentos por minuto; ipm – incursões por minuto</p>			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4. Muito relevante	
<p>Antropometria: Altura (m): Peso (Kg): IMC: ()18,5–24,9 Normal ()25,0–29,9 Sobrepeso ()30,0–34,9 Obesidade grau I ()35,0–39,9 Obesidade grau II ()>40,0 Obesidade grau III IMC = índice de massa corporal; Cálculo do IMC= Peso/(Altura)²</p>			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4.Muito relevante	
<p>2.2 2.2 Hidratação e Alimentação Ingestão diária de água: () Menos de 1litro () 1 a 1.5 litros () 1.6 a 2 litros () mais de 2 litros Ingestão de outros líquidos: Nº de refeições/dia: () Café da manhã () Lanche da manhã () Almoço () Lanche da tarde () Jantar () Lanche da noite Preferências alimentares: () Carne, Ovos () Pães, cereais, massas, batatas () Leite e derivados () Verduras, hortaliças e legumes () Frutas () Óleos, gorduras e sementes () Açúcares (branco, mel, melaço, rapadura, adoçante) Suplemento alimentar: () Não () Sim Tipo: Restrições alimentares: () Não () Sim Tipo:</p>			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4.Muito relevante	

(Continuação)

Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
2.3 Eliminações Intestinais: Frequência de evacuações: () Diariamente () Em dias alternados () Outra: Dificuldade para evacuar: () Não () Sim Uso de laxante: () Não () Sim Tipo: Urinárias: () Espontâneas () Incontinência () Retenção Uso de equipamento coletor ou dispositivo externo () Não () Sim Tipo:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
2.4 Atividade e Repouso Prática de exercícios físicos regulares:() Não () Sim Tipo de atividade: Frequência:() Diariamente () 1 x/sem () 2x/sem () 3x/sem () Outra: Duração:() menos de 30 min () 30 min () Mais de 30 min Realiza atividade em que permanece longos períodos em pé ou sentado: () Não () Sim Tipo:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Mobilidade Tem dificuldade para movimentar alguma parte do seu corpo: () Não () Sim Tipo: Tem dificuldade para tomar banho por causa da ferida: () Não () Sim Tipo:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	

(Continuação)

Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Padrão de sono: Dorme h/dia; Dorme h/noite Sente-se descansado: () Não () Sim Faz uso de medicamento para dormir:() Não () Sim Tipo: A ferida interfere no sono: () Não () Sim Motivo(s):			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4.Muito relevante	
2.5 Solidão e interação social Com quem mora: () Sozinho () Acompanhado por: Autoestima: () Atitude positiva de si mesmo () Atitude negativa de si mesmo Autoimagem corporal: () Aceitação total () Aceitação parcial <input type="checkbox"/> Não aceitação Com o aparecimento da ferida houve mudança nos seus relacionamentos:() Não () Com familiares () Com amigos/vizinhos () No ambiente de trabalho Motivo(s): Por estar com uma ferida você sente: () Não sinto nada () Ansiedade () Raiva () Medo () Desesperança () Outros: Participa de alguma forma de lazer? () Não () Sim Tipo:			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4.Muito relevante	
2.6 Prevenção de risco à vida e ao bem-estar Tabagista: () Não () Sim Nº cigarros/dia: Etilista: () Não () Sim Tipo de bebida: Frequência semanal/quantidade: /			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4.Muito relevante	

(Continuação)

Item 3. REQUISITOS <i>DESENVOLVIMENTAIS</i> DE AUTOCUIDADO				
Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
3.1 Habilidade psicomotora: () Total () Parcial () Ausente			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
3.2 Destreza manual: () Presente () Ausente			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
3.3 Alterações sensoriais: Dificuldade () Visual () Auditiva () Tátil			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
3.4 Atividade sexual Antes do aparecimento da ferida () Não () Sim () Satisfatória () Insatisfatória Depois do aparecimento da ferida () Não () Sim () Satisfatória () Insatisfatória			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	

(Continuação)

Item 4. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO POR DESVIO DE SAÚDE				
Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
4.1 Diagnóstico da ferida <input type="checkbox"/> Sem diagnóstico <input type="checkbox"/> Com diagnóstico Tipo: Tempo de diagnóstico: Tem conhecimento da doença e do tratamento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Sim Medicamento (s) em uso: Já realizou cirurgia(s) para tratamento da(s) ferida(s): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo:			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4.Muito relevante	
4.2 Execução de ações de autocuidado relacionadas à ferida Realiza curativos no domicílio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local em que realiza o curativo: Participa dos cuidados com a(s) ferida(s) no domicílio: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filhos/netos <input type="checkbox"/> Outros: Produto usado para limpeza da(s) ferida(s): <input type="checkbox"/> Água e sabão comum <input type="checkbox"/> Água e sabão antisséptico ()SF 0,9% <input type="checkbox"/> Outros: Uso de meias/faixa elástica: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alta compressão <input type="checkbox"/> Média compressão <input type="checkbox"/> Leve compressão <input type="checkbox"/> Não sabe informar Formato: <input type="checkbox"/> Meias-calças <input type="checkbox"/> Sete oitavos <input type="checkbox"/> Três quartos <input type="checkbox"/> Tornozeleira Tempo de uso: <input type="checkbox"/> < Um mês <input type="checkbox"/> Um a seis meses <input type="checkbox"/> Sete a doze meses <input type="checkbox"/> Mais de um ano			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4.Muito relevante	

