

Mapeamento de cuidados de enfermagem no atendimento a pacientes com feridas crônicas em membros inferiores

Mapping of nursing cares in the attendance of patients with chronicle wounds in the lower limbs



Lara Lúcia Aparecida Fonseca

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Patos de Minas.
e-mail: fonsecalara28@gmail.com

Adriana Cristina de Santana

Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Patos de Minas.
Mestre em Enfermagem pela UFG/GO. e-mail: adrianacs@unipam.edu.br

Odilene Gonçalves

Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Patos de Minas.
Mestre em Promoção em Ciências em Saúde/UNIFRAN. e-mail: odilene@unipam.edu.br

RESUMO: Este estudo objetivou mapear os cuidados de enfermagem no atendimento a pessoas com feridas crônicas em membros inferiores. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída de 60 acadêmicos do curso de Enfermagem. A idade variou de 20 a 51 anos, e a maioria da população era feminina (93,3%). Identificaram-se 59 cuidados de enfermagem referidos pelos acadêmicos, os quais foram mapeados em 55 atividades distintas da Classificação das Intervenções de Enfermagem. Os cuidados de enfermagem mais frequentemente relatados foram encontrados na necessidade humana básica psicobiológica de integridade cutâneo mucosa com 19 relatos de enfermagem. Foram identificados poucos cuidados descritos para restaurar as necessidades psicossociais e nenhuma para psicoespirituais. A adoção de marcos teóricos e conceituais de enfermagem na abordagem às pessoas com feridas crônicas poderá contribuir para o atendimento com foco mais ampliado e integral do que a preocupação específica com a lesão propriamente dita.

PALAVRAS-CHAVE: Úlcera de perna. Cuidados de enfermagem. Processo de enfermagem.

ABSTRACT: This study aimed to map nursing care in the attendance of people with chronic wounds in lower limbs. This is a descriptive study with a quantitative approach. The sample consisted of 60 nursing students. The age ranged from 20 to 51 years and the majority of the population was female (93.3%). 59 nursing care were identified and referred

by the academics, which were mapped in 55 different activities of the Nursing Interventions Classification. The most frequently reported nursing care was found on the basic human psychobiological need for mucosal cutaneous integrity with 19 nursing reports. Few described care has been identified to restore psychosocial needs and none for psychospiritual needs. The adoption of theoretical and conceptual frameworks of nursing in approaching people with chronic wounds may contribute to the care with a broader and more integral focus than the specific concern with the injury itself.

KEYWORDS: Leg ulcer. Nursing care. Nursing process.

INTRODUÇÃO

Dealey (2008) descreve que a ferida é qualquer lesão que modifica a estrutura da pele podendo ser causada por traumas mecânicos, físicos, químicos e intencionais; por origem isquêmica (úlceras arterial e venosa); e por pressão. Nas feridas por isquemia ou pressão, ocorre uma oclusão da microcirculação, comprometendo o fluxo sanguíneo local, o que desencadeia a necrose tecidual, fazendo surgir a úlcera e rompendo a estrutura e o funcionamento normal da pele.

As lesões crônicas são desencadeadas por patologias como diabetes mellitus, hipertensão arterial, problemas neurológicos e outras patologias (GEOVANINI, 2014). As úlceras vasculares são conhecidas por se manifestarem abaixo do joelho e não cicatrizar no período de seis semanas. Segundo estudos, a úlcera venosa representa mais de 75% das ulcerações nos membros inferiores. Essas ulcerações representam um gasto significativo no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente quando são de longa duração (acima de 6 meses), de tamanhos grandes (maior que 10 cm²) e apresentam diversas complicações, tais como osteomielite e amputações (COREN, 2013).

Segundo Geovanini (2014), o tratamento de feridas é complexo e requer uma atenção especial, exigindo um atendimento multidisciplinar, com intervenções de natureza local e sistêmica, pois é um processo doloroso que interfere na qualidade de vida e no cotidiano dos pacientes e familiares, alterando aspectos sociais, psicológicos e econômicos.

De acordo com Fonseca *et al.* (2012), a atuação do enfermeiro é primordial durante o atendimento às pessoas com feridas crônicas. Esse profissional, ao efetuar a assistência, deverá realizar a sistematização da assistência de enfermagem, com enfoque nas etapas do processo de enfermagem, incluindo anamnese, levantamento dos problemas e diagnósticos de enfermagem, para assim planejar a assistência e intervir através de ações, a fim de obter os resultados esperados.

