



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO
HOSPITALAR – MESTRADO PROFISSIONAL

MÁURIA CAVALCANTE VIÉGAS

ÚLCERA DE PERNA: UM ESTUDO SOBRE REGISTRO DE DIAGNÓSTICO E
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIO

RIO DE JANEIRO

2019

MÁURIA C. VIÉGAS

**ÚLCERA DE PERNA: UM ESTUDO SOBRE REGISTRO DE DIAGNÓSTICO E
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIO**

Trabalho apresentado à Coordenação de
Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia
no Espaço Hospitalar com vista à obtenção do
título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dra. Nêbia M. A. de
Figueiredo

Rio de Janeiro

2019

Catálogo informatizada pela autora

VV656 Viégas, Máuria Cavalcante
Úlcera de perna: um estudo sobre registro de diagnóstico e intervenção de enfermagem em prontuário / Máuria Cavalcante Viégas. -- Rio de Janeiro, 2019.
128

Orientador: Nêbia Maria Almeida Figueiredo.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, 2019.

1. Úlceras de perna. 2. Úlcera venosa. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Diagnóstico de enfermagem. 5. Tecnologias. I. Figueiredo, Nêbia Maria Almeida, orient. II. Título.

MÁURIA C. VIÉGAS

**ÚLCERA DE PERNA: UM ESTUDO SOBRE REGISTRO DE DIAGNÓSTICO E
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIO**

Trabalho apresentado à Coordenação de
Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia
no Espaço Hospitalar com vista à obtenção do
título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dra. Nélia M. A. de
Figueiredo

Aprovação: _____

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Nélia Maria Almeida de Figueiredo – UNIRIO – Presidente

Prof.^a Dra. Silvia Teresa Silva – UFRJ – 1º examinador

Prof.^a Dra. Daniele Galdino – UNIRIO – 2º Examinador

Prof. Dra. Isaura, Setenta Porto – UFRJ – 1º Suplente

Prof. Dr. Daniel Aragão Machado – UFRJ – 2º Suplente

Rio de Janeiro

2019

Aos pacientes, por estimularem a busca do conhecimento.
À Enfermagem, por me fazer compreender o Ser Humano em sua totalidade.

AGRADECIMENTOS

À Airá, à Yemojá, a Oluaye e gbogbo òrìsà, por se fazerem presentes em todos os momentos e por me permitirem trilhar essa jornada de grande aprendizado.

Aos meus ancestrais biológicos, por me proporcionarem, com erros e acertos, a base para a construção da pessoa que sou hoje.

À minha Professora e orientadora Prof.^a Dra. Nélia Maria de Almeida Figueiredo, pela paciência incansável nas orientações, pelo estímulo, por me fazer crer, por não me permitir desistir, por compartilhar seu conhecimento, pela oportunidade de conhecer de perto a pessoa Nélia. Levarei comigo seu exemplo, sua força, sua determinação, seu amor pela enfermagem e sua forma muito própria de ensinar e tornar as coisas simples em sua totalidade.

Às amigas Cantinilia Pinheiro, Denise Rego e Carla Soares, por estarem comigo por longos anos incondicionalmente, por entenderem o distanciamento, as manias, os silêncios, sem prejuízo da amizade, do sentimento de fraternidade. À amiga Yvana Marques Pereira, por compreender minha ausência das nossas trilhas e se mostrar sempre atenciosa. Carinho enorme por vocês, somos um reencontro.

À minha sobrinha Ana Cristina Souza e à Heloisa Furia Cesar, pela ajuda na orientação das análises estatísticas do projeto.

Ao Enfermeiro Ms. Antônio Martins José, pelo constante incentivo e por proporcionar condições de trabalho durante sua gestão como Superintendente de Enfermagem. Ao Prof. Dr. Daniel Aragão Machado, por apoiar e consolidar a Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas através de portaria durante sua gestão como Superintendente de Enfermagem. O primeiro passo para o resultado está no entendimento pelos gestores da importância de um serviço especializado.

À Enfermeira Ms. Maria Helena Amaral, que, desde os primórdios, torce, estimula, apoia, e que contribuiu muito para o início da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas.

Às Enfermeiras Maria da Penha Pinheiro, Prof. Dra. Mônica Carreiro, pelas orientações iniciais para elaboração deste projeto. À Stella Reanult e Milena Banic, pela torcida.

Aos amigos, a quem disse tantos não e mesmo assim se mantiveram fiéis e na torcida com palavras reconfortantes. Não esqueci e não me esquecerei de vocês (Mari Saes, Lindonora Oliveira, Rose Silva).

Aos colegas de trabalho, pela confiança!

A todos que passaram por mim até o momento, pelo entendimento da importância e aceitação da temporalidade dos encontros.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia no Espaço Hospitalar, por entender a importância deste estudo para a enfermagem e me permitir desenvolver este projeto. Aos Professores, pelo conhecimento compartilhado. Prof. Dr. Osnir Claudiano, sua aula deixou sementes.

Aos Professores Doutores da Banca de Qualificação, pelas orientações que contribuíram para o engrandecimento do estudo.

Ao meu filho, que, sem perceber, é meu estímulo pra seguir adiante.

Ao meu pai, amigo, conselheiro, Geraldo de Yemojá, pelo acolhimento, aprendizado e orientações.

Pedro Diego Rocha, você sempre me perguntando sobre o Mestrado; sem saber, você também me fez chegar até aqui.

Gratidão!

Àse.

Seria uma contradição se, inacabado e consciente do inacabamento, primeiro, o ser humano não se inscrevesse ou não se achasse predisposto a participar de um movimento constante de busca e, segundo se buscasse sem esperança.

Paulo Freire

RESUMO

A enfermagem vem buscando estabelecer sua sistematização do cuidado a partir de um conhecimento científico próprio, diferente do saber biomédico que se propõe a assistir e restabelecer o cliente à sua condição de saúde. Esta pesquisa tem como objetivo destacar os diagnósticos de enfermagem das intervenções realizadas nos cuidados com as úlceras de perna em prontuários existentes no ambulatório de cirurgia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) e propor a instituição, nas consultas de enfermagem, de um processo de cuidar de úlceras de perna através de um Guia de Orientações em forma de aplicativo móvel que oriente as intervenções e diagnósticos de enfermagem. Trata-se de um estudo retrospectivo desenvolvido em um Hospital Universitário no Rio de Janeiro. Foram analisados 39 prontuários de clientes atendidos no Ambulatório de Cirurgia Vascular que apresentavam úlceras de perna. Para a avaliação, buscamos registros relacionados às dimensões do corpo e vida dos clientes; os propósitos da enfermagem que cuida de úlceras venosas e diagnósticos de enfermagem. Como resultados, encontramos: maior prevalência de úlceras em mulher (61,5%) e na faixa etária acima de 50 anos; não houve diferenças entre a cor branca (38,5%) e preta (35,9%); como em outros estudos, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) teve maior frequência (53,8%), seguida de *Diabetes Mellitus* (DM) (25,6%) e cardiopatia (15,4%); quanto ao etilismo e tabagismo, 87,2% bebem e 64,1% não fumam; a incidência de úlcera venosa foi de 82,2%; quanto ao local onde moram, 46,2% residem no estado do Rio de Janeiro e apenas 5,1% residem na Área Programática do Hospital; 17,1% dos clientes apresentavam lesões nos dois membros, com prevalência de 43,6% no membro inferior direito (MID); quanto ao tempo de evolução, 28,5% apresentavam lesão entre 5 e 10 anos e 30,8% inferior a 1 ano; quanto às características das lesões, encontramos: esfacelo (69,2%), maceração (46,2%), granulação (41,0%) e necrose de coagulação (15,4%); em relação à pele ao redor, observamos: dermatite (25%), erisipela (2,6%) e linfedema (17,9%). Quanto à terapia tópica foram registrados: Papaína (33,3 %), Irurol® (23,1%) e Hidrogel (7,7%,); 64,1% receberam cuidados para desbridamento enzimático e autolíticos e 79,5% tiveram indicação de sistema de compressão. Na segunda análise, trazemos registros que encontramos sobre diagnósticos de enfermagem baseados em Wanda Horta. Na análise de conteúdo desses registros, encontramos um total de 320 encontros (consultas) com média de 1 a 20 consultas, resultando na leitura de 507 palavras (códigos) em que encontramos 236 cuidados captados por palavras; 114 registros relacionados ao Diagnóstico de Wanda Horta e 157 ausências de registros sobre cuidado. Detectamos 100% dos registros nas dimensões Fisicobiológicas, 61,5% em Detectar sinais e sintomas e 92,3% em Implementar cuidados e prescrições, o que denota um padrão biomédico e encontramos 87,2% de ausência de registros na dimensão Psicobiológica. Através da análise do teste exato de Fisher, buscando associações entre as variáveis do Objetivo do cuidado, Dimensões e Diagnóstico, apenas em 7 situações encontramos $p < 0,05$: dependência de ajuda, orientação; e encaminhamento relaciona-se a Prevenir doença, Restabelecer, Reabilitar e Promover saúde. Através da análise dos dados, identificamos a necessidade de criar tecnologias que orientem o profissional nos registros dos cuidados e na orientação do cuidado. Como produto final foi criado um aplicativo-protótipo com informações para uma prática sistematizada para o cuidado de pacientes com úlcera venosa. Conclusões: os dados confirmam o que está dito sobre os registros de enfermagem, no entanto os elementos dos diagnósticos que estão nos registros se mostram de modo velado.