(Continuação)

Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
4.3 Antecedentes pessoais () DM () HAS () Doença Vascular () Cardiopatia () História de AVC () História de TVP () Anemia () Obesidade () Outras			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
4.4 Alergias () Não () Sim Tipo:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
4.5 Antecedentes familiares () DM () HAS () Doença Vascular () Cardiopatia () História de AVC () História de TVP () Anemia () Obesidade () Outras: DM = diabetes mellitus; HAS = hipertensão arterial sistêmica; AVC = acidente vascular cerebral; TVP = trombose venosa profunda			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	

(Continuação)

Itens 5 e 6. EXAME FÍSICO DIRECIONADO - AVALIAÇÃO CLÍNICA DA FERIDA / EVOLUÇÃO				
Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Adesão ao tratamento: () Não () Sim () Parcialmente () Não se aplica			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Tempo de existência desta ferida:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Recidiva: () Não () Sim			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Etiologia: () Pressão () Venosa () Arterial () Mista () Neuropática () Cirúrgica () Oncológica () Outra () Em membrana mucosa () Relacionada a dispositivo médico			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Pé diabético:() Grau 1 () Grau 2 () Grau 3 () Grau 4 () Grau 5			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Úlcera venosa: Classificação CEAP () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	

(Continuação)

Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Localização: () Couro cabeludo () Face () Região cervical () Tórax () Abdome () MSE () MSD () MID () MIE () Pé direito () Pé esquerdo () Outra(s): MSE = Membro superior esquerdo; MSD= Membro superior direito; MID = Membro inferior direito; MIE = Membro inferior esquerdo			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4.Muito relevante	
Mensuração (Medidas de maior extensão): Comprimento: cm x Largura cm = cm ² Profundidade: cm <input type="checkbox"/> ≤50cm ² (Ferida pequena) <input type="checkbox"/> >50cm ² a ≤150cm ² (Ferida média) <input type="checkbox"/> >150cm ² a ≤250cm ² (Ferida grande) <input type="checkbox"/> >250cm ² (Ferida extensa)			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4.Muito relevante	
Leito da ferida: <input type="checkbox"/> Epitelização % <input type="checkbox"/> Granulação % <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipergranulação % <input type="checkbox"/> Necrose seca % <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Crosta % <input type="checkbox"/> Esfacelo % <input type="checkbox"/> Tecido Subcutâneo % <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Músculo % <input type="checkbox"/> Tendão % <input type="checkbox"/> Osso % <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cápsula articular % <input type="checkbox"/> Flictena % <input type="checkbox"/> Outros %			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4.Muito relevante	
Bordas/Margens da ferida: () Aderidas () Não aderidas <input type="checkbox"/> Epitelizadas () Íntegras () Hiperqueratosas () Com epibolia <input type="checkbox"/> Eritematosas () Hiperemiadas () Maceradas <input type="checkbox"/> Com tunelização () Outras			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4.Muito relevante	

(Continuação)

Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Pele periférica: () Íntegra () Hiperqueratosa () Eritematosa () Hiperemiada () Macerada () Descamativa () Pruriginosa () Hiperpigmentada ()) Outras:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Exsudato (cor): () Serosa () Sanguinolenta () Serosanguinolenta () Purulenta () Piosanguinolenta () Outra:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Exsudato (quantidade): () Ausente () Grande () Moderada () Pequena			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Sinais/sintomas de infecção: () Não () Eritema () Edema () Calor () Cicatrização retardada () Tec. granulação pálido () Tec. granulação friável () Odor fétido discreto () Odor fétido acentuado () Dor Escala de Dor () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Uso de analgésico: () Não () Sim Tipo:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	

(Continuação)

Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Desbridamento: () Não se aplica () Mecânico () Instrumental () Cirúrgico () Enzimático () Autolítico () Outro:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Coberturas: () Bota de Unna () Carvão ativado com prata () Alginato de Cálcio () Alginato de Cálcio com prata () Espuma de poliuretano () Espuma de poliuretano com prata () Hidrofibra () Hidrofibra com Ag () Tela não aderente () Papaína _____% () Colagenase () Ácido Graxo Essencial (AGE) () Outras:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Renovação da cobertura primária () Diária () 2 x semana () 3 x semana () Outra:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Fotografia: () Não () Sim			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Retorno: () dias () 15 dias () 30 dias () mais de 30 dias			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4. Muito relevante	

(Continuação)

Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Alta por: () cicatrização () abandono() transferência () óbito			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Enfermeira (o) /COREN:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4. Muito relevante	
OBS.:			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	

PLANO DE CUIDADOS

ETAPA 2. PLANO DE CUIDADOS- Avaliação dos diagnósticos de Enfermagem, resultados esperados (NOC), intervenções de Enfermagem, déficit de autocuidado, sistema de Enfermagem e avaliação

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO				
Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Diagnósticos de Enfermagem NANDA I (Prioritários)			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Comportamento de saúde propenso a risco. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Défice no autocuidado para alimentação. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Risco de volume de líquido desequilibrado. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	

(Continuação)

Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Ansiedade. Evidenciado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Baixa autoestima situacional Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Distúrbio da imagem corporal. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
REQUISITOS <i>DESENVOLVIMENTAIS</i> DE AUTOCUIDADO				
Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Mobilidade física prejudicada. Identificado em __/__/__			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	

(Continuação)