Para o desenvolvimento do processo de enfermagem, é necessário utilizar as bases teóricas do campo da enfermagem e exterior a ela. Pode-se dizer que se trata da expressão do método clínico da enfermagem como profissão (CARVALHO; BACHION, 2009). Uma das teorias utilizadas para fundamentar o levantamento de problemas apresentados pelo paciente é a Teoria das Necessidades Humanas Bá-

sicas de Wanda Aguiar Horta (HORTA, 1979), classificadas em um conjunto de 37 necessidades humanas básicas, das quais 18 são classificadas como Necessidades Psicobiológicas, 17 como Necessidades Psicossociais e duas como Necessidades Psicoespirituais.

Almeida *et al.* (2007) relatam que o profissional de enfermagem, após levantar os problemas de enfermagem, poderá utilizar taxonomias e sistemas de classificações do cuidado. A enfermagem dispõe de terminologias e classificações para descrever os diagnósticos, as intervenções e os resultados que podem contribuir para melhor visibilidade da prática profissional.

O Sistema de Classificação de Intervenções de Enfermagem (BULECHEK *et al.*, 2016) consiste em uma linguagem padronizada abrangente que descreve os tratamentos executados por enfermeiros. Atualmente é constituída por 554 intervenções, 23 novas intervenções e 128 intervenções revisadas localizadas em 7 domínios e 30 classes.

A sistematização da assistência faz-se necessária para a visibilidade das ações de enfermagem, a avaliação da pertinência das ações, o desenvolvimento da autonomia e a relevância do trabalho de enfermagem frente ao atendimento das necessidades humanas básicas afetadas de forma integral (BARROS; CHIESA, 2007).

Diante do exposto, faz-se necessária a sistematização do cuidado, constituindo, a partir da avaliação integral do paciente com feridas, o planejamento e a implementação da terapêutica adequada. Este estudo possibilitou mapear os cuidados de enfermagem durante o atendimento às pessoas com feridas crônicas em membros inferiores, usando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta (HORTA, 1979) e um sistema de Classificação de Intervenções de Enfermagem (BULECHEK *et al.*, 2016) como referência.

Neste estudo, a partir do mapeamento cruzado, foi possível nomear as ações realizadas pelos acadêmicos de enfermagem durante o ensino teórico-prático em um Ambulatório de Tratamento de feridas crônicas, de uma Instituição de Ensino Superior em Enfermagem, localizada na região do Alto Paranaíba – MG. Além disso, possibilitou discutir aspectos relacionados à realização, às condições estruturais e de trabalho, bem como à realização de outras pesquisas, com o intuito de padronizar a linguagem utilizada através da construção de um instrumento de consulta de enfermagem, que poderá servir como parte integrante da implantação do processo de enfermagem.

METODOLOGIA

Participaram deste estudo 60 acadêmicos de enfermagem que se encontravam no 7º e 9º períodos do curso. Não participaram da pesquisa dez acadêmicos, pois estavam ausentes no momento, e outros não quiseram participar da coleta de dados assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Trata-se de um estudo tipo descritivo, de campo e com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em uma Instituição de Ensino Superior em Enfermagem localizada na região do Alto Paranaíba-MG. A amostra foi constituída por acadêmicos do curso de Enfermagem que iniciaram atividades de ensino teórico-prático no Ambulatório de Tratamento de Feridas. A pesquisa foi realizada em sala de aula e abrangeu acadêmicos do 7º e 9º períodos do curso e teve início após a autorização e aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas sob CAAE nº 62287516.8.0000.5549.

O instrumento para coleta de dados foi composto de duas partes: a primeira constava de informações de identificação dos participantes e a segunda foi composta de uma pergunta norteadora: quais os cuidados de enfermagem realizados durante o atendimento de enfermagem às pessoas com úlceras crônicas em membros inferiores no ambulatório de tratamento de feridas?

Após a coleta das atividades de enfermagem relatadas, as mesmas foram extraídas e agrupadas para eliminação de repetições. Após o agrupamento das ações repetidas ou com significado igual, foi realizada a nomeação de uma única ação para representar o grupo de ações repetidas. As ações finais passaram pelo processo de mapeamento cruzado. O mapeamento cruzado é um método que possibilita comparar registros de enfermagem realizados com classificações de referência padronizada. Ele pode ser usado para análises dos dados contidos em etapas do processo de enfermagem, através da comparação das informações existentes em relatos ou nos prontuários dos pacientes (NONINO et al., 2008).