Palavras-chave: Úlceras de perna; Úlcera venosa; Cuidados de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Tecnologias.

ABSTRACT

Nursing has sought to establish its systematization of care based on its own scientific knowledge, different from biomedical knowledge, which proposes to assist and restore clients to their health condition. This research aims to highlight the nursing diagnoses of the interventions performed in the care of leg ulcers in existing records at the Surgery Outpatient Clinic of the Hospital Universitário Gaffrée and Guinle (HUGG) and to propose the establishment, in nursing consultations, of a process of caring for leg ulcers through an Orientation Guide in the form of a mobile application that will guide nursing interventions and diagnoses. This is a retrospective study developed at a University Hospital in Rio de Janeiro. 39 medical records of clients who had leg ulcers and were attended in the Vascular Surgery Outpatient Clinic were analyzed. For the evaluation, we sought records related to the dimensions of the body and life of the clients, the purposes of nursing care for venous ulcers, and nursing diagnosis. As a result, we found: a higher prevalence of ulcers in women (61.5%) and in the age group over 50 years; there were no differences between white (38.5%) and black (35.9%); as in other studies, systemic arterial hypertension (HAS) had a higher frequency (53.8%), followed by *Diabetes Mellitus* (DM) (25.6%) and heart disease (15.4%); regarding alcohol consumption and smoking, 87.2% drink and 64.1% do not smoke; the incidence of venous ulcer was 82.2%; as to where they live, 46.2% live in the State of Rio de Janeiro and only 5.1% live in the Programmatic Area of the Hospital; 17.1% of the clients presented lesions in both limbs, with a prevalence of 43.6% in the right lower limb; regarding the time of evolution, 28.5% presented lesions for 5 to 10 years and 30.8% for less than 1 year; regarding the characteristics of the lesions, we found: slough (69.2%), maceration (46.2%), granulation (41.0%) and coagulative necrosis (15.4%); in relation to the surrounding skin, dermatitis (25%), erysipelas (2.6%) and lymphedema (17.9%). As for topical therapy, records showed: Papain (33.3%), Irujol® (23.1%) and Hydrogel (7.7%); 64.1% received care for enzymatic and autolytic debridement, and 79.5% had indication for compression system. In the second analysis, we present records we found about nursing diagnoses based on Wanda Horta. In the content analysis of such records, we found a total of 320 encounters (consultations) with an average of 1 to 20 consultations, resulting in the reading of 507 words (codes) in which we found 236 care practices obtained by words; 114 records related to Wanda Horta diagnosis and 157 absences of records about the care. We detected 100% of the records in the Physical/biological dimensions, 61.5% in Detecting signs and symptoms, and 92.3% in Implementing care and prescriptions, which denotes a biomedical pattern, and found 87.2% absence of records in the Psychobiological dimension. Through analysis of the Fisher's exact test, seeking associations among the variables of Objective of care, Dimensions and Diagnosis, only in 7 situations we found $p < 0.05$: care dependence, orientation; and referrals are related to Prevent illness, Restore, Rehabilitate and Promote health. Through the data analysis, we identified the need to create technologies that will guide the professional in the recording of care and in care orientation. As a final product, a prototype application with information for a systematized practice for the care of patients with venous ulcers was created. Conclusions: the data confirm what is said about the nursing records, however the elements of the diagnoses that are on the records are shown in a veiled way.

Keywords: Leg ulcers; Venous ulcer; Nursing care; Nursing diagnosis; Technologies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Funções da enfermeira segundo Wanda Horta.....	44
Figura 2 –	Esquema da estrutura teórica (contexto e conteúdo da proposta).....	48
Figura 3 –	<i>Modus operandi</i>	49
Figura 4 –	Operacionalização.....	50
Figura 5 –	Diagnósticos de Wanda Horta.....	61
Figura 6 –	Apresentação inicial na plataforma da Fábrica de Aplicativos.....	94
Figura 7 –	URL do aplicativo e <i>QR code</i>	95
Figura 8 –	Página de fundo do aplicativo.....	95
Figura 9 –	Página inicial com 9 abas/ícones intuitivos.....	95
Figura 10 –	O ícone Avaliação geral contém 4 subabas.....	96
Figura 11 –	O ícone Avaliação da lesão se subdivide em 12 abas.....	97
Figura 12 –	Ícone de Diagnósticos de Wanda Horta, direciona para 5 abas.....	101
Figura 13 –	O ícone Terapia tópica expande para 12 subabas.....	102
Figura 14 –	Ícone terapia compressiva: 4 sub abas.....	106
Figura 15 –	Ícone prevenção de recidivas com 1 sub aba.....	107
Figura 16 –	Ícone Formulário para Registro.....	107
Figura 17 –	Aba após submissão dos dados.....	111
Figura 18 –	Último ícone com dados para contato com desenvolvedor do aplicativo.....	111
Figura 19 –	<i>QR code</i> para acesso ao aplicativo.....	111
Figura 20 –	Ficha de avaliação de feridas.....	122

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Idade e sexo.....	55
Gráfico 2 –	Cor.....	56
Gráfico 3 –	Tipos de lesões.....	57
Gráfico 4 –	Esquema conceitual do processo velado.....	72
Gráfico 5 –	Modo de registrar dos enfermeiros.....	74
Gráfico 6 –	Registros da sistematização.....	76
Gráfico 7 –	Horta “re” velada.....	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Classificação clínica [C]: <i>clinical signs</i>	30
Quadro 2 –	Comparação entre úlceras venosas e arteriais.....	34
Quadro 3 –	Características dos sintomas neuropáticos.....	35
Quadro 4 –	Classificação do risco, recomendações e acompanhamento periódico, segundo o nível de atenção à saúde (ADA, AACE e SBD).....	38
Quadro 5 –	Códigos utilizados para análise dos prontuários.....	54
Quadro 6 –	Presença dos elementos dos cuidados de Horta nos registros de enfermagem no prontuário.....	62
Quadro 7 –	Instrumento orientador de coleta de dados do prontuário.....	67
Quadro 8 –	Orientações sobre dados para construção do histórico.....	83
Quadro 9 –	Diagnósticos de enfermagem baseados em Wanda Horta.....	84
Quadro 10 –	Sobre úlcera venosa.....	84
Quadro 11 –	Avaliação da lesão.....	85
Quadro 12 –	Terapia tópica.....	87
Quadro 13 –	Terapia compressiva.....	91
Quadro 14 –	Resultados esperados.....	93
Quadro 15 –	Prevenção.....	93
Quadro 16 –	Instrumento orientador de coleta de dados nos prontuários.....	120
Quadro 17 –	Distribuição por área programática.....	121
Quadro 18 –	Análise inferencial dos objetivos do cuidado com relação de dependência.....	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Fatores associados à doença venosa.....	56
Tabela 2 –	Distribuição por área programática.....	57
Tabela 3 –	Localização anatômica e quantidade de lesões.....	58
Tabela 4 –	Tempo de evolução.....	59
Tabela 5 –	Tamanho da lesão.....	59
Tabela 6 –	Prevalência de fatores que interferem na cicatrização.....	59
Tabela 7 –	Tratamento atual.....	60
Tabela 8 –	Indicação de terapia compressiva.....	60
Tabela 9 –	Distribuição dos registros nas dimensões do cuidado.....	64
Tabela 10 –	Distribuição dos registros dos objetivos do cuidado.....	65
Tabela 11 –	Distribuição dos registros dos Diagnósticos de Enfermagem.....	65
Tabela 12 –	Relação de dependência “nas variáveis da Horta” e nos tipos de dependência-relação de dependência variável.....	66
Tabela 13 –	Aplicação do teste Z para Dimensões.....	69
Tabela 14 –	Análise do perfil de preenchimento das Dimensões.....	69
Tabela 15 –	Teste Z para Objetivos dos cuidados.....	70
Tabela 16 –	Teste Z para Diagnósticos.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACE	Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos
ADA	Associação Americana de Diabetes
AGE	Ácido graxo essencial
AP	Área Programática
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEAP	Classificação de Doenças Venosas Crônicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CPTF	Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas
CTLN	Câmara Técnica de Legislação e Normas
DAOP	Doença arterial obstrutiva periférica
DAP	Doença arterial periférica
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
EEAN/UFRJ	Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HUGG	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
IPTB	Índice pressão tornozelo-braço
IVC	Insuficiência venosa crônica
MB	Multibacilar

