

IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE AVALIAÇÃO E DE TRATAMENTO DE FERIDAS ANNA NERY¹

Lorrany Kelly Tiago

Graduanda do 10º período do Curso de Enfermagem do UNIPAM.

E-mail: lorrany.kt@gmail.com

Odilene Gonçalves

Enfermeira, Mestre em Promoção de Saúde e Docente do curso de Enfermagem do UNIPAM.

E-mail: odilene@unipam.edu.br

Adriana Cristina de Santana

Enfermeira, Mestre em Enfermagem e Docente do curso de Enfermagem do UNIPAM.

E-mail: adrianacs@unipam.edu.br

RESUMO: O Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que instrui o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, que deve ser efetuado de modo deliberado e sistemático. O estudo objetivou validar e implantar o Processo de Enfermagem no Ambulatório de Feridas Anna Nery. Trata-se de um estudo de campo descritivo e analítico com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 5 enfermeiros *expertises* e 26 pacientes atendidos no ambulatório. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas, Parecer nº 3.165.739. Foram validados 15 diagnósticos de enfermagem, 44 prescrições de enfermagem e identificados 15 resultados de enfermagem. Conclui-se que, através do Processo de Enfermagem, é possível direcionar o profissional de enfermagem para execução de um cuidado holístico de modo a atingir a resolução de forma integral de todas as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais afetadas. Além do mais o Processo de Enfermagem estreita vínculos entre profissionais/discentes e pacientes através da consulta de enfermagem, favorecendo o desenvolvimento para o autocuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Processo de Enfermagem. Assistência de Enfermagem. Cicatrização de Feridas.

ABSTRACT: The Nursing Process is a methodological instrument that instructs professional nursing care and the documentation of professional practice, which must be carried out in a deliberate and systematic manner. The study aimed to validate and implement the Nursing Process at the Anna Nery Wound Clinic. It is a descriptive and analytical field study with a quantitative approach. Five experienced nurses and 26

¹ Trabalho apresentado na área temática 1 - Novas tecnologias e ferramentas para gestão empreendedora do XV Congresso Mineiro de Ciências da Saúde, realizado de 28 de outubro a 01 de novembro de 2019.

patients treated at the clinic participated in the study. This research was approved by the Research Ethics Committee of the University Center of Patos de Minas, Opinion No. 3,165,739. 15 nursing diagnoses, 44 nursing prescriptions were validated and 15 nursing results were identified. It is concluded that, through the Nursing Process, it is possible to direct the nursing professional to perform holistic care in order to achieve the integral resolution of all the affected psychobiological, psychosocial and psychospiritual needs. Furthermore, the Nursing Process narrows bonds between professionals / students and patients through the nursing consultation, favoring the development for self-care.

KEYWORDS: Nursing process. Nursing care. Wound healing.

1 INTRODUÇÃO

A Resolução COFEN 358/2009 considera o Processo de Enfermagem (PE) um instrumento metodológico que instrui o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, que deve ser efetuado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, sendo eles públicos ou privados, em que ocorre o cuidado de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A Resolução COFEN 272/2002 argumenta:

Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, que utiliza o método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, fornecendo ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002, s. p.).

No momento atual, o PE é composto por cinco etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento da Assistência de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem (MARINELLI; SILVA; SILVA, 2015).

A primeira etapa é o histórico de enfermagem, na qual acontece a coleta de dados por meio de entrevista e/ou de prontuários e de realização do exame físico. É necessário que o enfermeiro tenha habilidades de escuta e de observação (BARROS *et al.*, 2015).

Na segunda etapa, realiza-se o diagnóstico de enfermagem, que é caracterizado por Barros *et al.* (2015) como o ato de avaliar as necessidades de cuidados de cada paciente e o que oferecerá suporte para as escolhas das intervenções da assistência de enfermagem.