O mapeamento cruzado foi realizado adotando-se os procedimentos em conformidade com a metodologia de pesquisa recomendada na área, ou seja, utilizando-se quatro regras básicas: Regra nº 1: Proceder ao mapeamento a partir do rótulo de intervenção da NIC com a atividade da NIC; Regra nº 2: Usar o contexto dos diagnósticos de enfermagem; Regra nº 3: Mapear o significado versus palavra; e Regra nº 4: Usar a intervenção mais específica da NIC (COENEN; RYAN; SUTTON, 1997).

As atividades foram coletadas diretamente do questionário proposto e transcritas para uma planilha do programa *Excell for Windows®*, utilizado para a tabulação dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação às características da população estudada, o gênero predominante foi o feminino 56 (93,37%), a idade dos entrevistados variou entre 20 a 51 anos, a faixa etária mais frequente foi entre 20 a 30 anos com 50 (83,3%) participantes. Quanto ao estado civil, foram identificados 43 (71,7%) solteiros e 17 (28,3%) casados. Para o mapeamento, obtivemos 59 cuidados de enfermagem distintos, os quais foram mapeados em 55 atividades da Classificação das Intervenções de Enfermagem.

O Quadro 1 mostra que os cuidados de enfermagem mais frequentemente

relatados foram encontrados na necessidade humana básica psicobiológica de integridade cutâneo mucosa com 19 relatos de enfermagem distintos mapeados em 17 intervenções de Enfermagem no Sistema de Classificação de Intervenção de Enfermagem.

QUADRO 1. Mapeamento da Necessidade Humana Básica Psicobiológica de “Integridade Cutâneo Mucosa” relatada por acadêmicos de enfermagem. Patos de Minas/MG – 2017

NECESSIDADE HUMANA BÁSICA	RELATO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADE DE ENFERMAGEM CORRESPONDENTE DA NIC	Nº DE CITAÇÕES
Integridade cutâneo mucosa	1. Avaliar a ferida quanto à quantidade de exsudato, tecido, cor e odor. 2. Observar se há exposição de tendão.	1. Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor.	53
	3. Utilizar cobertura adequada para cada tipo de tecido existente na lesão.	2. Aplicar curativo adequado ao tipo de lesão.	32
	4. Ocluir a lesão com gases e atadura.	3. Reforçar o curativo, se necessário.	26
	5. Limpar a lesão com soro fisiológico 9,0% aquecido.	4. Limpar com soro fisiológico ou substância atóxica, conforme apropriado.	25
	6. Utilizar material estéril para realização do curativo.	5. Aplicar curativo estéril.	18
	7. Realizar o desbridamento mecânico, autolítico, de acordo com a necessidade.	6. Implementar tratamento de feridas (desbridamento, terapia antimicrobiana), conforme necessário.	17
	8. Fazer anotações no prontuário após atendimento.	7. Documentar localização, tamanho e aspecto da lesão.	8
	9. Observar tecido de granulação. 10. Identificar o tipo de úlcera.	8. Examinar a lesão a cada troca de curativo.	8
	11. Secar pele lesional.	9. Limpar e secar a pele ao redor após o procedimento.	7
	12. Utilizar materiais adequados.	10. Proteger a lesão com o tipo apropriado de curativo estéril.	6
	13. Retirar curativo de forma que não cause danos.	11. Umedecer os curativos em solução fisiológica antes da remoção, conforme apropriado.	6

Integridade Cutâneo mucosa	14. Mensurar tamanho e profundidade da lesão.	12. Medir leito da lesão conforme apropriado.	3
	15. Manter ferida úmida.	13. Manter a úlcera umidecida para auxiliar na cicatrização.	3
	16. Avaliar a pele.	14. Inspeccionar a pele para cor, temperatura, hidratação, crescimento do pelo, textura, rachaduras ou fissuras.	3
	17. Utilizar colchão adequado.	15. Colocar em um colchão/cama terapêutica adequada.	1
	18. Usar travesseiros e almofadas adequadas.	16. Usar dispositivos na cama que protejam o paciente.	1
	19. Orientar quantas vezes foi feito curativo ao dia.	17. Trocar curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem.	1

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017

Os seis relatos de enfermagem mais frequentemente mencionados foram: avaliar a ferida quanto à quantidade de exsudato, tecido, cor e odor e observar se há exposição de tendão (53 citações); utilizar cobertura adequada para cada tipo de tecido existente na lesão (32 citações); ocluir a lesão com gases e atadura (26 citações); limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% aquecido (25 citações); utilizar material estéril para realização do curativo (18 citações) e realizar o desbridamento mecânico, autólítico, de acordo com a necessidade (17 citações). Isto revela que no tratamento de feridas a preocupação maior dos discentes é com a obtenção de um leito ideal para obter a cicatrização da lesão.