MID	Membro inferior direito
MIE	Membro inferior esquerdo
MSD	Membro superior direito
MSE	Membro superior esquerdo
NHB	Necessidades Humanas Básicas
PB	Paucibacilar
PCR	Proteína C reativa
PHMB	Polihexanida (Biguanida)
PND	Polineuropatia diabética
PSP	Perda da sensibilidade protetora
<i>QR code</i>	<i>Quick response code</i>
RNM	Ressonância Magnética
SBAVC	Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VHS	Velocidade de hemossedimentação
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Justificativa.....	21
2. MOMENTO TEÓRICO.....	23
2.1 Diagnóstico de enfermagem e sua clínica.....	23
2.2 Fundamentos clínicos sobre úlceras de perna: clínica e padronização: diagnóstico de enfermagem e sua clínica.....	26
2.2.1 Úlcera venosa.....	29
2.2.2 Úlcera arterial.....	32
2.2.3 Úlcera neuropática.....	35
2.2.4 Úlcera diabética.....	36
2.2.5 Úlcera hansênica.....	39
2.2.6 Úlcera de Marjolin.....	41
2.3 A Teoria das Necessidades Humanas Básicas utilizada por Wanda Horta..	42
2.4 Tecnologia educacional como forma de capacitação ou aprender a cuidar.	45
3. METODOLOGIA.....	47
3.1 Os momentos.....	51
3.1.1 O local.....	51
3.1.2 Aspectos éticos da pesquisa.....	52
3.1.3 Sobre a fonte de dados.....	52
3.1.4 Produção dos dados.....	53
3.1.4.1 Primeiro momento: construção dos dados.....	53
3.1.4.2 Segundo momento: organização da análise dos prontuários.....	53
4. RESULTADOS.....	55
4.1 Dados sociodemográficos e epidemiológicos.....	55
4.2 Análise dos registros em prontuários.....	61
4.3 Análise e discussão dos resultados.....	73
4.3.1 Registros “velados” numa prática “não sistematizada” de enfermagem.....	73

5. PRODUTO.....	82
6. CONCLUSÕES.....	112
7. REFERÊNCIAS.....	114
8. APÊNDICES	
APÊNDICE A – Instrumento orientador de coleta de dados nos prontuários.....	120
APÊNDICE B – Distribuição por área programática.....	121
APÊNDICE C – Análise inferencial dos objetivos do cuidado com relação de dependência.....	122
9. ANEXOS	
ANEXO A – Ficha de avaliação de feridas.....	123
ANEXO B – Folha de rosto Plataforma Brasil.....	124
ANEXO C – Parecer Plataforma Brasil.....	125
ANEXO D – Termo de anuência.....	128
ANEXO E – Termo de compromisso.....	129

1. INTRODUÇÃO

Sobre o tema e o problema.

A escolha do tema é decorrente de uma longa prática na assistência de pessoas portadoras de feridas. Minhas primeiras inquietações surgiram em questionamentos durante a minha prática, ao observar que a evolução das feridas não tinha a resposta esperada, pois demoravam muito para cicatrizar ou até pioravam. Decidi, então, buscar conhecimentos junto a outras enfermeiras e criamos grupos de estudos voltados para tratamento e prevenção de feridas, e me especializei no tema.

Posteriormente, e trazendo comigo essa busca de obter resultados no cuidado que atendessem à expectativa do cliente e também à minha, comecei a trabalhar no Hospital Universitário Gaffrée Guinle (HUGG) em unidades clínicas, quando percebi a necessidade de repensar e entender as necessidades daquela clientela. Encontrava clientes com todos os tipos de lesões: oncológicas, microbacterianas, dermatoses bolhosas, lesões por pressão, úlceras diabéticas, úlceras de perna; esta última me estimulou novamente a entender o processo da doença e formas de cuidar que promovessem alívio e conforto a esse grupo que convivía com a cronicidade das lesão, sendo este o foco do presente estudo.

Convivendo nesse contexto da úlcera, e com dificuldades de oferecer o tratamento adequado devido à pouca oferta de terapias específicas para o cuidado especializado, iniciei experimentalmente um atendimento a esses portadores de úlcera de perna em resposta à inquietude com os desafios que envolvem a sistematização e o processo de cuidar dentro da conjuntura institucional e dos espaços de cuidar, que nem sempre eram os mais adequados, apesar do reconhecimento da magnitude e importância do problema, não só para eles, mas para o ensino e a prática, uma vez que contribuimos com o aprendizado de estudantes.

A preocupação com o tratamento de feridas data de 3.000 a 2.500 anos a.C. Ao longo do tempo, surgiram necessidades de explorar novas formas de tratar, com introdução de novas tecnologias. Na década de 1920 a 1940, “surgiram as pomadas contendo enzimas, destinadas ao desbridamento químico”. Em 1970, estudos evidenciaram que um “ambiente úmido”, “sem crosta”, favorecia a migração de células epiteliais através do leito da ferida. No Brasil, na década de 1990, teve início a mudança conceitual do tratamento de feridas e a revisão dos processos de introdução de novas tecnologias para o cuidado com feridas (GOMES; CARVALHO, 2002).

A partir desse encontro com o cliente e das necessidades de cuidados que contemplassem o tratamento tópico – coberturas que favorecessem a cicatrização em todas as suas fases –, foram introduzidas posteriormente como grade regular de materiais as tecnologias específicas para o cuidado especializado.

Foi desenvolvido também um impresso para registro do atendimento com dados sobre o cliente e sobre a ferida e que hoje serviu de base inicial para levantamentos dos dados sociodemográficos e epidemiológicos.

Associada a isso e envolta nas intensas reflexões que a enfermagem brasileira vem fazendo sobre o exercício profissional, suas fundamentações teórico-práticas e sua produção de conhecimento, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) 358/15.10.2009 trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem e da implementação do Processo de Enfermagem, quando também sabemos das dificuldades que ainda tem de fazer diagnósticos clínicos que interessam à prática interventiva da enfermagem principalmente do que é cada tipo de úlcera, e de como intervir, considerando as pessoas portadoras naquilo que lhes é específico-humano, seu corpo e suas emoções, seu modo de vida e as dificuldades de conviver com úlceras.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem contribui para uma prática com validade científica que pode ser controlada ou avaliada. No entanto, o trabalho empírico tem seu método na experiência de viver e fazer algo e, segundo Henderson, (1981, p. 15), a “qualidade do cuidado é drasticamente afetada pela habilidade inata do pessoal de enfermagem”.

Também, apesar de fazer o esforço de entendê-los do modo que acredito ser o mais científico – e tenho certeza de que faço isto no plano dos cuidados com as úlceras –, percebo que um dos problemas centra-se na ausência de registros científicos e fundamentações teóricas que não aparecem naquilo que registramos nos prontuários, nas divulgações do trabalho e/ou de produção de conhecimento e do que faço sobre sistematização (do cuidado) naquilo que está orientado cientificamente: processo, diagnóstico, intervenção, e avaliação.

Na década de 1970, surgia no Brasil Wanda Horta tentando produzir sua teoria, seus princípios e pressupostos. Interessei-me de modo particular, pois fornecem base com estratégias para uma prática simples, porém, que envolvem um método científico podendo ser medidas através de seus resultados. No entanto, observamos que a enfermagem tem suas ações e seu método baseados na experiência de viver e fazer algo que expressa um cuidado voltado para formas pessoais de cuidar e expressar através do que é registrado e subentendido nesse cuidar.

Acrescido a essas questões que se encontram no universo das teorizações, apesar de cuidar desses clientes, ainda existem problemas relacionados a contribuições do que faço como

prevenção e alívio do desconforto (físico e emocional) que as úlceras causam neles, como estou cuidando, que diagnósticos tenho feito e que fragilidades se encontram nesse fazer-saber, como um problema fundamentado na prática do Hospital Universitário. A necessidade da busca pelo conhecimento e melhorias da prática assistencial se reforça na lida diária com residentes de medicina, de enfermagem e alunos da graduação.

Mediante essa necessidade, foi desenvolvido um Curso de Atualização no Tratamento Avançado de Feridas em parceria com a Comissão de Educação Permanente do Hospital. O trabalho é desenvolvido com residentes de enfermagem, os quais são inseridos ao tema com apresentação oral, previamente delimitado pela Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas (CPTF). O curso possui uma carga horária mínima de 30h, com encontros em datas previamente acordadas no período de março a novembro. Serve também como educação permanente para toda equipe de enfermagem a fim de desenvolverem habilidades teóricas e práticas.