Através da taxonomia dos diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro pode diagnosticar e tratar o problema relativo ao paciente e à família, que é uma forma diferente do diagnóstico médico. NANDA é exemplo de documentação da prática holística que propicia conhecimento específico (NANDA, 2018).

Conforme a Resolução do COFEN 358/2009, o planejamento de enfermagem é a definição dos objetivos e dos resultados, das ações ou intervenções que serão

realizadas conforme a necessidade da pessoa, família ou comunidade, que foram identificadas na segunda etapa (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Para cada diagnóstico, é determinado um resultado esperado. Deve-se utilizar a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC), que padroniza a linguagem entre os profissionais da área. Para cada resultado, o enfermeiro deve indicar intervenções e prescrever ações, voltadas à diminuição dos fatores de riscos, promovendo qualidade na assistência e melhora na saúde (BARROS *et al.*, 2015).

Nas intervenções, utiliza-se o sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem, *Nursing Interventions Classification* (NIC), que traça os cuidados que devem ser realizados pela enfermagem; são relacionados com o NOC (BELAVER; CECCHETTO, 2016). Em conformidade com o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), a intervenção é definida como tratamento baseado no conhecimento clínico que um enfermeiro realiza em busca de melhora dos resultados do paciente (BARROS *et al.*, 2015).

Na última etapa, a Resolução do COFEN 272/2002 (s. p.) define a Evolução de Enfermagem como “registro feito pelo Enfermeiro no prontuário após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo breve dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes”.

Dessa forma, é vital que as ações do PE sejam registradas e unificadas. Quando o enfermeiro não registra o procedimento realizado ou uma orientação, o cuidado realizado se torna inválido e a assistência não poderá ser validada, o que poderá implicar questões éticas e legais (SEIGNEMARTIN *et al.*, 2013; OTONI *et al.*, 2015).

Diante do exposto e conforme a legislação vigente, é necessária a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), mediante o PE, em todas as unidades prestadoras de cuidados e serviços em saúde. Assim, surgiu o interesse em efetivar a implantação do PE no Ambulatório de Avaliação e de Tratamento de Feridas Anna Nery.

Para o alcance deste objetivo, foram determinadas as seguintes etapas: validar o instrumento de coleta de dados para anamnese e exame físico com enfoque no atendimento as necessidades humanas básicas psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais; validar os Diagnósticos de Enfermagem para pacientes com feridas crônicas; validar as Prescrições de Enfermagem para pacientes com feridas crônicas; definir os resultados de enfermagem para pacientes com feridas crônicas, a partir da Classificação dos Resultados de Enfermagem e construir um instrumento final que contemple as etapas do processo de enfermagem.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e analítico com abordagem quantitativa que foi delineado em etapas para o alcance da implantação do PE no Ambulatório de Avaliação e Tratamento de Feridas Anna Nery. A coleta de dados foi realizada de março a abril de 2019, após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM (Parecer nº 3.165.739).

Participaram deste estudo os 26 pacientes atendidos no Ambulatório Anna Nery, que possuem úlceras crônicas nos membros inferiores e 5 enfermeiros especialistas em tratamento e em avaliação de feridas crônicas de Patos de Minas - MG.

Na primeira etapa de desenvolvimento deste estudo, foi realizada a validação de um instrumento de coleta de dados já existente no ambulatório e fundamentado no modelo conceitual de Wanda Aguiar Horta (1979), o qual se baseia no atendimento as necessidades humanas básicas psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais afetadas. O instrumento permite realizar uma entrevista e anamnese abrangente com os pacientes em atendimento no ambulatório para posteriormente escolher os diagnósticos de enfermagem existentes.

Para validação do instrumento de coleta de dados, foi realizado o convite via e-mail a cinco enfermeiros *expertises* na área em tratamento e avaliação de feridas. Para cada enfermeiro, foi encaminhado o instrumento de coleta de dados contemplando a anamnese e exame físico e um questionário composto por perguntas norteadoras para avaliação relacionadas quanto à forma de apresentação dos conteúdos do instrumento de coleta de dados, sugestões quanto à retirada e acréscimo ou modificações de itens. Após sugestões das *expertises*, o instrumento de coleta de dados foi reformulado e aplicado aos pacientes para validação.