De acordo com Potter e Perry (2013), o enfermeiro deverá verificar como estão ocorrendo a cicatrização e o aspecto do leito da ferida, observando dimensão, cor, odor, edema e observando a característica do exsudado, se houver a sua presença.

Balan (2012) descreve que várias soluções têm sido indicadas para a limpeza do leito da ferida, contudo, o soro fisiológico 0,9% tem sido o mais apropriado, pois limpa e mantém o meio úmido, promovendo autólise de tecido desvitalizado, criando tecido de granulação e promovendo angiogênese. O leito da ferida deve permanecer em uma temperatura em torno de 36,4° a 37,2° C, para que não ocorra interferência no processo de cicatrização. Desse modo, o soro deve ser aquecido para impedir resfriamento da ferida e prováveis desconfortos para o paciente. Além do mais, durante a limpeza, a técnica de irrigação é excelente, pois retira o exsudado e os restos celulares do leito da ferida.

Segundo Coren (2013), existem vários métodos de desbridamento que poderão ser utilizados para a limpeza das lesões, com presença de tecidos desvitalizados ou mesmo corpos estranhos. Para uma escolha mais adequada às condições do paciente, é necessário que o enfermeiro conheça profundamente as indicações. Os outros métodos de desbridamento compreendem o seletivo, responsável pela remoção apenas dos tecidos inviáveis sem afetar o tecido vivo; e o método não seletivo, que remove os tecidos inviáveis e os viáveis. Os desbridamentos são classificados segundo o mecanismo de ação em desbridamento instrumental não cirúrgico, mecânico, químico/enzimático e autolítico.

O profissional, ao optar pelo desbridamento instrumental não cirúrgico, deverá considerar as seguintes recomendações: avaliar as suas próprias habilidades para o procedimento, tais como o conhecimento da anatomia da pele e estruturas adjacentes, o reconhecimento dos tipos de necrose e capacidade de intervir nas possíveis complicações, como sangramento; realizar o desbridamento em local tranquilo, com boa iluminação; e fazer com que o procedimento não ultrapasse 30 minutos. A suspensão do procedimento deverá ocorrer quando aumentar o nível de stress do paciente e do profissional e quando ocorrer sangramento anormal ou excessivo, observando-se a presença do tendão, a fáscia muscular ou periósteo (COREN, 2013).

Ao realizar um curativo, é essencial adotar uma técnica que assegure o material sendo ele limpo ou estéril. Quando o procedimento é estéril, ele minimiza a carga microbiana através de equipamentos apropriados, de uso de campo estéril, de coberturas esterilizadas e também de higienização das mãos (FERREIRA; ANDRADE, 2008).

Conforme quadro 1, observam-se vários outros cuidados de enfermagem citados em menos frequência pelos acadêmicos e mapeados na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Isto reforça que a assistência de enfermagem ofertada pelos acadêmicos está mais voltada para a recuperação da integridade tissular, ou seja, para a restauração da necessidade humana básica de integridade cutâneo mucosa.

O quadro 2 (na página seguinte) mostra que o segundo conjunto de cuidados de enfermagem mais frequentes relatados pelos acadêmicos foram mapeados na necessidade humana básica psicobiológica de terapêutica com 14 relatos de enfermagem distintos mapeados em 13 intervenções de enfermagem no Sistema de Classificação de Intervenção de Enfermagem.

Conforme Quadro 2, os quatro relatos de enfermagem mais frequentemente mencionados foram: explicar sobre o procedimento (16 citações); hidratar a pele com ácido graxo essencial (AGE) (12 citações); realizar histórico do paciente (anamnese e exame físico) (9 citações) e usar compressão elástica (8 citações).

É primordial o indivíduo procurar ajuda profissional para se amparar no cuidado do seu bem-estar. A anamnese é um dos meios para investigação, caracterizada por uma entrevista. Compete ao enfermeiro conhecer a história prévia de saúde e da lesão, bem como sua situação clínica atual (GEOVANINI, 2014).