Vale ressaltar que há ainda algumas questões de linguagem sobre doente-paciente; assistência-cuidado e a escolha do termo cliente, que é entendido como cidadão com direitos e deveres que pode querer ser curado ou desistir do processo de cura. E pensar que assistir pode ser uma ação passiva e cuidar engloba ações, intervenções e toque, como medida de satisfação que impacta no coletivo; cliente-família-equipe de saúde, como parceiros do cuidado.

É necessário que o profissional esteja envolto numa prática considerando as necessidades do ser-cliente e não a doença, o que só poderá acontecer se a escolha for testada e adequada ao objeto estudado, com ampliações do que apontar como cuidados, avaliações e consequências. Atualmente, a sistematização ainda está mais envolvida com sinais e sintomas e as enfermagens se apresentam como meras sabedoras de protocolos médicos, quando todos sabemos que fazem muito mais que preencher protocolos. Elas cuidam do corpo total.

Uma das dificuldades que percebo ao longo da minha trajetória, também mediante os registros de enfermagem sobre o que é feito, é a dificuldade que a enfermagem tem em aplicar um modelo teórico que serviu de base para minha formação profissional, e ainda atual, como a proposta de Wanda Horta, através dos processos de cuidar “humanizado” e sistemático para realizar seu trabalho.

Daí surge a questão norteadora que tem origem no pensar de Horta quando nos propôs, para tornar exequível a prática do cuidado dentro de um sistema complexo da instituição hospitalar:

É possível tornar como rotina a prática do diagnóstico de enfermagem no processo de cuidar de clientes com úlceras de perna?

Os pressupostos destacados nestas questões-problema para realização deste estudo são:

- a) o diagnóstico de enfermagem realizado no cuidado dos clientes com úlceras de perna traduz-se como o processo fundamentado num conhecimento clínico para realização da escolha da intervenção adequada?
- b) no cuidado com as úlceras de perna há uma sistematização da prática de enfermagem apontada nos registros em prontuários das ações de enfermagem?

Esses pressupostos traduzem reflexões-problema que veiculam a prática e a necessidade de aprofundar mais o que pode estar faltando, como uma prática de registros que contenha ou não conhecimento–saber–fazer, como:

- a) falta de conhecimento clínico adequado para intervir com segurança e tomada de decisões (posição) para clientes com úlcera de pernas;
- b) orientações inadequadas e de difícil compreensão-ações por parte dos clientes;
- c) falta de base teórica nas fundamentações das orientações ou educação em saúde; situações e materiais para o cuidado;
- d) ausência de recursos financeiros;
- e) comorbidades que interferem como: diabetes, hipertensão; vida sedentária ou des zelo pela própria saúde;
- f) falta de apoio da família, dos profissionais;
- g) assistência inadequada, que gera cuidados ultrapassando o limite tênue do tratamento ideal das úlceras de perna, e ausência de políticas e condições para cuidar deles.

Em resposta à problemática proposta, elegeram-se como objetivos:

- a) Destacar os diagnósticos de enfermagem das intervenções realizadas indicadas nos cuidados com as úlceras de perna em prontuários existentes no ambulatório de cirurgia do HUGG;
- b) Propor a instituição, nas consultas de enfermagem, de um processo de cuidar de úlceras de perna através de um Guia de Orientações em forma de aplicativo móvel que oriente as intervenções e diagnósticos de enfermagem;
- c) Desenvolver um protótipo do aplicativo móvel.

1.1 Justificativa

Este estudo vai ao encontro do Projeto de Laboratório de Estratégias Para Criação de Atitudes Inovacionais na Enfermagem vinculado à linha de pesquisa Cuidado em Saúde no Espaço Hospitalar: diagnóstico, intervenção e tratamento, com área de concentração em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, no qual estou inserida como discente.

É fundamental dizer que este estudo nasce no espaço onde o cliente com úlcera de perna é cuidado e da nossa necessidade de dar cientificidade às ações de enfermagem. Justifica-se por diversas situações pautadas que se encontram no processo de cuidar dos clientes com úlceras de perna e de desenvolvimento de estudos nesta área que considerem os diversos tratamentos como um conhecimento da clínica e terapia de enfermagem.

Também se justifica na alta incidência das úlceras venosas, que compreendem em torno de 36,7% a 80,0% de todas as úlceras de perna (FRADE *et al.*, 2005; MARTINS, 2008; MOFFAT *et al.*, 2004; PINA *et al.*, 2005; RAMOS *et al.*, 2001).

Um estudo com 50 pessoas portadoras de úlceras venosas (de perna) identificou que 98,0% sofreram mudança na qualidade de vida após o surgimento da lesão. As principais mudanças foram no lazer, com relação à dor, restrição social, escolar e locomoção para 82,0% das pessoas e restrição laboral, financeira e progressão social para 52,0%. Também foi citada a aparência física, discriminação e restrição de atividade doméstica (NÓBREGA *et al.*, 2011).

O desenvolvimento do cuidado de enfermagem em atendimento ambulatorial nos aproxima do cliente portador de úlceras de membros inferiores, fazendo surgir um especial interesse em investigar o que temos feito, em especial no tratamento de úlceras de perna, visto que somos aqueles com *expertise* no cuidado e em “assistir”. Diante disso:

- a) precisamos assegurar que todos esses clientes tenham um diagnóstico de enfermagem e propostas de intervenção registradas em prontuários;
- b) devemos apresentar o que estamos fazendo quanto aos cuidados com a úlcera de perna, o que requer de nós conhecimentos e prática demonstrada em produção de conhecimentos;
- c) é preciso ampliar discussões sobre cuidados e suas diversas faces a partir da natureza e condições de cada cliente;

- d) é preciso desenvolver capacitação teórica e prática dos(as) enfermeiros(as) que tratam desses clientes, considerando que a terapia tópica é um ato de cuidar da enfermagem e pode produzir consequências terapêuticas;
- e) é preciso criar instrumentos/ferramentas que facilitem o diagnóstico e tratamentos corretos para cada úlcera, por profissionais da área da saúde;
- f) é preciso registrar em instrumentos testados para avaliações dos clientes, das práticas e do conhecimento clínico de enfermagem.

Portanto, o produto de intervenção gerado por meio desta pesquisa é a construção de um Guia de Orientação em forma de aplicativo móvel para orientação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, possibilitando a uniformização de condutas no cuidado ao cliente portador de úlcera de perna. A criação do aplicativo possibilitará o alinhamento de conhecimentos entre todos os envolvidos diretamente ou não com esses clientes, permitindo assistência com qualidade, o que considero de grande valia por ser um hospital de ensino que recebe alunos da graduação e residentes de enfermagem.

2. MOMENTO TEÓRICO

2.1 Diagnóstico de enfermagem e sua clínica

Uma nota sobre nossa escolha quando incluímos a palavra clínica:

Uma clínica que tem sido a base científica do conhecimento e prática como fundamentação teórica de um “saber científico”. Essa posição não desconsidera a importância de saber sobre a doença e seus sintomas, mas nos faz repensar como articular esses conhecimentos médicos com uma clínica própria de enfermagem. Não desconsidera o saber médico sobre as doenças, suas etiologias e tratamento. A diferença da clínica na enfermagem está na consideração que é sobre o cliente do cuidado, portador de uma das úlceras aqui destacadas, mas na atenção da enfermagem que se centra nele como sujeito único, que sente e vive diferente, que tem ou não dificuldades socioeconômicas, dificuldades nos espaços em que vive, nas emoções e/ou sofrimentos que sente, ou expectativas muitas vezes não percebidas e que estão escondidas, o que exige uma “sintonia” fina para captar subjetividades.

Sobre enfermagem, diagnóstico e sistematização:

Desde a década de 1970 que a enfermagem brasileira trata do tema e da ação sobre diagnósticos de enfermagem. Muitas enfermeiras escrevem sobre ele e o aplicam de modo quase irregular, em suas instituições. As reflexões continuam como o que fazer?, por que não se faz?, que dificuldades existem?, que para nós são diversas: desde os profissionais e sua formação, dimensionamento de enfermeiras, condições de trabalho e política de gestão do cuidado e da própria ciência do cuidado até políticas de gestão do institucional.

Este estudo, que tem a preocupação de saber como estamos fazendo isto para o diagnóstico e a sistematização de um cuidado sobre úlcera de perna, exige que nos afastemos para pensar e voltar para rever o que estamos fazendo sobre diagnósticos e sistematização.

Entendemos que pensar assim pode ser ancorado no que diz Figueiredo (2009): “vivemos muitas tentativas e tímidas consolidações nesta área do diagnóstico”, e as respostas que sempre teremos são de como fazer diagnósticos e como é sua aplicabilidade. A enfermagem brasileira vem atuando baseada em padrões internacionais de difícil compreensão e aplicabilidade que pouco se adequam à nossa realidade. Ainda hoje o diagnóstico de enfermagem é impreciso e seguimos nos baseando no modelo biomédico.