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO POR DESVIO DE SAÚDE				
Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Integridade tissular prejudicada. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Risco para infecção. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Dor crônica. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Perfusão tissular periférica ineficaz. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Ansiedade. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Resultados esperados			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	

(Continuação)

Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Intervenções de Enfermagem (NIC)			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4.Muito relevante	
CAC menor que DAC terapêutica= DAC Défice de autocuidado			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4.Muito relevante	
Sistema de Enfermagem: <input type="checkbox"/> Totalmente compensatório <input type="checkbox"/> Parcialmente compensatório <input type="checkbox"/> Apoio-educação			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4.Muito relevante	
Avaliação: <input type="checkbox"/> Totalmente alcançado <input type="checkbox"/> Parcialmente alcançado <input type="checkbox"/> Não alcançado			<input type="checkbox"/> 1.Irrelevante <input type="checkbox"/> 2.Pouco relevante <input type="checkbox"/> 3.Relevante <input type="checkbox"/> 4.Muito relevante	

Legenda:

NANDA I = NANDA Internacional;

NIC = Nursing Interventions Classification;

NOC = Nursing Outcomes Classification;

CAC = Capacidade de autocuidado;

DAC terapêutica = Demanda de autocuidado;

DAC = Défice de autocuidado

Etapa 3. PRESCRIÇÕES DE AÇÕES DE AUTOCUIDADO- Avaliação dos diagnósticos de Enfermagem NANDA I, resultados esperados (NOC), ações de autocuidado, capacidade para o autocuidado e avaliação.

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO				
Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Diagnósticos de Enfermagem NANDA I (Prioritários)			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Comportamento de saúde propenso a risco. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Défice no autocuidado para alimentação. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Risco de volume de líquido desequilibrado. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	

(Continuação)

REQUISITOS <i>DESENVOLVIMENTAIS</i> DE AUTOUIDADO				
Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Mobilidade física prejudicada. Identificado em __/__/__			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Integridade tissular prejudicada. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Risco para infecção. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Dor crônica. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	

(Continuação)

Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Perfusão tissular periférica ineficaz. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco elevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Ansiedade. Identificado em __/__/__.			() 1.Irrelevante () 2.Pouco elevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Resultados Esperados (NOC)			() 1.Irrelevante () 2.Pouco elevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Ações de Autocuidado			() 1.Irrelevante () 2.Pouco elevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	

(Continuação)

Subitens	Clareza e Objetividade		Relevância	Observações/sugestões
	SIM	NÃO		
Capacidade para o autocuidado: () Sim () Parcialmente () Não			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Avaliação: () Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Retorno () dias () 15 dias () 30 dias () mais de 30 dias			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	
Alta por: () cicatrização () abandono () transferência () óbito			() 1.Irrelevante () 2.Pouco relevante () 3.Relevante () 4.Muito relevante	

Legenda:

NANDA I = NANDA Internacional; NIC = NursingInterventionsClassification; NOC = NursingOutcomesClassification; CAC = Capacidade de autocuidado; DAC terapêutica = Demanda de autocuidado; DAC = Déficit de autocuidado.

APÊNDICE C - INSTRUÇÕES AOS JUÍZES-ESPECIALISTAS PARA AVALIAÇÃO DE APARÊNCIA E CONTEÚDO DO INSTRUMENTO

A problemática apresentada pelas feridas, especialmente as feridas crônicas, refere-se à sua gravidade e impacto na vida das pessoas, evidenciados pela evolução prolongada, dificuldades de cicatrização, afastamento do trabalho, retornos frequentes ao ambulatório para consultas e realização de curativos, problemas psicológicos, emocionais, familiares, sobressaindo-se também os de ordem socioeconômica, implicando em custos tanto para o cliente quanto para o sistema de saúde. Soma-se a essa problemática, a necessidade de uma prática sistematizada com a qual se possa trabalhar na assistência direta aos usuários dos serviços de saúde.

O registro de Enfermagem para avaliação e acompanhamento da evolução dos cuidados se constitui em um dos mais importantes indicadores da assistência de Enfermagem que deve ser realizada de maneira sistematizada com a padronização de instrumentos fundamentados em teorias de Enfermagem, de maneira que na prática clínica possam orientar no manejo das feridas e lesões de pele.

A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem foi escolhida para embasar a Sistematização da Assistência de Enfermagem consistindo em três teorias: autocuidado, déficit de autocuidado, e sistemas de Enfermagem. A teoria do autocuidado refere-se à capacidade humana de autocuidar-se (ação de autocuidado), os fatores condicionantes básicos, a totalidade de ações de autocuidado necessárias (demanda de autocuidado terapêutico) e as três categorias de requisitos de autocuidado: universal, desenvolvi mental e desvio de saúde. A teoria do déficit de autocuidado é o núcleo da teoria geral de Enfermagem de Orem porque identifica quando a Enfermagem é necessária quando as demandas de autocuidado, atuais ou futuras, excedem a ação de autocuidado. A teoria dos sistemas de Enfermagem identifica os três sistemas como completamente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação (GEORGE, 2000).

As orientações dessa abordagem são especialmente úteis no cuidado de pessoas no enfrentamento crônico e extensiva à família ou a cuidadores informais quando da impossibilidade permanente da pessoa não poder cuidar-se sozinha.

A construção do instrumento se insere no contexto da Sistematização da Assistência de Enfermagem, correspondendo à primeira etapa do Processo de

Enfermagem, como também atende às questões técnicas, científicas éticas e legais que envolvam o cuidado às pessoas com lesões de pele.