QUADRO 2. Mapeamento da Necessidade Humana Básica Psicobiológica de “Terapêutica” referida por acadêmicos de enfermagem. Patos de Minas/MG – 2017

NECESSIDADE HUMANA BÁSICA	RELATO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADE DE ENFERMAGEM CORRESPONDENTE DA NIC	Nº DE CITAÇÕES
Terapêutica	1. Explicar sobre o procedimento.	1. Explicar o procedimento ao paciente.	16
	2. Hidratar a pele com ácido graxo essencial (AGE).	2. Aplicar pomada apropriada na pele/lesão, conforme apropriado.	12
	3. Realizar histórico do paciente (anamnese e exame físico).	3. Descrever a história pregressa de saúde pertinente.	9
	4. Usar compressão elástica.	4. Aplicar as modalidades de terapia de compressão (bandagens mais curtas ou mais longas), se adequado nutricionista conforme apropriado.	8
	5. Agendar retorno.	5. Identificar consulta de retorno planejada para cuidados de acompanhamento.	5
	6. Orientar fazer tratamento de doença base.	6. Obter o histórico de admissão hospitalar, incluindo doenças anteriores, medicações e alergias.	3
	7. Avaliar se a cobertura está sendo eficaz.	7. Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão.	2
	8. Usar papaína 9. Conhecer cada cobertura.	8. Aplicar agente tópico para desbridamento na área afetada, quando adequado.	2
	10. Fazer acompanhamento do curativo.	9. Examinar a lesão a cada troca de curativo.	1
	11. Fazer uso seringa 20ml para irrigar a lesão com soro.	10. Encher a seringa de irrigação com a solução.	1
	12. Usar curativos para permitir trocas gasosas.	11. Aplicar pomada apropriada na pele/lesão, conforme apropriado.	1
	13. Fazer curativo de acordo protocolo da instituição.	12. Inspeccionar o curativo diariamente, conforme o protocolo institucional.	1
	14. Usar hidrogel.	13. Aplicar emolientes na área afetada.	1

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Para Malagutti e Kakiyama (2011), os cuidados indispensáveis com a pele consistem em proteger e promover a sua integridade, prevenir rupturas, o que é de grande relevância. O cuidado com a pele envolve a inspeção de rotina, as práticas de higiene adequada e o cuidado da saúde da pele.

Brito (2017) afirma que a terapia de compressão ampara-se na dor e também pode ser utilizada com uso de meias ou bandagens, sendo eficaz no retorno venoso. É importante ressaltar que o profissional tenha conhecimento dela. As terapias de compressão são primordiais na cicatrização principalmente nas úlceras venosas (BORGES; CALIRI, 2011).

Ao realizar exame do paciente com úlcera venosa, é primordial fazer levantamento do histórico, anamnese e exame físico completo, além da investigação de comorbidades e da existência de comprometimento arterial. A indicação para terapias de compressão ocorre através do cálculo de índice de pressão tornozelo/braço (ITB), que é um método que avalia a mensuração das pressões arteriais do tornozelo, da perna afetada e dos braços. Há outros recursos além do cálculo do ITB, sendo eles não invasivos, como o doppler de onda contínua (COPEN, 2013).

O Quadro 3 mostra que o terceiro conjunto dos cuidados de enfermagem mais frequentemente relatados pelos acadêmicos foram mapeados nas necessidades humanas básicas psicobiológicas de segurança física (51 citações); nutrição (18 citações); regulação vascular (18 citações); atividade física (10 citações); cuidado corporal (3 citações) e mobilidade (1 citação).

QUADRO 3. Mapeamento das Necessidades Humanas Básicas Psicobiológicas: Segurança física, Nutrição, Regulação vascular, Atividade física, Cuidado corporal e mobilidade referidas por acadêmicos de enfermagem. Patos de Minas/MG – 2017

NECESSIDADE HUMANA BÁSICA	RELATO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADE DE ENFERMAGEM CORRESPONDENTE DA NIC	Nº DE CITAÇÕES
Segurança física	1. Lavar as mãos.	1. Realizar a higiene das mãos.	23
	2. Utilizar uso de EPIs (máscara, gorro e luvas).	2. Colocar máscara, óculos de proteção e avental, se necessário.	14
	3. Fazer curativo com técnica asséptica.	3. Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado.	14
Nutrição	4. Orientar sobre a alimentação.	4. Encaminhar o paciente para nutricionista conforme apropriado.	18
	5. Elevar membros inferiores.	5. Elevar o membro acometido 20 graus ou mais acima do nível do coração, conforme apropriado.	5