Essa crítica não é em oposição às outras teorias; precisamos conhecer e entender toda sua aplicabilidade na prática. No entanto, não podemos deixar de lado teóricas brasileiras que tanto contribuíram para nossa compreensão e formação profissional e que permanecem no nosso imaginário como a Prof. Wanda Horta da Universidade de São Paulo (USP) e Lygia Paim que trabalhou com ela em sua tese de Livre Docente da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ) – Qualitativos e quantitativos dos cuidados de enfermagem – publicada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Nos últimos anos tem se acentuado a busca em pesquisas e prática com objetivo de solidificar uma enfermagem clínica que se diferencia da médica, que se mostra sempre baseada nos sinais e sintomas da doença como algo real, racional, que sofre intervenções sem considerar o outro, seu ambiente, sua história, em que queremos incluir os signos que expressam quando adoecidos.

O cliente com úlcera de perna para a enfermagem exige um cuidado denso de complexidades, que é científica, racional e ao mesmo tempo subjetiva, que inclui muito sofrimento expresso, principalmente através de dor e limitações, exigindo, hoje, a necessidade de desconstruir a ideia de que ele é “paciente”, mas sim cidadão (ser), livre e responsável por ele mesmo (exceção que não esteja como um incapacitado de decidir suas próprias ações), que não pode reagir, discordar, propor alternativas para que cuidemos dele. E, provavelmente, uma clínica com outra linguagem, outro sentido, uma outra escuta, uma outra estética e sensibilidade.

Acerca do entendimento de enfermagem sobre clínica (poder), o que Figueiredo e Santos (2004, p. 5.20) falam de suas experiências é prática em busca de respostas para incentivar futuras vivências profissionais, quando dizem que:

enfermagem clínica é a enfermagem realizada para qualquer tipo de clientela, porque traz em si os fundamentos e ações para atender alguém que está doente ou, ainda, em fase diagnóstica. Sua intenção é de manter as condições de vida; evitar complicações, detectar sinais, sintomas e signos nossos e agir para restaurar o bem-estar, o bem viver do ser humano geralmente reconhecido como saúde. É uma enfermagem centrada no cliente e não mais na patologia/doença que lhe causa mal-estar. A preocupação profissional é com o corpo total, onde a doença / mal-estar é um evento na vida de todos. É uma clínica que busca uma semiologia própria para a enfermagem, colocando em prática, uma ciência dos sentidos, das emoções e intenções, além da ciência e da intelectualidade.

Embora Wanda Aguiar Horta não tenha conseguido avançar na teoria que pretendia construir sobre diagnóstico de enfermagem, ela afirmou: “que o futuro da enfermagem como ciência (meu pequeno livro editado) e a autonomia profissional estavam fundamentados no

processo de enfermagem”. Ela afirmava, ainda, que só assumiríamos a responsabilidade legal perante o ser humano e comunidade sob sua responsabilidade quando aplicássemos sistematicamente uma metodologia de enfermagem (PAIM *et al.*, 1973).

O que Horta e Paim escreveram sobre diagnóstico continua atual e aplicável. Também dizem que o processo de enfermagem atesta a preocupação do enfermeiro em se iniciar na utilização de uma abordagem mais individualizada para o cliente, centrada no seu ponto de vista, nas necessidades humanas básicas (e acrescentamos desejos), cujas ações se dirigem para ele, não mais a partir de entidades clínicas e/ou procedimentos técnicos, mas a partir de problemas identificados nele (PAIM *et al.*, 1973).

Um diagnóstico, neste particular, para cuidar de clientes com úlcera de perna no ambulatório do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) é uma clínica que exige habilidades não só intelectuais, de conhecimento científico, mas ter habilidade manual e sensibilidades para tocar uma parte do corpo em “dor intensa”, a necessidade de saber-fazer os procedimentos e o constante exercício do limite tênue para tocar com equilíbrio no que lhe é mais doloroso (a úlcera). Para uma compreensão do diagnóstico que vamos utilizar, apresentamos uma conexão que se mostra entre o que nos dizem Horta e Paim.

Para Horta e Paim (1973), diagnóstico de enfermagem é a **determinação** da dependência que o cliente apresenta com relação ao enfermeiro em termos de Necessidades Humanas Básicas (NHB) afetadas e a partir dos problemas de enfermagem extraídos do histórico de enfermagem do paciente.

Essa dependência pode se total e parcial (de ajuda, de supervisão, de orientação e encaminhamento). Neste sentido, por ajuda entende-se que o paciente necessita de “auxílio em naquilo que não pode fazer por si”; orientação, que necessita de “informações específicas”; supervisão refere-se à “observação e controle”; encaminhamento quando precisa de outro membro da equipe de saúde para solucionar um problema identificado (HORTA, 1973, p. 5). Ainda segundo Horta (1979), a relação de ajuda “implica necessariamente em orientação, supervisão e encaminhamento”.

Neste estudo, o ponto de atenção e tensão de um diagnóstico que deve ser realizado, apesar de estarmos atentos a fenômenos que envolvem clientes com úlcera de perna, é o manejo de como fazemos a escolha do cuidado para cada caso.

O processo de cuidar é delicado e as terapias tópicas dividem-se em terapias como bandagens e coberturas bioativas específicas. Para ambas as técnicas se fazem necessário a limpeza prévia da ferida com remoção de tecidos desvitalizados, a avaliação global do paciente, orientações sobre os cuidados com o tratamento e o diagnóstico diferencial das úlceras. Para o

presente estudo nos interessa o que devemos saber sobre qual diagnóstico de enfermagem e nossa intervenção dependendo do tipo de úlcera.

São procedimentos que exigem fundamentos básicos de enfermagem, em especial centrados na habilidade e destreza manual, mental e que compõem um rol do que deve saber-fazer como: trabalho em equipe, comunicação, criatividade, conhecimento científico e metodologia científica para a resolução de problemas, procedimentos que fazemos e capacitação pessoal para cuidar dos clientes com úlcera de perna.

Por isso, determinar é ter conhecimento empírico-científico daquilo que fazemos para “aceitar” um diagnóstico preciso, considerando todas as dimensões do cliente.

Segundo Vall, Lemos e Janebro (2005), “as teorias cumprem a função de descrever, explicar e fazer previsões sobre fenômenos específicos”. A teoria das necessidades humanas básicas de Maslow utilizada por Wanda Horta serve de base para o cuidado do cliente com úlcera de perna, pois o cliente encontra-se com limitação de sua capacidade de lazer, locomoção, integridade física, autoestima e segurança comprometidas.

O reconhecimento das fragilidades que impactam na qualidade de vida do cliente que vive com a úlcera de perna e por longos anos vivencia dificuldades para realizar suas atividades do cotidiano possibilita a recuperação do estado de saúde através da assistência, da reabilitação, da reinserção social e da recuperação de sua independência. Através dessa ação, as pessoas com úlcera de perna sentem-se capazes para alcançar metas e objetivos mediante seu próprio empenho e decisão (SILVA *et al.*, 2009).

O enfermeiro, como elemento integrante principal no processo de cuidado, deve “assistir ao paciente” quando este não tem condições de cuidar de si, assim como orientar, ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais. Como membro de uma equipe multidisciplinar, deve promover assistência às suas necessidades humanas básicas visando à recuperação de sua independência.

2.2 Fundamentos clínicos sobre úlceras de perna: clínica e padronização: diagnóstico de enfermagem e sua clínica

As úlceras de perna ocorrem por comprometimento da integridade cutânea e estão relacionadas a diversas causas com etiologia primária à doença venosa e/ou arterial e,

secundariamente, por complicações de doenças sistêmicas como diabetes, artrite e outras (DEALEY, 2008).

A incidência de lesões de úlceras de perna ainda é pouco investigada. Em um estudo realizado na Bahia (Vitória da Conquista), encontrou-se uma prevalência de 83,3% de úlceras venosas e 17,7% de úlceras de origem não venosa (15,3% de úlceras neurotróficas e 2,4% de úlceras traumáticas) para a população geral. Quando estratificadas por sexo, identificou-se maior prevalência de úlceras venosas entre as mulheres (95,5%) e a menor prevalência de outras úlceras neste sexo também (4,5%), quando comparadas com os homens (OLIVEIRA; SOARES; PIRES, 2015).

Outro estudo avaliou a cronicidade das úlceras de perna: “o tempo médio de existência foi de 94 meses, sendo que cerca de 73% da amostra (n=90) apresentava úlceras abertas há mais de um ano; em 50%, tratava-se do primeiro episódio da ulceração, e na outra metade tratava-se de recidiva”(FRADE *et al.*, 2005).

São lesões que, de um modo geral, não progridem através de uma sequência de reparação fisiológica e recuperação funcional. Assumem, como características, superficial ou profunda de forma irregular, com bordos endurecidos e hiperpigmentação.

Moffatt *et al.* (2004) definem úlcera de perna crônica como uma ferida que não cicatriza após quatro semanas e está localizada entre o joelho e o tornozelo.