O aperfeiçoamento da assistência onde estão envolvidas intervenções e atividades de Enfermagem requer a construção de instrumentos de qualidade e estudo de validação desses instrumentos que vão conferir aos mesmos legitimidade e credibilidade como também maior confiabilidade aos resultados de pesquisas.

Portanto, o objetivo geral do estudo será validar o conteúdo de um instrumento para consulta de Enfermagem, voltado para pessoas com ferida crônica, baseado no modelo conceitual da teoria do autocuidado de Orem. O estudo terá como objetivo específico submeter o conteúdo do instrumento à apreciação de enfermeiros especialistas no assunto denominados juízes-especialistas.

Instruções para o preenchimento do questionário

Os questionários para avaliação do conteúdo estão organizados como segue:

Etapa 1. Consiste na análise do instrumento de consulta de Enfermagem no que diz respeito aos itens que o compõem:

Item 1. Dados pessoais e fatores condicionantes básicos com seus subitens;

Item 2. Requisitos universais de autocuidado com seus subitens;

Item 3. Requisitos *desenvolvimentais* de autocuidado com seus subitens;

Item 4. Requisitos de autocuidado por desvio de saúde e seus subitens.

Etapa 2. Consiste na análise do plano de cuidados.

Etapa 3. Consiste na análise da prescrição de ações de autocuidado.

O preenchimento de cada item e subitem para validação está em formato de *checklist*, conferindo mais rapidez e concentração.

Para a análise dos itens e subitens são considerados dois parâmetros psicométricos: o primeiro referente à clareza e objetividade, onde o juiz pode avaliar o item e emitir seu julgamento baseado na resposta “SIM” (quando o item for considerado claro e objetivo) e “NÃO” (quando o item for considerado inadequado em relação à clareza e/ou objetividade), e o segundo referente à relevância, quando os itens serão avaliados baseados em uma escala tipo *Likert* conceitual, de quatro escores, em que os juízes farão seus julgamentos, atribuindo o escore que mais se adeque ao item avaliado, sendo: 1. Irrelevante, 2. Pouco relevante, 3. Relevante e 4. Muito relevante.

À direita do quadro haverá um espaço destinado às observações e/ou sugestões.

Para registrar cada julgamento, no caso da “Clareza e Objetividade”, selecionar apenas uma opção SIM ou NÃO, assinalando com um “X”. Para a “Relevância”, escolher o escore correspondente às declarações, assinalando-o também com um “X”.

Itens	Clareza e Objetividade		Relevância			Observações e/sugestões
	Sim	Não				
Item 1	X		() 1. Irrelevante			
			() 2. Pouco relevante			
			() 3. Relevante			
			(x) 4. Muito relevante			

Atenção! Lembre-se de salvar suas respostas e reenviá-las pelo *e-mail*.

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE) PARA OS JUÍZES**

*Obrigatório

Eu, Maria José Aguiar de Oliveira, aluna do Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior (POLEDUC) da Universidade Federal do Ceará (UFC), estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: “Validação de Instrumento de Consulta de Enfermagem para Pessoas com Ferida Crônica Fundamentado na Teoria do Autocuidado”, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro de Sousa Rodrigues e coorientação da Prof.^a Dr.^a Solange Gurgel Alexandre. Esse estudo tem como objetivo geral, validar o conteúdo de um instrumento para consulta de Enfermagem, voltado para pessoas com ferida crônica, baseado no modelo conceitual da teoria do Autocuidado de Orem e como objetivo específico submeter o conteúdo do instrumento à apreciação de enfermeiros especialistas no assunto, denominados juízes especialistas. Para atingir os objetivos propostos, o instrumento precisa ser submetido a um rigoroso processo de validação por profissionais proficientes no assunto. Por isso, venho convidá-lo (a) a participar dessa pesquisa na qualidade de juiz (a), informando que sua seleção partiu de indicação de profissional ciente de seu amplo conhecimento sobre o assunto. Ressalto a relevância de sua participação na validação da segunda versão do instrumento, certa de que contribuirá para a evolução científica da Enfermagem e para a melhoria da assistência prestada nos cuidados às pessoas com ferida crônica. Sua participação é voluntária e será garantido o seu anonimato e assegurada a sua privacidade, assim como o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento. Ressalto que sua participação é livre, exigindo certa disponibilidade de tempo para a avaliação do instrumento. A título de esclarecimentos, os riscos da pesquisa são mínimos, estando relacionados, principalmente, ao constrangimento em responder a algum questionamento, estando a pesquisadora atenta para saná-los ou minimizá-los. Não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação, assim como não terá nenhum ônus financeiro por participar do estudo. Asseguro que os dados coletados serão utilizados apenas em nossa pesquisa que poderá ser divulgada em eventos científicos e publicada em revistas nacionais ou internacionais, e que poderá receber informações sobre a mesma a qualquer tempo. Para maiores informações, é possível entrar em contato com as pesquisadoras: Mestranda Maria José Aguiar de Oliveira pelo celular (85) 98868-4241 ou e-mail

mazeaguiar@uol.com.br; a orientadora Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro de Sousa Rodrigues, pelo celular (85) 99982-0029 ou pelo e-mail sspaliti2@gmail.com; e a coorientadora Prof.^a Dr.^a Solange Gurgel Alexandre, pelo celular (85) 98670-2861 ou e-mail solange.gurgel@yahoo.com.br. Podendo também comunicar-se com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio pelo telefone (85) 3366.8613. Após as informações prestadas, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

*CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____ declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa, riscos e benefícios da minha participação, cedendo os direitos das informações coletadas para as pesquisadoras, com a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isso me traga nenhum tipo de prejuízo. Sendo assim:

- Aceito participar da pesquisa
- Não aceito participar da pesquisa

____/____/____.

Sendo esclarecida e tendo entendido as explicações sobre a pesquisa pela pesquisadora e escolhendo a opção “aceito participar da pesquisa” você estará assegurando que concorda em participar da mesma.