A segunda etapa consistiu da validação de diagnósticos e prescrições de enfermagem propostos por estudos realizados anteriormente (RIBEIRO; SANTANA; GONÇALVES, 2018; FONSECA; SANTANA; GONÇALVES, 2018). Nesta, os pacientes foram novamente avaliados através da anamnese e do exame físico e, posteriormente, foi desenvolvido o raciocínio diagnóstico com base em análise e síntese de dados (CARVALHO *et al.*, 1996) e verificada a possibilidade de retirar ou manter os diagnósticos de enfermagem já existentes.

Ainda na etapa citada anteriormente, foi realizada a validação de prescrições de enfermagem, o que possibilitou elencar as prescrições de cuidados realizados no atendimento as pessoas com úlceras crônicas em membros inferiores. Nesse momento, foi considerada também a possibilidade de acrescentar, adequar ou retirar as prescrições de enfermagem já predefinidas (FONSECA; SANTANA; GONÇALVES, 2018).

Na terceira etapa, foi traçado o perfil de resultados de enfermagem por meio do NOC que compõe também a segunda etapa do processo de enfermagem, pois se recomenda que, para cada diagnóstico de enfermagem, exista um resultado esperado, ou seja, o que se deseja alcançar (BARROS *et al.*, 2015).

Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva, por meio da frequência simples e absoluta, os quais foram compilados no Programa estatístico *Statistical Package for the Social Scienses* (SPSS) versão 23.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS *EXPERTISES* NO TRATAMENTO DE FERIDAS

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos cinco profissionais de enfermagem participantes da pesquisa. Nota-se que somente 40% dos participantes possuem especialização na área de feridas.

A assistência a pacientes com feridas é uma especialidade dentro da enfermagem, reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBEND) e Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

Caracterização	Variáveis	N	%
Gênero	Feminino	04	80
	Masculino	01	20
Faixa etária (em anos)	20-30	01	20
	31-40	02	40
	41-50	02	40
Possui especialização	Sim	02	40
	Não	03	60

Fonte: dados coletados pelas autoras, 2019 – Patos de Minas/ MG – mar./abr. 2019.

O enfermeiro estomaterapeuta foca na assistência a estomas, lesões de pele e incontinência anal e/ou urinária. O enfermeiro especialista é um profissional qualificado, habilitado e competente na assistência aos cuidados, podendo garantir uma hospitalização de tempo reduzido e qualidade no atendimento.

3.2 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE DADOS

Em relação aos resultados sobre o instrumento de anamnese e exame físico avaliado pelos enfermeiros (Tabela 2), destaca-se que 60% dos enfermeiros responderam que o instrumento está adequado conforme as necessidades dos pacientes e 80% sugeriram a retirada ou acréscimo de algum item.

Tabela 2: Validação do Instrumento de Anamnese e exame físico

Caracterização	Variáveis	N	%
O instrumento está adequado quanto à forma de apresentação dos conteúdos, aborda as principais necessidade psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais afetadas no paciente?	Sim	03	60
	Não	02	40
Você sugere a retirada ou acréscimo de algum item?	Sim	04	80
	Não	01	20
Este instrumento possibilita o levantamento de problemas de enfermagem de forma abrangente e necessários para o desenho dos principais diagnósticos e prescrições de enfermagem?	Sim	03	60
	Não	02	40

Fonte: dados coletados pelas autoras, Patos de Minas – MG, mar./abr., 2019.

O instrumento de teste continha 14 categorias, conforme os enfermeiros avaliaram foram realizadas as mudanças, seguindo a linha de necessidades básicas de Wanda Horta. Com as mudanças o instrumento passou a conter 25 categorias, em que foram específicas e diretas para pacientes com feridas crônicas.