Estão relacionadas com maior morbidade e impacto na qualidade de vida, representando um grave problema de saúde pública com alto impacto econômico relacionado a recursos materiais e humanos. A dor impacta na mobilidade, com isolamento social e alterações psicobiológicas e restrição da atividade laboral (DEALEY, 2008).

O controle de úlceras de perna se dá com a implementação de uma terapêutica efetiva que envolva a correção das condições etiológicas de base e o uso de terapias locais que irão promover a cicatrização, assim como cuidados de saúde que não deverão ser direcionados somente para a doença, mas deverão estar voltados para uma prática assistencial, acolhimento, respeito à pessoa com sentimentos e valores fundamentais à dignidade humana, permitindo que o cliente assuma um papel no plano de cuidados. O cuidado deve ser preferencialmente realizado por uma equipe multiprofissional (JESUS, 2014, p. 9-10).

Segundo Soares (2012) o diagnóstico diferencial das úlceras deve envolver diversas ações complementares que orientem o profissional na definição da etiologia, no diagnóstico correto, assim como na terapia adequada, essenciais para o resultado final que é a cura da lesão.

A não utilização da terapia adequada, baixos níveis do cuidado, dificuldade de acesso a serviços especializados, não padronização do cuidado e poucos registros sobre os resultados do tratamento impactam na prevalência das úlceras (SOARES, 2012).

O preparo do leito da ferida tem por objetivo acelerar a cicatrização, considerando o aspecto tecidual e a fase do processo cicatricial. O modelo TIME foi desenvolvido com o objetivo de orientar a terapia tópica de acordo com as características apresentadas e refere-se a “T” (tecido inviável), “I” (inflamação ou infecção), “M” (exsudato) e “E” (bordas). Para cada tipo de tecido ou condições avaliadas estão associadas as ações clínicas e seus resultados esperados (ARON; GAMBA, 2009).

Segundo Campos, Sousa e Vasconcelos (2016), a avaliação compreende identificar os critérios clínicos quanto à complexidade, etiologia, localização anatômica, exsudato, grau de contaminação, classificação da perda tecidual, tecido presente em seu leito, bordas/margens e pele perilesional, mensuração e dor. A complexidade está relacionada ao comprometimento tecidual, extensão, presença de infecção e associada a doenças sistêmicas (SMANIOTTO *et al.*, 2010).

A viabilidade tecidual pode ser avaliada de acordo com as características teciduais relacionadas à cor, por meio do sistema *Red/Yellow/Black* (RYB). Na cor vermelha (R) encontramos tecido de granulação, na cor amarela (Y) há presença de tecido fibroso amolecido (liquefação, esfacelos) e preto (B) com presença de necrose que pode variar entre castanha, marrom e preta.

O exsudato é classificado de acordo com volume, cor, odor e consistência. Relatar aspectos das feridas relacionadas à umidade torna a avaliação mais precisa. As lesões crônicas são consideradas colonizadas que podem variar em colonização crítica e/ou infecção. Nas lesões com colonização crítica, a cicatrização é lenta, há mudança de cor no leito, tecido de granulação friável ou ausente, aumento da produção de exsudado e dor. Na presença de infecção ocorre calor, rubor, edema, dor, febre, mau odor e exsudado abundante, que pode ser purulento. A biópsia é o padrão-ouro para identificação de infecção e associada a exames laboratoriais (CAMPOS *et al.*, 2016).

A partir das bordas, a iniciação para a contração tecidual com migração celular de forma centrípeta pode se apresentar como: desnivelada, descolada, macerada, fibrótica, hiperqueratose. A pele perilesional deve ser avaliada quanto à umidade e presença de eczemas.

A técnica de medição consiste em aferir o comprimento em cm², medindo no sentido vertical e a largura, na medida horizontal. São dimensionadas em “pequenas, quando são menores do que 50 cm²; médias, se maiores que 50 cm² e menores do que 150 cm²; grandes,

quando forem maiores do que 150 cm² e menores do que 250 cm²; e se forem maiores do que 250 cm², são extensas”(CAMPOS *et al.*, 2016).

Ainda segundo Campos *et al.* (2016), a dor deve ser mensurada em suas múltiplas dimensões – sensorial, afetiva e avaliativa. Está relacionada à remoção de coberturas aderentes, irrigação, desbridamento, troca do curativo, infecção e até mesmo experiências anteriores desagradáveis por causa do medo de sentir dor. Além da escala numérica, também devem ser avaliados outros sinais como: mudança de atividade, perda de apetite, expressões faciais e gemido.

2.2.1 Úlcera venosa

As úlceras venosas acometem o sistema venoso e as veias da panturrilha; em associação com os tecidos circundantes, formam uma unidade funcional conhecida como bomba muscular ou coração periférico, ativamente atuante na drenagem do sangue venoso durante o exercício. Em situações normais, o fluxo venoso corre do sistema venoso superficial para o profundo, através de veias comunicantes com válvulas competentes, que impedem o retorno de sangue para as veias superficiais. A incompetência valvar resulta do sistema venoso profundo e comunicantes gerando refluxo, o que causa hipertensão venosa. Com a presença do refluxo, no início do quadro, a musculatura da panturrilha tenta compensar a sobrecarga de volume das veias insuficientes, ejetando um volume de sangue maior. Com o agravamento do refluxo, a bomba torna-se insuficiente para promover uma redução cíclica da pressão de 100 mmHg para níveis de 0 a 30 mmHg. A musculatura da panturrilha exerce um papel importante no retorno venoso que, durante a sua contração, faz a compressão dos vasos profundos auxiliando no retorno venoso e reduzindo a pressão hidrostática. A disfunção da bomba muscular da panturrilha, associada ou não à disfunção valvular, também é responsável pela hipertensão venosa, levando a um acúmulo excessivo de líquido e de fibrinogênio no tecido subcutâneo, resultando em edema, lipodermatoesclerose e, finalmente, ulceração. A compressão elástica atua na redução da pressão venosa e acelera o retorno venoso e a função da bomba venosa (DEALEY, 2008; FRANÇA; TAVARES, 2003).

A classificação da doença venosa crônica dos membros inferiores é baseada em um Consenso Internacional desenvolvido em 1994, denominada Classificação de Doenças Venosas Crônicas (CEAP) e também é indicada pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia

Vascular (SBACV) para estratificação das úlceras venosas, apesar de apresentar limitações. Essa classificação, que substituiu amplamente as anteriores, é baseada nos sinais clínicos [C], etiologia [E], anatomia [A] e fisiopatologia [P].

Classificação CEAP revisada em 2004:

Quadro 1 – Classificação clínica [C]: *clinical signs*

Classificação clínica [C], <i>clinical signs</i>:	
C0	Sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa
C1	Telangiectasias e/ou veias reticulares
C2	Veias varicosas
C3	Veias varicosas mais edema
C4a	Hiperpigmentação ou eczema
C4b	Lipodermatoesclerose ou atrofia branca
C5	Úlcera venosa cicatrizada
C6	Úlcera ativa
Classe s	Sintomático: dor, sensação de aperto, irritação da pele, sensação de peso, câibras musculares, outras queixas atribuíveis à disfunção venosa
Classe a	Assintomático
Classificação etiológica [E], <i>etiology</i>:	
Ec	Congênita
Ep	Primária
Es	Adquirida ou secundária (pós-trombótica)
En	Sem causa definida
Classificação anatômica [A], <i>anatomic distribution</i>:	
As	Veias superficiais
Ad	Veias profundas
Ap	Perfurantes
An	Localização não definida
Classificação fisiopatológica [P], <i>pathophysiology</i>:	
Pr	Refluxo
Po	Obstrução
Pr,o	Refluxo e obstrução
Pn	Sem fisiopatologia identificada

Fonte: SBACV, 2015.

Apesar de ser reconhecidamente a mais difundida classificação sobre insuficiência venosa crônica (IVC), as úlceras venosas estão associadas a alterações vasculares diversas, que comprometem o sistema venoso superficial e profundo, ocasionadas por incompetência valvar determinando a hipertensão venosa, varizes secundárias, edema e alterações tróficas com uma frequência de 70 a 90% das úlceras de membros inferiores (SALOMÉ; FERREIRA, 2012).

Com elevada incidência, comprometem a qualidade de vida das pessoas e causam grande sofrimento físico a elas, pois essas lesões podem levar meses a anos para a completa cicatrização. Quando não manejadas corretamente pelos profissionais de saúde, cerca de 30% das úlceras recorrem após o primeiro ano, podendo chegar a 78% no segundo ano (BRITO *et al.*, 2013).