Maria José Aguiar de Oliveira

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Participante

**APÊNDICE E - INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA
PESSOAS COM FERIDA CRÔNICA FUNDAMENTADO NA TEORIA DO
AUTOCUIDADO (Versão final)**

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM FERIDA CRÔNICA FUNDAMENTADA NA TEORIA DO AUTOCUIDADO INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS		
Data: / /	Nº Registro:	
Procedência:		
1 DADOS PESSOAIS E FATORES CONDICIONANTES BÁSICOS		
Nome:		Nome social:
Data de nascimento: / /	Idade (anos):	Gênero: () Masculino () Feminino () Outro
Nome da mãe:		
Naturalidade (Município/UF):		
Endereço:		CEP:
Telefone fixo:	Celular:	E-mail:
Identificação étnico-racial: () Branca() Preta() Parda () Amarela () Indígena () Outra:		
Crença religiosa: () Não () Católica () Espírita () Protestante () Outra:		
Situação Conjugal: () Solteira (o)() Casada (o) /União estável () Viúva (o) () Divorciada (o)/Separada (o) () Outra:		
Filho(s): () Não () Sim Quantidade:		
Escolaridade: () Analfabeta() Analfabeto funcional () Ens. fundam. completo () Ens. fundam. incompleto () Ens. médio completo () Ens. médio incompleto () Ens. sup. completo () Ens. sup. incompleto		
Profissão:		Ocupação atual:
Situação empregatícia: () Empregado formal () Empregado informal () Desempregado () Aposentado () Auxílio doença A ferida é motivo para o desemprego ou aposentadoria/auxílio doença: () Não () Sim		
Renda familiar mensal: () ≤ Um SM () >Um a três SM () >Três a cinco SM () ≥ Cinco SM SM = Salário-mínimo		
Condições de saneamento: Rede de esgoto: () Não () Sim Água encanada: () Não () Sim Coleta de lixo: () Não () Sim		
Acesso aos serviços de saúde para tratamento de problemas relacionados à(s) ferida(s): () Não () Hospital () Posto de saúde() Unidade de Pronto Atendimento/UPA () Não procura		

(Continuação)

2 REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO	
2.1 Sinais Vitais T: °C; PA: x mmHg; Pulso: bpm; Respiração: ipm; Glicemia capilar: mg/dl T= temperatura; PA = pressão arterial; bpm= batimentos por minuto; ipm – incursões por minuto	
Antropometria: Altura (m):Peso (Kg): IMC: () 18,5–24,9 Normal () 25,0–29,9 Sobrepeso () 30,0–34,9 Obesidade grau I () 35,0–39,9 Obesidade grau II () >40,0 Obesidade grau III IMC = índice de massa corporal; Cálculo do IMC= Peso/(Altura) ²	
2.2 Hidratação e Alimentação Ingestão diária de água: () Menos de 1litro () 1 a 1.5 litros () 1.6 a 2 litros () mais de 2 litros Ingestão de outros líquidos: Nº de refeições/dia: () Café da manhã () Lanche da manhã () Almoço () Lanche da tarde () Jantar () Lanche da noite Preferências alimentares: () Carne, Ovos () Pães, cereais, massas, batatas () Leite e derivados () Verduras, hortaliças e legumes () Frutas () Óleos, gorduras e sementes () Açúcares (branco, mel, melaço, rapadura, adoçante) Suplemento alimentar: () Não () Sim Tipo: Restrições alimentares: ()Não ()Sim Tipo:	
2.3 Eliminações Intestinais: Frequência de evacuações: () Diariamente () Em dias alternados () Outra: Dificuldade para evacuar: () Não () Sim Uso de laxante: () Não () Sim Tipo: Urinárias: () Espontâneas () Incontinência () Retenção Uso de equipamento coletor ou dispositivo externo ()Não () Sim Tipo:	
2.4 Atividade e Repouso Prática de exercícios físicos regulares: () Não () Sim Tipo de atividade: Frequência: () Diariamente () 1 x/sem () 2x/sem () 3x/sem () Outra: Duração: () menos de 30 min () 30 min () Mais de 30 min Realiza atividade em que permanece longos períodos em pé ou sentado: () Não () Sim Tipo:	
Mobilidade Tem dificuldade para movimentar alguma parte do seu corpo: () Não() Sim Tipo: Tem dificuldade para tomar banho por causa da ferida: () Não() Sim Tipo:	
Padrão de sono: Dorme h/noite ; Dorme h/dia Sente-se descansado: () Não () Sim Faz uso de medicamento para dormir: () Não () Sim Tipo: A ferida interfere no sono: () Não () Sim Motivo(s):	
2.5 Solidão e interação social Com quem mora: () Sozinho () Acompanhado por Autoestima: () Atitude positiva de si mesmo () Atitude negativa de si mesmo Autoimagem corporal: () Aceitação total () Aceitação parcial () Não aceitação Com o aparecimento da ferida houve mudança nos seus relacionamentos: () Não () Com familiares () Com amigos/vizinhos () No ambiente de trabalho Motivo(s):	