Regulação vascular	6. Avaliar edema em membros inferiores.	6. Avaliar edema periférico e pulso.	5
	7. Usar bota de Unna.	7. Orientar o paciente sobre a importância da terapia de compressão.	3
	8. Calcular ITB.	8. Verificar o índice tornozelo-braquial (ITB), conforme apropriado.	2
	9. Avaliar sensibilidade periférica.	9. Realizar avaliação abrangente de circulação periférica (p. ex., pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura).	1
	10. Avaliar o pulso periférico.	10. Realizar avaliação da abrangência da circulação periférica (por exemplo, pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura).	1
	11. Conversar com paciente se faz uso de álcool ou fumo.	11. Orientar o paciente quanto aos fatores que interferem na circulação (tabagismo, etilismo, roupas restritivas, exposição a temperaturas frias e cruzamento de pernas e pés).	1
Atividade física	12. Orientar quanto à realização da atividade física.	12. Encorajar o paciente a fazer exercícios, conforme tolerância.	10
Cuidado corporal	13. Orientar quanto à higienização.	13. Orientar o paciente ou o paciente ou o(s) membro(s) da família sobre os procedimentos de cuidado com a lesão.	3
Mobilidade	14. Realizar a mudança de decúbito.	14. Mudar a posição do paciente pelo menos a cada duas horas, conforme apropriado.	1

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Dentro desse contexto, Geovanini (2014) descreve que o profissional de saúde, antes de começar o tratamento de uma ferida, deve ter uma atenção importante para os cuidados com o uso de materiais estéreis, de equipamentos de proteção individual, bem como realizar a técnica asséptica no momento do curativo e higienização das mãos.

Deve-se fazer uma adaptação na alimentação do paciente de feridas a fim de reduzir dificuldades na cura, como as principais complicações resultantes de

alimentação inadequada e as dificuldades de combate à infecção. Caso necessite, seu organismo não conseguirá suprir essa necessidade e terá uma limitação na cicatrização da úlcera (RABELO et al; 2012).

Dentre as diversas possibilidades de avaliação e intervenção realizadas pelos acadêmicos de enfermagem e futuros profissionais, durante atendimento às pessoas com úlceras crônicas em membros inferiores, encontra-se a necessidade humana básica de regulação vascular.

Em relação à avaliação da regulação vascular, os profissionais de enfermagem podem utilizar a Classificação de Intervenções de Enfermagem, a qual contempla prescrições de cuidados para as intervenções de cuidados circulatórios: insuficiência venosa e cuidados circulatórios (BULECHEK et al., 2016).

A atividade física intensifica o tônus muscular dos membros inferiores, portanto, melhora o funcionamento do sistema venoso e a queda da pressão ao andar e facilita retorno venoso. Dessa maneira, o exercício físico está sendo benéfico para a melhoria do fortalecimento, contribuindo para os pacientes com doença venosa crônica e prevenindo os que não são acometidos pela patologia (ALBERTI et al., 2010).

O quadro 4 mostra o quarto conjunto de atividades de enfermagem mais frequentemente citadas pelos acadêmicos e mapeadas na Classificações de Intervenções de Enfermagem e nas necessidades psicossociais. Foram identificados 12 relatos de enfermagem mapeados em 11 atividades de enfermagem correspondente da NIC. O conjunto de cuidados mais frequentemente referidos pelos acadêmicos foi mapeado na necessidade humana básica de participação (30 citações); ambiente (9 citações); educação em saúde/aprendizagem (3 citações) e segurança emocional (1 citação).

QUADRO 4. Mapeamento das Necessidades Humanas Básicas Psicossociais: Participação, Educação em Saúde/Aprendizagem, Ambiente e Segurança emocional referidas por acadêmicos de enfermagem. Patos de Minas/MG – 2017

NECESSIDADE HUMANA BÁSICA	RELATO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADE DE ENFERMAGEM CORRESPONDENTE DA NIC	Nº DE CITAÇÕES
Participação	1. Orientar sobre o autocuidado.	1. Auxiliar o paciente a ter o máximo de responsabilidade possível com autocuidado.	15
	2. Investigar hábitos de vida que podem causar danos.	2. Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis.	3
	3. Verificar se o paciente está tendo cuidado em domicílio 4. Orientar os familiares nos cuidados com a lesão.	3. Orientar o paciente ou membros da família sobre os procedimentos de cuidado com a lesão.	2