As úlceras venosas são chamadas de úlceras de estase causadas por deficiência do retorno sanguíneo e com consequente diminuição de nutrientes através do espaço intersticial pelos capilares, tendo como causa principal a hipertensão venocapilar (IRION, 2005). O sistema venoso é dividido em superficial e profundo que se comunicam por vasos interligados. Esses vasos possuem válvulas que se abrem e fecham impedindo o retorno venoso e facilitando o fluxo sanguíneo fisiológico. Quando ocorre insuficiência valvar, há um refluxo sanguíneo gerando hipertensão venosa, compressão dos capilares e incremento da permeabilidade de líquido e macromoléculas para o espaço extra vascular como: hemácias, fibrinogênio e proteínas. Esses efeitos causam a princípio eczema com depósito de hemossiderina (forma de armazenamento de ferro), fibrose e lipodermatoesclerose com alta suscetibilidade para formação de úlcera mediante trauma.

Irion (2005) aponta como causas da insuficiência venosa: valvas insuficientes (de veias profundas), comunicantes e superficiais (varicosa); obstrução de veias da extremidade inferior por gravidez, obesidade, tumor, trombose venosa; atividade insuficiente da musculatura da panturrilha (ficar de pé durante tempo prolongado, doença neuromuscular que afete os músculos da perna, imobilização da extremidade inferior).

Em geral, as úlceras venosas estão localizadas nas regiões maleolares, podendo estar localizadas em outras áreas quando ocorrem por trauma. O estadiamento deve ser feito de acordo com a perda tecidual, sendo superficial sua apresentação mais comum. As bordas são irregulares, podendo ser espessadas/ceratóticas. O leito da ferida pode se encontrar com tecido de granulação ou com tecidos de necrose ou liquefação. O exsudato é elevado, principalmente quando o membro está edemaciado ou em vigência de processo infeccioso. A dor é outro fator que também pode estar presente e pode estar relacionada à estase venosa. A história e sinais

clínicos orientam o diagnóstico, devendo ser complementado com exames não invasivos como o doppler que avalia a função valvar, o refluxo venoso e descarta doença arterial.

O tratamento das úlceras de estase se fundamenta no controle da hipertensão venosa, podendo ser cirúrgico ou clínico. O tratamento clínico se faz através da compressão do membro, sendo recomendado que todos os pacientes com Índice de Pressão Tornozelo-Braquial (IPTB) maior ou igual a 0,8 sejam tratados com compressão do membro. O IPTB é obtido pela divisão da pressão sistólica do tornozelo pela pressão sistólica braquial e avalia o fluxo sanguíneo periférico. Um índice abaixo de 0,8 indica comprometimento arterial e contraindica a terapia de compressão. Essa avaliação pode ser realizada com doppler portátil e esfigmomanômetro por um profissional treinado (JORGE, 2003).

Borges, Santos e Soares (2017) descrevem o Modelo ABC para o cuidado de úlceras venosas, que consiste em: a) avaliação e diagnóstico; b) boas práticas no manejo da lesão e pele ao redor; e c) compressão na otimização do tratamento das úlceras e prevenção de recidivas. Na avaliação é preciso “avaliar o paciente”, a ferida, a pele periférica, a perna e o pé. Como boas práticas no manejo da lesão, inclui limpeza da lesão, escolha da terapia tópica, controle do eczema, utilização de coberturas antimicrobianas; em caso de infecção local ou “suspeita de colonização crítica”, considerar a adesão do paciente à terapia. Quanto à compressão, seleção do tipo de bandagens, elásticas ou inelásticas; utilização de meias para prevenção de recidivas; encaminhar para especialista “para investigação e cuidados adicionais se considerar terapia de compressão para pacientes com uma úlcera de etiologia mista com ITB<0,8 ou >1,3”.

O Modelo ABC estima como meta para úlceras simples, que possuem tempo inferior a seis meses, 100% de cura em 12 a 18 semanas, e para lesões complexas que possuem tempo superior a seis meses, presença de infecção e baixa adesão, a meta de 100% de cura em 18 a 24 semanas.

2.2.2 Úlcera arterial

A doença arterial representa de 10 a 25% de todas as úlceras de perna ocasionadas por insuficiência arterial e estão intimamente ligadas à progressão de aterosclerose (BERGONSE; RIVITTI, 2006).

A doença arterial pode evoluir de forma assintomática, o que ficou evidenciado em estudo transversal multicêntrico realizado em 2009, que avaliou 1.170 indivíduos maiores de

18 anos e teve por objetivo identificar prevalência e fatores de riscos de Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP). Obteve prevalência de 10,5% e apenas 9% apresentavam claudicação intermitente. As doenças associadas com a maior prevalência de DAOP foram: de hipertensão, insuficiência cardíaca, insuficiência renal dialítica e tabagismo >20 anos/maço (MAKDISSE *et al.*, 2008).

Segundo o Manual de condutas para úlceras neurotróficas:

[a] úlcera ocorre devido a uma insuficiência arterial que evolui para isquemia, caracterizando-se clinicamente por extremidade fria e escura. A palidez cutânea e retardo no retorno da cor após a elevação do membro, pele atrófica, perda de pelo, diminuição ou ausência das pulsações das artérias do pé e dor severa aumentada com a elevação das pernas. A úlcera é de bordas cortadas a pique, irregular, localizada nos tornozelos, maléolos e extremidades digitais, perna, calcanhar, dorso do pé ou artelho (BRASIL, 2002).

Para Jorge e Dantas (2003, p. 273):

[as] principais causas das úlceras isquêmicas consistem em: compressão da parede vascular devido à fibrose ocasionada por edema crônico; espessamento da parede do vaso causado por hipertensão e arteriosclerose e diminuição do fluxo sanguíneo no interior da arteríola por alteração da viscosidade sanguínea, adesividade plaquetária e fibrogênese.

As úlceras isquêmicas hipertensivas são chamadas de Martorell, de incidência aguda e frequentemente com dor associada à dor intensa.

O rastreamento da doença arterial obstrutiva crônica se faz através da anamnese, palpação dos pulsos pediosos, identificação de sinais clínicos (palidez, dor com elevação do membro, queixas de claudicação intermitente) e avaliação do IPTB é um método considerado não invasivo que visa à detecção de uma possível insuficiência arterial, utilizando um esfigmomanômetro e um doppler portátil. O método consiste na comparação da tensão sistólica braquial do membro superior direito (MSD) e membro superior esquerdo (MSE), com a tensão sistólica das veias tibial anterior e tibial posterior. Considera-se a pressão de maior valor se o índice tornozelo-braço for inferior a 0,9, sendo considerado portador de insuficiência arterial. Esse índice é de extrema importância para traçar um plano de cuidado e para a contraindicação de uma possível terapia de compressão (MAKDISSE *et al.*, 2008; SALOMÉ; FERREIRA, 2012). A avaliação do IPTB apresenta uma sensibilidade e especificidade superior a 95%, valores acima de 1.1 e está associada à patologia que leva à calcificação das artérias, como é o exemplo da *Diabetes Mellitus* (DM), “fornecendo, deste modo, um valor falsamente elevado” devido à baixa complacência do vaso (JESUS, 2014).

Durante o exame físico, o enfermeiro deve estar atento aos sinais que sugerem isquemia: temperatura da pele fria ao toque; pulsos periféricos reduzidos ou ausentes; pele brilhante, fina, seca e sem pelo; o preenchimento capilar é superior a três segundos; e as unhas são espessas e opacas. As pernas quando elevadas ficam pálidas; e quando pendentes, avermelhadas / cianosadas (DEALEY, 2008).

O tratamento consiste no controle da hipertensão, uso de vasodilatadores, e quando indicado, em alguns casos, a revascularização, que pode ser através de cirurgia convencional ou procedimentos endovasculares (como a angioplastia), com redução das amputações e melhora da qualidade de vida em pacientes com isquemia crítica (DIAS, 2011).

Quadro 2 – Comparação entre úlceras venosas e arteriais

Indicador	Úlcera venosa	Úlcera arterial
Localização	Terço inferior da perna/próximo ao maléolo medial	Nos dedos do pé, no calcanhar ou na região lateral da perna
Evolução	Evolui lentamente	Evolui rapidamente
Profundidade, leito e margens	Superficial com leito vermelho vivo, margens irregulares e superficiais, os tecidos profundos não são afetados, bordas difusas	Geralmente profunda, pálida, envolvendo músculos e tendões, bordas definidas
Aparência da perna	Hiperpigmentação-marrom, com manchas varicosas e eczema, quente ao toque	Pálida-pele brilhante, fria ao toque, descorada quando elevada. Pode ficar azulada quando abaixada
Tamanho	Grande	Pequena
Exsudato	Moderado a excessivo	Pouca quantidade
Edema	Presente, piora ao final do dia	Edema de estase: só está presente se o cliente estiver imóvel
Dor	A dor varia, mas na maioria das vezes está associada ao edema e infecção	Muito dolorosa, pode provocar o despertar à noite, alivia colocando a perna para baixo
Pulsos pediais	Presentes	Diminuídos ou ausentes
Avaliação Doppler	Maior ou igual a 0,9	Menor que 0,9
História médica	Flebite, veias varicosas	Doença vascular periférica

Fonte: DEALEY, 2008.