<p>Por estar com uma ferida você sente: () Não sinto nada () Ansiedade () Raiva () Medo () Desesperança () Outros:</p> <p>Participa de alguma forma de lazer? () Não () Sim Tipo:</p>
<p>2.6 Prevenção de risco à vida e ao bem-estar</p> <p>Tabagista: () Não () Sim N° cigarros/dia:</p> <p>Etilista: () Não () Sim Tipo de bebida:</p> <p>Frequência semanal/quantidade: /</p>
<p>3 REQUISITOS DESENVOLVIMENTAIS DE AUTOCUIDADO</p>
<p>3.1 Habilidade psicomotora: () Total () Parcial () Ausente</p>
<p>3.2 Destreza manual: () Presente () Ausente</p>
<p>3.3 Alterações sensoriais: Dificuldade () Visual () Auditiva () Tátil</p>
<p>3.4 Atividade sexual</p> <p>Antes do aparecimento da ferida () Não () Sim () Satisfatória () Insatisfatória</p> <p>Depois do aparecimento da ferida () Não () Sim () Satisfatória () Insatisfatória</p>
<p>4 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO POR DESVIO DE SAÚDE</p>
<p>4.1 Diagnóstico da ferida () Sem diagnóstico () Com diagnóstico Tipo:</p> <p>Tempo de diagnóstico:</p> <p>Tem conhecimento da doença e do tratamento: () Não () Parcial () Sim</p> <p>Medicamento (s) em uso:</p> <p>Já realizou cirurgia(s) para tratamento da(s) ferida(s): () Não () Sim Tipo:</p>
<p>4.2 Execução de ações de autocuidado relacionadas à ferida</p> <p>Realiza curativos no domicílio: () Sim () Não</p> <p>Participa dos cuidados com a(s) ferida(s) no domicílio: () Paciente () Cônjuge () Filhos/netos () Outros:</p> <p>Produto usado para limpeza da(s) ferida(s): () Água e sabão comum () Água e sabão antisséptico () SF 0,9% () Outros:</p> <p>Uso de meias/faixa elástica: () Não () Alta compressão () Média compressão () Leve compressão () Não sabe informar</p> <p>Formato: () Meias-calças () Sete oitavos () Três quartos () Tornozeleira</p> <p>Tempo de uso: () < Um mês () Um a Seis meses () Sete a Doze meses () Mais de Um ano</p>
<p>4.3 Antecedentes pessoais</p> <p>() DM () HAS () Doença Vascular () Cardiopatia () História de AVC () História de TVP () Anemia () Obesidade () Outras</p>
<p>4.4 Alergias () Não () Sim Tipo:</p>
<p>4.5 Antecedentes familiares</p> <p>() DM () HAS () Doença Vascular () Cardiopatia () História de AVC () História de TVP () Anemia () Obesidade () Outras:</p> <p>DM = <i>diabetes mellitus</i>; HAS = hipertensão arterial sistêmica; AVC = acidente vascular cerebral; TVP = trombose venosa profunda</p>

EXAME FÍSICO DIRECIONADO	
AVALIAÇÃO CLÍNICA DA FERIDA Nº	
Tempo de existência desta ferida:	Recidiva: () Não () Sim Quantas recidivas: () 1 () 2 () 3 () mais de 3 () Não sabe informar
Fator desencadeante: () Trauma () Espontâneo () Outros:	
Etiologia: () Pressão () Venosa () Arterial () Mista () Neuropática () Cirúrgica () Oncológica () Outra	
Perda tecidual: () Superficial () Profunda parcial () Profunda total Lesão por pressão: () Estádio I () Estádio II () Estádio III () Estádio IV () Lesão tecidual profunda () Não classificável () Em membrana mucosa () Relacionada a dispositivo médico Pé diabético: () Grau 1 () Grau 2 () Estádio A () Estádio B () Estádio C () Estádio D	
Localização: () Couro cabeludo () Face () Região cervical () Tórax () Abdome () MSE () MSD () MID () MIE () Pé direito () Pé esquerdo () Outra(s): MSE = Membro superior esquerdo; MSD= Membro superior direito; MID = Membro inferior direito; MIE = Membro inferior esquerdo	
Mensuração (Medidas de maior extensão): Comprimento: cm x Largura cm = cm ² Profundidade: cm () ≤ 50cm ² (Ferida pequena) () > 50cm ² a ≤ 150cm ² (Ferida média) () > 150cm ² a ≤ 250cm ² (Ferida grande) () > 250cm ² (Ferida extensa)	
Leito da ferida: () Epitelização % () Granulação % () Hipergranulação % () Necrose seca % () Crosta % () Esfacelo % () Tecido Subcutâneo % () Músculo % () Tendão % () Osso % () Cápsula articular % () Flictena% () Outros %	
Bordas/Margens da ferida: () Aderidas () Não aderidas () Epitelizadas () Íntegras () Hiperqueratosas () Com epibolia () Eritematosas () Hiperemiadas () Maceradas () Com tunelização () Outras	
Pele periferida: () Íntegra () Hiperqueratosa () Eritematosa () Hiperemiada () Macerada () Descamativa () Pruriginosa () Hiperpigmentada () Outras:	
Exsudato (cor): () Serosa () Sanguinolenta () Serossanguinolenta () Purulenta () Piossanguinolenta () Outra:	
Exsudato (quantidade): () Ausente () Grande () Moderada () Pequena	
Sinais/sintomas de infecção: () Não () Eritema () Edema () Calor () Cicatrização retardada () Tec. granulação pálido () Tec. granulação friável () Odor fétido discreto () Odor fétido acentuado () Dor Escala () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 Uso de analgésico: () Não () Sim Tipo Desbridamento: () Não se aplica () Mecânico () Instrumental () Cirúrgico () Enzimático () Autolítico () Outro:	