As categorias validadas no instrumento final foram: aspectos gerais de identificação do paciente, problemas de saúde relatados, tabagismo, etilismo, histórico de alergia, medicamentos de uso atual, estado de nutrição e hidratação, eliminação, sono e repouso, vida sexual e amorosa ativa, locomoção e mecânica corporal, cuidado corporal, integridade cutânea mucosa, classificação da ferida, característica da lesão, regulação térmica, regulação neurológica, regulação imunológica, regulação vascular, percepção dolorosa, segurança física, terapêutica/aprendizagem, condições psicoemocionais e o cálculo do índice tornozelo braquial (ITB).

O instrumento fornece dados primordiais para o direcionamento da assistência na consulta de enfermagem, possibilita uma avaliação padronizada de problemas reais ou eventuais que o paciente possa vir a ter, operacionaliza o PE e favorece os registros de enfermagem (FONSECA *et al.*, 2019; PIMENTEL, 2018).

Silva *et al.* (2015) relatam a realização da assistência integral; deve ser pautada na investigação dos fatores psicobiológicos, biopsicossociais e biopsicoespirituais, que poderão estar prejudicados, tanto no paciente quanto na sua rede familiar. A cronicidade da ferida interfere nas relações sociais, no ambiente de trabalho e no convívio familiar (AGUIAR *et al.*, 2016).

3.3 VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Foram totalizados e validados 15 diagnósticos de enfermagem e 44 prescrições de enfermagem que foram acrescentadas e complementadas. Os diagnósticos e prescrições são realizados em todas as consultas do paciente. Foi observado que contemplam todas as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais que podem estar afetadas nos pacientes com feridas crônicas.

Para o diagnóstico de enfermagem “Obesidade”, foi acrescentada como atividade de enfermagem: encaminhar o paciente para o nutricionista. Para os diagnósticos de enfermagem de “Disposição para esperança melhorada”, “Desesperança” e “Baixa autoestima situacional”, as atividades de enfermagem compreenderam: encaminhar o paciente para psicologia e para terapia complementar Reiki.

O Reiki é uma prática integrativa e complementar natural, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). É considerada uma nova forma de cuidado holístico, integralizado e humano. A técnica pode ser realizada em qualquer pessoa, para diminuir as queixas de dor e desconforto, sentimento de solidão e inadequação, ocasionando paz, conforto e harmonia. Também contribui para o controle da ansiedade, pode ser realizada pelo enfermeiro como meio de apoio ao tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Para os diagnósticos de “Integridade da pele prejudicada”, “Integridade tissular prejudicada” e “Conhecimento deficiente”, foram acrescentados à atividade voltada ao cuidado em casa: orientar o paciente a proteger a ferida e não molhar o curativo na

hora do banho. Há alguns estudos que indicam a utilização da água corrente na limpeza das feridas, mas Borges (2012) argumenta que não se deve utilizar a água, pois, muitas vezes, não existe o conhecimento sobre a qualidade da água, o que pode favorecer o risco de infecção.

No processo de validação, algumas atividades foram adequadas à realização do curativo: utilizar o soro fisiológico aquecido em jato com seringa de 20 ml e agulhas 40x12 e 25x08; manipular os materiais de forma asséptica; trocar de luvas após remoção do curativo; utilizar luvas estéreis na colocação das coberturas primárias quando necessário; explicar ao paciente ou ao cuidador a cobertura utilizada, quando e como deve ser realizada a troca, a fim de evitar o risco de infecção.