	5. Esclarecer as dúvidas do paciente.	4. Explicar o procedimento/tratamento.	1
	6. Orientar quanto ao hábito de vida.	5. Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis.	1
	7. Orientar sobre troca de curativo em domicílio da forma adequada.	6. Orientar o paciente ou seus familiares a realizarem o procedimento em casa empregando a técnica adequada e com as modificações necessárias.	8
Educação em saúde/ Aprendizagem	8. Orientar o uso de medicação correta.	7. Orientar o paciente sobre a dose, a via e a duração de cada medicamento.	2
	9. Utilizar linguagem adequada com o paciente.	8. Ajustar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão do paciente.	1
Ambiente	10. Fazer descarte correto dos materiais utilizados.	9. Descartar os materiais corretamente.	6
	11. Posicionar o paciente em posição confortável.	10. Posicionar o paciente para facilitar o conforto.	3
Segurança emocional	12. Encorajar sempre o paciente.	11. Ouvir e encorajar a expressão de sentimentos e crenças.	1

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Os resultados da pesquisa mostram a preocupação dos acadêmicos em envolver o paciente para participação efetiva do tratamento e desenvolvimento do autocuidado. O profissional de enfermagem é dirigente de todos os cuidados que devem ser executados com os pacientes, pois é um profissional que tem comprometimento no tratamento de feridas, o qual tem maior vínculo com os pacientes por realizar o curativo e avaliar o resultado das intervenções (COREN, 2013).

Para Figueiredo e Zuffi (2012), é primordial o papel do profissional na função de ajudar o portador de feridas a adequar-se e a desenvolver habilidades, proporcionando aceitação e disciplina ao processo terapêutico, reduzindo o período de tratamento, fazendo com que o paciente retorne a suas atividades diárias o mais breve.

Foram identificadas cinco atividades referidas pelos acadêmicos, não correspondentes na Classificação das Intervenções de Enfermagem, as quais foram propostas como atividades contextuais, ou seja, podendo ser incluídas nas intervenções da NIC. As atividades corresponderam a: oferecer apoio psicológico (6 citações), acrescentando na Intervenção: "Apoio emocional"; Usar de agulha 40mm x 12mm em jato sobre lesão (4 citações), acrescentando na Intervenção:

“Irrigação de lesões”; Usar de agulha 25mm x 8mm em jato sobre lesão (3 citações), acrescentando na Intervenção: “Irrigação de lesões”; Orientar paciente sobre necessidade do tratamento (1 citação) acrescentando na Intervenção: “Troca de informações sobre os cuidados de saúde”; e “Esterilizar materiais que possam ser reutilizados (1 citação), acrescentando na Intervenção: “Controle de infecção”.

Neste estudo foram identificados poucos cuidados referidos pelos acadêmicos para restaurar as necessidades psicossociais e nenhuma para necessidades psicoespirituais. Não foi obtida nenhuma atividade mapeada nas necessidades psicossociais: de amor, liberdade, comunicação, gregária, lazer, orientação no tempo e espaço, atenção, aceitação, autorrealização, autoestima e autoimagem.

Malagutti e Kakihara (2011) discorrem sobre a importância das ações em que o profissional deve preservar-se em relação ao paciente, ou seja, sua religião e valores, a fim de resguardar o direito do paciente, quanto ao do responsável pelos cuidados.

Pensar positivo, ter fé e fazer suas preces favorecem a cicatrização da ferida. A religião é um meio de se apegar para que o indivíduo tenha sustento espiritual e afetivo. As pessoas têm a espiritualidade como um sentimento que está ligado à fé em Deus, sendo capaz de ampará-los, proporcionando proteção e força. Além do mais, entende-se a espiritualidade como esforço no significado da vida, tendo bom convívio em seu ciclo e com Deus (CHIBANTE *et al.*, 2017). Assim, é de extrema importância que o enfermeiro realize avaliação das necessidades psicoespirituais.

A adoção de marcos teóricos de enfermagem na abordagem das pessoas com feridas crônicas em membros inferiores pode contribuir para o atendimento com foco mais ampliado e integral do que a preocupação específica com a lesão propriamente dita.

CONCLUSÃO

Neste estudo foram constituídos 60 acadêmicos do curso de Enfermagem de uma instituição superior na região do Alto Paranaíba no Estado de Minas Gerais. Para o mapeamento obtivemos 59 cuidados de enfermagem distintos, os quais foram mapeados em 55 intervenções da Classificação das Intervenções de Enfermagem.

Os seis relatos de enfermagem mais frequentemente mencionados foram: avaliar a ferida quanto à quantidade de exsudato, tecido, cor e odor, e observar se tem exposição de tendão (53 citações); utilizar cobertura adequada para cada tipo de tecido existente na lesão (32 citações); ocluir a lesão com gases e atadura (26 citações); limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% aquecido (25 citações); utilizar material estéril para realização do curativo (18 citações); e realizar o desbridamento mecânico, autolítico de acordo com a necessidade (17 citações).