(Continuação)

<p>Coberturas: () Bota de Unna () Carvão ativado com prata () Alginato de cálcio () Alginato de cálcio com prata () Espuma de poliuretano () Espuma de poliuretano com prata () Hidrofibra () Hidrofibra com prata () Tela não aderente () Papaína % () Colagenase () Ácido Graxo Essencial (AGE) () Outras:</p>
<p>Renovação da cobertura primária () Diária () 2 x semana () 3 x semana () Outra:</p>
<p>Fotografia: () Não () Sim</p>
<p>Retorno () dias () 15 dias () 30 dias () mais de 30 dias () Não se aplica</p>
<p>Enfermeira (o) /COREN</p>
<p>OBS.:</p>

PLANO DE CUIDADOS							
Diagnósticos de Enfermagem NANDA I	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	CAC menor que DAC terapêutica= DAC	Sistema de Enfermagem			Avaliação
				Totalmente compensatório	Parcialmente Compensatório	Apoio- educação	
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS							
1	<i>Comportamento de saúde propenso a risco. Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
2	<i>Risco de sobrepeso Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
3	<i>Défice no autocuidado para alimentação. Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
4	<i>Risco de volume de líquido desequilibrado. Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
5	<i>Ansiedade. Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado

(Continuação)

Diagnósticos de Enfermagem NANDA I	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	CAC menor do que DAC terapêutica= DAC	Sistema de Enfermagem			Avaliação
				Totalmente compensatório	Parcialmente Compensatório	Apoio-educação	
6 <i>Baixa autoestima situacional</i> Evidenciado em __/__/__.							() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
7 <i>Distúrbio da imagem corporal.</i> Evidenciado em __/__/__.							() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
8							() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
9							() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAIS							
1 <i>Mobilidade física prejudicada.</i> Evidenciado em __/__/__							() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
2							() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado

(Continuação)

Diagnósticos de Enfermagem NANDA I	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	CAC menor do que DAC terapêutica= DAC	Sistema de Enfermagem			Avaliação
				Totalmente compensatório	Parcialmente Compensatório	Apoio-educação	
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO POR DESVIOS DE SAÚDE							
1	<i>Integridade tissular prejudicada. Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
2	<i>Risco para infecção. Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
3	<i>Dor crônica. Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
4	<i>Perfusão tissular periférica ineficaz. Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
5	<i>Ansiedade. Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
6							() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
7							() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado

CAC= Capacidade de autocuidado; DAC terapêutica = Demanda de autocuidado; DAC= Défice de autocuidado.(O Défice de autocuidado se dá quando a demanda de autocuidado terapêutico extrapola os poderes e a capacidade do indivíduo, cuidador ou família de exercer uma ação de autocuidado.

PRESCRIÇÃO DE AÇÕES DE AUTOCUIDADO							
(Plano terapêutico definido junto com o (a) paciente e / ou cuidador)							
	Diagnósticos de Enfermagem NANDA I	Resultados Esperados (NOC)	Ações de Autocuidado	Capacidade para o autocuidado			Avaliação
				Sim	Parcialmente	Não	
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS							
1	<i>Comportamento de saúde propenso a risco. Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
2	<i>Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais. Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
3	<i>Défice no autocuidado para alimentação. Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
4	<i>Risco de volume de líquido desequilibrado Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado

(Continuação)

	Diagnósticos de Enfermagem NANDA I	Resultados Esperados (NOC)	Ações de Autocuidado	Capacidade para o autocuidado			Avaliação
				Sim	Parcialmente	Não	
5	<i>Ansiedade. Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
6	<i>Baixa autoestima situacional Evidenciado em em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
7	<i>Distúrbio da imagem corporal. Evidenciado em __/__/__.</i>						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
8							() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
9							() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado


(Continuação)

	Diagnósticos de Enfermagem NANDA I	Resultados Esperados (NOC)	Ações de Autocuidado	Capacidade para o autocuidado			Avaliação
				Sim	Parcialmente	Não	
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAIS							
1	<i>Mobilidade física prejudicada.</i> Evidenciado em ___/___/___						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
2							() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO POR DESVIOS DE SAÚDE							
1	<i>Integridade tissular prejudicada</i> Evidenciado em ___/___/___						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
2	<i>Risco para infecção</i> Evidenciado em ___/___/___						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
3	<i>Dor crônica</i> Evidenciado em ___/___/___						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
4	<i>Perfusão tissular periférica ineficaz</i> Evidenciado em ___/___/___						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado

(Continuação)