O produto mais utilizado na limpeza das feridas é o soro fisiológico (0,9%). É uma solução que não prejudica o processo de cicatrização, não causa trauma nos tecidos e tem o mesmo pH do plasma (SANTOS *et al.*, 2016). A temperatura de uma ferida deve estar equilibrada com a temperatura normal do corpo humano entre 36°C e 37,4°C. Quando há diminuição dessa temperatura, ocorre vasoconstrição, o que atrasa o processo de cicatrização. Sendo assim, é indicada a solução salina preaquecida na temperatura de $\pm 37,5^{\circ}\text{C}$ (BEZERRA, 2015).

Por meio dos diagnósticos e prescrições de enfermagem traçados, a equipe de enfermagem realizou uma assistência individualizada, holística e humanizada. Dessa forma, a documentação e a disponibilização das informações sobre o procedimento favorecem a aplicação do conhecimento teórico na prática e fortalecem os estudos científicos.

3.4 IDENTIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Após os diagnósticos de enfermagem e as atividades serem validados, foram identificados os resultados de enfermagem, utilizando a NOC. Foram identificados e validados 15 resultados de enfermagem. Foram verificados os resultados de enfermagem identificados para os diagnósticos de enfermagem mais frequentes, ou seja, presentes em 100% da população estudada (Tabela 3).

Tabela 3: Diagnósticos e resultados de enfermagem

Diagnóstico de enfermagem	Resultados de enfermagem
Integridade da pele prejudicada	Cicatrização de feridas: segunda intenção
Deambulação prejudicada	Locomoção: caminhar
Dor crônica	Nível de dor
Risco de infecção	Controle de riscos
Perfusão tissular periférica ineficaz	Integridade tissular: Pele e mucosas

Fonte: Adaptado de Ribeiro, Santana, Gonçalves, 2018.

De acordo com o Moorhead *et al.* (2015), o resultado de cicatrização de feridas por segunda intenção é definido como alcance da regeneração de células e tecidos em ferimento aberto.

O enfermeiro é o profissional imprescindível no tratamento de feridas crônicas. Para atuação no campo, é necessário um comprometimento profissional,

conhecimentos científicos, frequente atualização, olhar clínico e utilização da sistematização à assistência (BARATIERI; SANGALETI; TRINCAUS, 2015).

O resultado de “Locomoção: caminhar” é a capacidade de caminhar de um lugar a outro, de modo independente, com ou sem dispositivo (MOORHEAD *et al.*, 2015). Segundo Vieira *et al.* (2015), a deambulação é uma forma econômica e prática de realizar atividade física. A diminuição ou a dificuldade em caminhar geram dependência, necessitando de um cuidador ou familiar.

O resultado Nível de dor é definido pela gravidade da dor observada ou relatada. O local da ferida e a dor, muitas vezes, impossibilitam o paciente a caminhar ou realizar exercícios físicos (MOORHEAD *et al.*, 2015).

O enfermeiro pode utilizar terapias complementares com o objetivo de amenizar a dor, como musicoterapia, aromaterapia, ambiente tranquilo e realização do Reike. São medidas simples que se apresentam eficazes (LIMA, CARVALHO, GOMES, 2014). No ambulatório, as terapias complementares já são cotidianas do ambulatório. A última a ser inserida foi a terapia natural Reiki, que começou a ser usada em setembro de 2018.

A musicoterapia é a mais utilizada no ambulatório. Em um estudo, Nemes e Souza (2018) argumentam que a música contribui para o alívio da dor, acalma, induz ao sono, neutraliza a apreensão ou o medo e diminui a tensão muscular, promovendo o relaxamento.

Risco de infecção é o diagnóstico mais prevalente nos pacientes com feridas crônicas. Foi identificado como resultado de enfermagem o Controle de risco, que tem como definição ações pessoais para compreender, prevenir, eliminar ou reduzir ameaças à saúde, passíveis de modificação (MOORHEAD *et al.*, 2015).