O foco do atendimento de enfermagem está mais voltado para o atendimento das necessidades psicobiológicas, já que foram encontradas poucas ativi-

dades mapeadas nas necessidades psicossociais e nenhuma nas necessidades psicoespirituais. O enfermeiro pode utilizar um instrumento de coleta de dados abrangente para identificar todos os problemas apresentados pelo paciente de forma integral para alcançar maior resolubilidade e visibilidade das ações de cuidado.

A consulta de enfermagem é um momento que se faz para escutar o paciente, acolher e saber quais as dificuldades persistem, podendo-se entender quais são os obstáculos do seu dia a dia e como ele o vivencia.

Os profissionais de enfermagem devem propiciar uma assistência individual, através do processo de enfermagem, para que consigam resultados adequados. Efetuar assistência no tratamento de feridas deve contemplar anamnese, exame físico, prescrições e registros da evolução clínica.

É fundamental que já iniciem na vida acadêmica dos estudantes de enfermagem em algumas disciplinas os conhecimentos teóricos e práticos voltados para uma atenção integral aos pacientes com feridas crônicas, tendo como princípio os valores humanos. É crucial vencer o cotidiano da maioria das práticas de cuidados e cuidar de todas as feridas da mesma maneira, ou seja, observando-se não somente a lesão, mas o paciente que necessita de cuidados ampliados.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Luiz Ronaldo et al. Relação entre exercício físico e insuficiência venosa crônica. *Revista Medicina Minas Gerais*, 20(1): 30-5, 2010.
- ALMEIDA, Miram de Abreu et al. Correspondência entre cuidados para pacientes com problemas ortopédicos e a classificação das intervenções de enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 28(4): 480-88, 2007.
- BALAN, M. A. J. *Guia terapêutico para tratamento de feridas*. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2012.
- BARROS, Debora Gomes; CHIESA, Ana Maria. Autonomia e necessidade de saúde na Sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Revista Escolar Enfermagem*, 41(1): 793-98, 2007.
- BORGES, Eliane Lima; CALIRI, Maria Helena Lancher. "Terapia compressiva e prevenção de recidivas", in: *Feridas: úlceras dos membros inferiores*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- BRITO, Debora Thaise Freiras et al. Dor em úlcera crônica: Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes do Município de Cuité-PB. *Revista Científica da Saúde*, 2(2): 1-14, 2017.

BULECHEK, Gloria M; BUTCHER, Howard K; DOCHTERMAN, Joanne M; WAGNER, Cheryl M. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CARVALHO, Emília Campos, BACHION, Maria Márcia. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3): 466- 487, 2009.

COENEN, A.; RYAN, P.; SUTTON, J. Mapping nursing interventions from a hospital information system to the nursing interventions classification (NIC). *Nurs Diagn*, 8(4): 145-51, 1997.

CHIBANTE, Carla Lube de Pinho et al. Saberes e práticas no cuidado centrado na pessoa com feridas. *Escola Anna Nery*, 21(2):1-8, 2017.

COREN. *Parecer Coren*, n.100.083, jul, 2013. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_7.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

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

FERREIRA, Adriano Menis, ANDRADE, Denise. Revisão integrativa da técnica limpa e estéril: consensos e controvérsias na realização de curativos. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 21(1):117-21, 2008.

FIGUEIREDO, M. Lopes; ZUFFI, Fernanda. Bonato. Cuidados aos portadores de úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Revista eletrônica Enfermeira Global*, 11(4) 137-146, 2012.

FONSECA, César et al. A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista Escola Enfermagem USP*, 46(2): 480-486, 2012.

GEOVANINI, Telma. *Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional*. São Paulo: Rideel, 2014.

HORTA W. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.

MALAGUTTI, William. KAKIHARA, Cristiano. Tárzia. *Curativos, estomia e dermatologia: uma abordagem multiprofissional*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011.

NONINO, Fernanda Oliveira Lima. et al. A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa de enfermagem: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enferma-*

gem, 6(61): 872-77, 2008.

POTTER, Patrícia A; PERRY, Anne Griffin; ELKIN, Matha Keene. *Procedimentos e intervenções de enfermagem*. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RABELO, Nunes Nicollas et al. Conduta nutricional no trauma para o clínico. *Revista Brasileira Clínica Médica*, 19(2): 116-21, 2012.