	Diagnósticos de Enfermagem NANDA I	Resultados Esperados (NOC)	Ações de Autocuidado	Capacidade para o autocuidado			Avaliação
				Sim	Parcialmente	Não	
5	<i>Ansiedade Evidenciado em</i> _/_/_.						() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
6							() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
7							() Totalmente alcançado () Parcialmente alcançado () Não alcançado
Retorno () dias () 15 dias () 30 dias () mais de 30 dias () Não se aplica				Alta por: () cicatrização () abandono () transferência () óbito () Outros:			
Enfermeiro/COREN							

ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UFC - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DA EMENDA		
Título da Pesquisa: Pessoas com Ferida Crônica: Validação de um Instrumento de Consulta de Enfermagem fundamentado na Teoria do Autocuidado		
Pesquisador: MARIA JOSE AGUIAR DE OLIVEIRA		
Área Temática:		
Versão: 3		
CAAE: 77177717.7.0000.5045		
Instituição Proponente: Hospital Universitário Walter Cantídio/ Universidade Federal do		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 3.300.176		
Apresentação do Projeto:		
Trata-se de um projeto de TCC de curso de especialização em estomaterapia, orientado por Enfa. Dra. Solange Gurgel Alexandre. A pesquisa teria a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem ao paciente com ferida crônica, em acompanhamento ambulatorial por meio da validação de um instrumento de Consulta de Enfermagem fundamentado na Teoria do Autocuidado. O projeto foi avaliado e aprovado por este CEP/HUWC em 16 de Novembro de 2017 com Parecer: 2.382.960 e que apresentava previsão de conclusão para março de 2018, quando a pesquisadora deveria ter apresentado o relatório final.		
A presente emenda é para apresentar um novo cronograma de execução do projeto.		
Objetivo da Pesquisa:		
- Validar a aparência e o conteúdo de um instrumento para Consulta de Enfermagem voltado para pessoas com feridas crônicas, baseado no modelo conceitual da Teoria do Autocuidado de Orem.		
O objetivo da presente emenda é analisar e aprovar um novo cronograma.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
- Os riscos inerentes à pesquisa estão relacionados ao constrangimento das pessoas com feridas crônicas pela exposição de sua condição e de aspectos pessoais de sua vida.		
Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, 1290		
Bairro: Rodolfo Teófilo		CEP: 60.430-370
UF: CE	Município: FORTALEZA	
Telefone: (85)3366-8589	Fax: (85)99267-4630	E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

UFC - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.300.176

- Os benefícios diretos da pesquisa são os subsídios fornecidos para a melhoria das ações de cuidado da equipe de enfermagem e, os benefícios indiretos relacionam-se às ações de autocuidado da pessoa com feridas crônicas e suas implicações.

*Não alterados pelo novo cronograma.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora não explicou de modo plausível o motivo de não ter concluído o estudo no tempo previsto (março de 2018).

Apresentou carta resposta onde diz: "Em virtude da complexidade do processo de validação, a presente emenda justifica-se pelo fato de não ter sido possível cumprir o cronograma inicial, concluindo a validação do instrumento de consulta de enfermagem proposto neste estudo, sendo necessário tempo adicional para fazê-lo". O que levou este CEP a concluir que a pesquisadora interrompeu o curso e retornou. Querendo, dessa forma, manter o mesmo projeto e não apenas ampliar o cronograma. Por se tratar de um projeto de baixa complexidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados datados de 2017.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apesar de ter havido compreensão errônea por parte da pesquisadora, quanto à apresentação do relatório, este CEP/HUWC entendeu que as questões éticas foram dirimidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar a este CEP/HUWC, relatório após o término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1169757_E1.pdf	05/04/2019 16:54:26		Aceito
Outros	Relatorio_Pesquisa.doc	05/04/2019 16:53:50	MARIA JOSE AGUIAR DE	Aceito
Outros	Carta_emenda.doc	05/04/2019 16:52:23	MARIA JOSE AGUIAR DE	Aceito
Outros	4Relatorio_Pesquisa_Parcial27_02_19.pdf	27/02/2019 12:34:42	MARIA JOSE AGUIAR DE	Aceito

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, 1290
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-370
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8589 Fax: (85)99267-4630 E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

UFC - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.300.176

Declaração de Pesquisadores	3Declaracao.pdf	27/02/2019 12:34:30	MARIA JOSE AGUIAR DE	Aceito
Cronograma	2Cronograma27_02_19.pdf	27/02/2019 12:34:23	MARIA JOSE AGUIAR DE	Aceito
Outros	1Carta.pdf	27/02/2019 12:34:11	MARIA JOSE AGUIAR DE	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_Encaminh_Emenda_Proj_Pesquisa.doc	15/02/2019 18:49:21	MARIA JOSE AGUIAR DE	Aceito
Cronograma	Cronograma_Atualizado_Nov2018.doc	30/11/2018 16:52:01	MARIA JOSE AGUIAR DE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	16/09/2017 09:22:15	MARIA JOSE AGUIAR DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia.pdf	16/09/2017 09:20:06	MARIA JOSE AGUIAR DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declar_Concordancia.pdf	16/09/2017 09:18:43	MARIA JOSE AGUIAR DE	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	16/09/2017 09:17:38	MARIA JOSE AGUIAR DE	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	16/09/2017 09:15:43	MARIA JOSE AGUIAR DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.doc	16/09/2017 09:12:53	MARIA JOSE AGUIAR DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	16/09/2017 09:08:10	MARIA JOSE AGUIAR DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 03 de Maio de 2019

Assinado por:
Maria de Fatima de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, 1290
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-370
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8589 Fax: (85)99267-4630 E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br