A infecção retarda o processo de cicatrização, o que leva a hospitalizações e ao aumento no custo de tratamento, além da diminuição da qualidade de vida do paciente. Na realização do procedimento, o profissional pode causar contaminação ou até mesmo ser transmissor de microorganismos, por isso deve estar atento na higienização das mãos antes e após o procedimento, no uso de máscara, na touca, no jaleco ou no avental cirúrgico e nas luvas de procedimento ou esterilizadas (GALDINO-JUNIOR *et al.*, 2018).

Além disso, existem outros fatores de riscos que precisam ser evitados e/ou controlados, como o uso do tabaco. O cigarro contém substâncias vasoconstritoras, que diminuem o calibre dos vasos, limitando o aporte sanguíneo, o que pode desencadear a morte celular. Nos tabagistas, a vitamina C é reduzida, que é relevante para síntese de colágeno, uma proteína essencial para a constituição da matriz extracelular. Devido a esses fatores, o paciente fumante tem maior risco a infecções e retardo na cicatrização (CAVICHIO *et al.*, 2014).

Na perfusão periférica tissular ineficaz, foi selecionado como resultado a integridade tissular pele e mucosas. Na avaliação do paciente, é importante observar a pele perilesional. Pacientes com doença arterial apresentam pele fria, perda de pelo na perna, palidez e ausência dos pulsos periféricos; já na doença venosa, o paciente apresenta eczema, hiperpigmentação, lipodermatoesclerose e pulsos periféricos palpáveis (BORGES, 2012).

Os demais resultados de enfermagem identificados foram: esperança, participação em programa de exercício físico, equilíbrio hídrico, nível de depressão, sono, comportamento de adesão à dieta saudável, conhecimento no controle do diabetes mellitus, perfusão tissular periférica, autoestima e comportamento de saúde.

Com os resultados de enfermagem traçados, é possível avaliar o estado do paciente. Cada resultado tem possíveis indicadores que auxiliam na avaliação da condição do paciente, sendo possível apresentar metas a serem alcançadas (BARROS *et al.*, 2015). Nos resultados realizados no estudo, foram traçados os principais indicadores conforme o NOC; com a implantação do prontuário eletrônico será possível mensurar o estado do paciente.

O tratamento ao paciente com feridas, independentemente da sua causa ou etiologia, é específico da área da enfermagem e exige intervenções e prescrições fundamentadas em evidências. Desse modo, observa-se que o tratamento das feridas abrange vários aspectos desde a avaliação criteriosa da ferida e do paciente e escolha de produtos e procedimentos à participação ativa da família (SANTOS *et al.*, 2017).

Ao desempenhar o PE, o enfermeiro potencializa os níveis de saúde, resultando na prevenção de possíveis complicações. Nesse contexto, na assistência ao tratamento de feridas, o enfermeiro tende a ir além do cuidado voltado à cicatrização: desenvolve um olhar holístico e reflexivo, promovendo cuidados e intervindo neles. (JOAQUIM *et al.*, 2016).

4 CONCLUSÃO

Neste estudo, foi possível reorganizar e reestruturar o instrumento de coleta de dados e exame físico de acordo com as necessidades humanas básicas de Wanda Horta. Do mesmo modo foram reestruturados os 15 diagnósticos e 44 prescrições de enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento do cuidado de forma integral e humanizada. Foram traçados 15 resultados de enfermagem, que direcionam o profissional no cuidado, de modo a garantir a resolução das necessidades psicobiológicas, psicossocial e psicoespirituais afetadas.

Com a utilização das terapias complementares no ambulatório, foram observados bem-estar do paciente e melhoras no tratamento. A musicoterapia acalma o paciente principalmente na realização do curativo, que, para muitos, é momento de dor. Com a aromaterapia, o ambiente se torna mais agradável, através de essências de óleos vegetais essenciais, que auxiliam na melhora da qualidade de vida. Com o Reiki, os pacientes relataram sentimento de paz, tranquilidade e diminuição da dor. Com as terapias complementares, foi possível realizar o tratamento das lesões de forma holística e humanizada.

Com o PE, é documentado o que é realizado no tratamento do paciente, sendo mensurado como foram realizados o curativo, as orientações e as condutas. Dessa forma, conforme a resolução do COFEN 358/2009, o ambulatório se torna legal nos aspectos éticos da enfermagem. Assim com o instrumento, o profissional consegue saber quais condutas são necessárias, o que realizar e como realizar. De uma forma holística, é possível encaminhar o paciente a outros profissionais de saúde quando necessário.

No campo de ensino atual, o discente tem pouca experiência em realizar o processo de enfermagem na prática. Com a sua implantação, os alunos entenderão a real importância e como funciona o processo de enfermagem, além de desenvolverem raciocínio clínico. Neste momento, o instrumento de diagnósticos, resultados e atividades de enfermagem está sendo realizado no papel; no entanto os alunos do curso de Sistemas de Informação também do Centro Universitário de Patos de Minas estão em processo de desenvolvimento do prontuário eletrônico; assim todo processo será feito por meio da tecnologia.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C. S. A. *et al.* Social repercussions experienced by elderly with venous ulcer. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, 2016. Disponível em: 10.1590/1983-1447.2016.03.55302. Acesso em: 15 set. 2018.

BARATIERI, T.; SANGALETI, C. T.; TRINCAUS, M. R. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre avaliação e tratamento de feridas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 4, n. 1, p. 2-15, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1259>. Acesso em: 21 set. 2018.

BARROS, A. L. B. L. *et al.* **Processo de enfermagem**: guia para prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <http://bibliotecavirtualitl.com/bitl/bitstream/123456789/195/1/SAE-web.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

BELAVER, V.; CECCHETTO, F. H. Evolução histórica da sistematização da assistência em enfermagem no Brasil. **Revista Cuidado em Enfermagem**, Cachoeirinha (RS), v. 2, n. 2, p. 55-64, jan. 2016. Disponível em: ojs.cesuca.edu.br/index.php/revistaenfermagem/article/view/1053/788. Acesso em: 20 out. 2018.

BEZERRA, J. E. C. **Limpeza de feridas**: caracterização e validação de protótipo para aquecimento de soro fisiológico e normatização de seu uso em unidades ambulatoriais. 217 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

BORGES, E. L. **Feridas**: úlceras dos membros inferiores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CARVALHO, E. C. *et al.* O processo de diagnosticar e o seu ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 33-43, abr. 1996. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/329.pdf>. Acesso em: 23 out. 2018.

CAVICHIO, B. V. *et al.* Tempo de cessação do tabagismo para a prevenção de

complicações na cicatrização de feridas cirúrgicas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 174-180, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-170.pdf. Acesso em: 18 ago. 2019

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução COFEN-272/2002**. Revogada pela Resolução Cofen nº 358/2009: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileira. Rio de Janeiro, 27 de ago. 2002. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluacofen-n-3582009_4309.html. Acesso em: 23 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução COFEN-358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 23 out. 2018.

FONSECA, L. L. A.; SANTANA, A. C.; GONÇALVES, O. Mapeamento de cuidados de Enfermagem no atendimento a pacientes com feridas crônicas em membros inferiores. **Revista Perquirere**, Patos de Minas- MG, v.15, n. 4, p. 15-30, 2018. Disponível em: <http://perquirere.unipam.edu.br/perquirere-vol.-15-n.-4-set./dez.-2018>. Acesso em: 24 fev. 2018.

FONSECA, R. *et al.* **Elaboração de um instrumento para implantação do processo de enfermagem: relato de experiência**. MOSTRA INTERDISCIPLINAR DO CURSO DE ENFERMAGEM, Quixadá – CE, v. 4, n. 2, jun. 2019. ISSN 2448-1203. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/3382>. Acesso em: 26 ago. 2019.

GALDINO-JÚNIOR, H. *et al.* Adesão às precauções padrão durante a realização de curativos pela equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 22, 2018. Disponível em: <https://doi.galoa.com.br/digital-object/267>. Acesso em: 03 out. 2019.

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

JOAQUIM, F. L. *et al.* Reflexão acerca do atendimento domiciliar realizado por enfermeiros no tratamento de úlceras venosas. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 10, n. 2, p. 664-668, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11003/12367>. Acesso em: 08 nov. 2018.

LIMA, M. S. F. S.; CARVALHO, E. S. S.; GOMES, W. S. Diagnósticos de enfermagem em mulheres usuárias de bota de unna. **Revista Baiana de Enfermagem**, Bahia, v. 28, n. 2,

p.156-167, 2014. Disponível em:

<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/9932/8867>. Acesso em: 15 ago. 2019.

MARINELLI, N. P.; SILVA, A. R. A.; SILVA, D. N. O. Sistematização da Assistência de Enfermagem: desafios para a implantação. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 4, n. 2, p. 254-263, 2015. Disponível em:

<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/523/553>. Acesso em: 30 out. 2018.

MOORHEAD, S. *et al.* **Classificação dos resultados de enfermagem NOC**. Tradução Regina Machado Garcez. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020**/ [NANDA Internacional]. Tradução Regina Machado Garcez. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NEMES, M. C.; SOUZA, L. M. F. O. L. Musicoterapia receptiva no tratamento da dor crônica. **Revista InCantare**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 1-108, jun. 2018. Disponível em: <http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/view/2394/1605>. Acesso em: 26 Ago. 2019.

OLIVEIRA, C. *et al.* Reiki na ansiedade de idosos institucionalizados. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 62-67, 2015. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/168/875>. Acesso em: 26 ago. 2019.

OTONI, A. *et al.* O processo de enfermagem como metodologia de assistência em um setor de nefrologia. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 5, n. 2, p. 1704-1713, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/496/871>. Acesso em: 22 out. 2018.

PIMENTEL, T. S. **Construção e validação do instrumento para consulta de enfermagem ao indivíduo com diabetes mellitus tipo 2**. 2018. 130 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2018. Disponível em:

https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/8534/2/THIAGO_SOUZA_PIMENTEL.pdf. Acesso em: 26 ago. 2019.

RIBEIRO, L. K. T.; SANTANA, A.C.; GONÇAVES, O. Perfil de Diagnósticos de Enfermagem em pacientes com úlceras crônicas em membros inferiores. **Revista Perquirere**, Patos de Minas, v. 15, n.4, p. 1-13, 2018. Disponível em:

<http://perquirere.unipam.edu.br/perquirere-vol.-15-n.-4-set./dez.-2018>. Acesso em: 24 fev. 2019.

SANTOS, E. *et al.*. A eficácia das soluções de limpeza para o tratamento de feridas: uma revisão sistemática. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. IV, n. 9, p. 133-144, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16011>. Acesso em: 26 ago. 2019.

SANTOS, L. S. F. *et al.* Jogo da memória sobre feridas e curativos como estratégia de ensino-aprendizagem. **Revista Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 21, p. 73-77, 2017. Disponível em: <http://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/288/179>. Acesso em: 03 out. 2019.

SEIGNEMARTIN, B. A. *et al.* Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1123-1132, 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3724>. Acesso em: 02 nov. 2018.

SHOJI, S. *et al.* Cuidado de enfermagem em Estomaterapia e o uso das tecnologias. **Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 169-177, 2017. Disponível em: [10.5327/Z1806-3144201700030008](https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700030008). Acesso em: 11 set. 2019.

SILVA, D. C. *et al.* Experiences constructed in the process of living with a venous ulcer. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 13-19, jan/mar 2015. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/37784-151059-1-PB.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

VIEIRA, C. M. A. M. *et al.* Diagnóstico de enfermagem “deambulação prejudicada” no paciente idoso: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 36, n. 1, p. 104-111, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.48602>. Acesso em: 15 ago. 2019