Ainda segundo Dias (2011), a terapia tópica para desbridamento somente está indicada na “gangrena húmida” ou com “fascíte necrotizante”, devendo aguardar até duas semanas após procedimento de revascularização.

2.2.3 Úlcera neuropática

Neuropatia se traduz por uma lesão nos nervos acometendo as fibras autônomas, sensitivas e motoras, de origem inflamatória ou degenerativa. Caracteriza-se por sintomas somáticos como a dormência, sensação de queimadura, redução da sensibilidade tátil ou perda de sensibilidade, fraqueza muscular e desconforto localizado ou generalizado.

As úlceras neuropáticas estão associadas a diversas patologias que acometem o sistema nervoso periférico, como a hanseníase, o alcoolismo e o *Diabetes Mellitus*. As úlceras neuropáticas ocorrem primariamente com a perda de sensibilidade protetora: tátil, dolorosa e térmica (BRASIL, 2002).

Quadro 3 – Características dos sintomas neuropáticos

Características dos sintomas neuropáticos:
Positivos: queimação, parestesias (formigamento), dor lancinante (pontada, facada, choque), câimbras
Negativos: dormência
Fatores de piora: repouso, exacerbação noturna (provável menor competição de estímulos)
Fatores de melhora: levantar-se (diferencia-se da claudicação intermitente)
Alodínea: dor a um estímulo indolor
Hiperalgesia: dor intensa a um estímulo de pouca intensidade

Fonte: PEDROSA, [20-?].

2.2.4 Úlcera diabética

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2017), a polineuropatia resulta de complicações crônicas degenerativas do diabetes e está intimamente relacionada ao controle metabólico da doença através da glicemia. O tempo de evolução do diabetes é outro fator que influencia no desenvolvimento da polineuropatia diabética e está presente em 50% dos pacientes com DM2 acima de 60 anos, 13 em 30% dos pacientes em atendimento clínico hospitalar e em 20 a 25% dos pacientes em atenção primária.

A idade avançada, longo tempo de doença e alterações decorrentes do comprometimento sensório-motor e vascular, tais como a ausência de sensibilidade protetora tátil plantar (85,7%) e pulsos diminuídos ou não palpáveis (28,6%), foram os fatores mais frequentes em pacientes acometidos com diabetes (GOMES; SILVA JÚNIOR, 2018).

As manifestações são: perda progressiva da sensibilidade protetora, tornando suscetível a traumas e ulcerações; atrofia da musculatura interóssea dos metacarpianos e das falanges ocasionando deformidades como hálux valgo, dedos em garra ou martelo. A perda da sensibilidade associada à utilização de calçados inadequados, que aumentam a pressão plantar e nas regiões dorsais dos dedos, a pele seca e repetição do trauma causando hemorragia subcutânea e ulceração (CUBAS *et al.*, 2013; JORGE; DANTAS, 2003; SBD, 2017).

Manifestações dermatológicas, como pele seca, rachaduras, unhas hipotróficas ou encravadas, maceração interdigital e micose, calosidades, ausência de pelos e alteração de coloração e temperatura (indicando isquemia) são condições pré-ulcerativas decorrentes de polineuropatia diabética (PND) e doença arterial periférica (DAP) (SBD, 2017).

O pé de Charcot é uma alteração que ocorre devido à neuropatia autônoma, interrupção da comunicação arteriovenosa com aumento da reabsorção óssea, osteopenia, fragilidades ósseas, associada a tramas frequentes pela deambulação gerando subluxações e fraturas, modificando o arco plantar. Quando agudo, há sinais da inflamação (edema, hiperemia, hipertermia e dor) sem infecção, sendo muito importante fazer esse diagnóstico diferencial. A dor pode não estar presente se houver concomitantemente a diminuição acentuada da sensibilidade. Na fase avançada, caracterizada por “deformidades osteoarticulares”, localizadas do “médio-pé”, há desenvolvimento de calos e úlceras plantares (CAIAFA *et al.*, 2011).

Para o diagnóstico da perda de sensibilidade protetora são realizados testes que possibilitem identificação das alterações sensitivas de proteção: teste da sensação vibratória com diapasão de 128 Hz, teste da sensação dolorosa com estilete, teste da sensibilidade térmica

com cabo do diapasão, teste da sensação profunda com martelo (reflexo do tendão de Aquiles), teste da pressão plantar com monofilamento, extensômetro de Semmes-Weinstein com 10g (cor laranja), um monofilamento utilizado na avaliação das fibras grossas e detecta alterações relacionadas à sensibilidade plantar, em quatro áreas (hálux, primeira e quinta cabeças de metatarsos). O teste possui sensibilidade de 66 a 91%, especificidade de 34 a 86% e valor preditivo negativo de 94 a 95%. (CAIAFA *et al.*, 2011). As úlceras diabéticas podem ser classificadas de acordo com sua etiologia, que pode ser neuropática, vascular ou mista, ou através de escalas que graduam a lesão pelo comprometimento tecidual (JORGE; DANTAS, 2003).

De acordo com a SBD (2017), nas lesões profundas é importante avaliar os sinais clínicos e gravidade da infecção; deve-se realizar: prova óssea (positiva se houver toque do osso com a espátula de metal), marcadores inflamatórios (velocidade de hemossedimentação [VHS] > 70 mm; proteína C reativa [PCR] elevada), radiografia simples de pé, ressonância magnética (RNM) ou cintilografia com leucócitos marcados, caso haja dúvida na imagem radiológica. Dois testes positivos são fortemente preditivos. A intensidade da infecção deve ser avaliada de forma criteriosa, preferencialmente através de biópsia de fragmento após remoção do tecido desvitalizado, com objetivo de orientar a antibioticoterapia com base na resistência e sensibilidade. O *swab* não é indicado como rotina.

Quadro 4 – Classificação do risco, recomendações e acompanhamento periódico, segundo o nível de atenção à saúde (ADA, AACE e SBD)

Categoria	Riscos	Recomendações	Frequência de avaliação
0	PSP e DAP ausentes	Educação do paciente, incluindo aconselhamento sobre calçado adequado	Anual, por uma equipe generalista (previamente treinada)
1	PSP ± deformidade	Considerar o uso de sapatos especiais; considerar cirurgia profilática se a deformidade não puder ser acomodada nos calçados; continuar a educação do paciente	A cada 3 a 6 meses, por equipe generalista; se houver deformidades, por equipe especialista
2	DAP ± PSP	Considerar o uso de sapatos especiais (ou customizados); instituir consulta com cirurgião vascular para seguimento conjunto	A cada 2 a 3 meses (por equipe especialista)
3	Histórico de úlcera ou amputação	Considerar o uso de sapatos especiais (ou customizados); instituir consulta com cirurgião vascular para seguimento conjunto	A cada 1 a 2 meses (por equipe especialista)

Legenda: AACE: Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos; ADA: Associação Americana de Diabetes; PSP: Perda da sensibilidade protetora.

Fonte: GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO (2011apud SBD, 2017, p. 280).

A equipe de saúde deve estar envolvida no diagnóstico precoce com identificação dos riscos através de programas educacionais abrangentes que orientem o paciente ou um familiar no “exame regular dos pés”. Cubas *et al.* (2013) relatam abaixo as orientações preventivas:

- a) restrição absoluta do fumo;
- b) exame diário dos pés, inclusive entre os dedos;
- c) lavagem dos pés com água morna, tendendo para fria;
- d) secagem cuidadosa dos pés, principalmente entre os dedos, de preferência com tecido de algodão macio;
- e) uso proibido de álcool, ou outras substâncias que ressequem a pele;
- f) uso de creme hidratante na perna e nos pés, porém, nunca entre os dedos;
- g) proibição da retirada de cutícula;
- h) corte de unhas em linha reta, sem deixar pontas e, se necessário, lixar as unhas;
- i) uso de meias de algodão sem costura, sem elásticos e preferencialmente claras;
- j) não andar descalço;
- k) uso proibido de calçados apertados, de bico fino, sandálias abertas de borracha ou plástico e contida entre os dedos;
- l) verificação da parte interna do calçado, antes de vesti-lo, à procura de objeto ou saliência que possa machucar;
- m) elevação dos pés e movimento dos dedos para melhora da circulação sanguínea;
- n) evitar o uso de bolsa de água quente;
- o) evitar exposição ao frio excessivo; e
- p) cuidados com animais domésticos e insetos.

2.2.5 Úlcera hansênica

É uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, fracamente gram-positivo, que infecta os nervos periféricos e, mais especificamente, as células de *Schwann*. A doença acomete principalmente os nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos (localizados na face, pescoço, terço médio do braço e abaixo do cotovelo e dos joelhos), mas também pode afetar os olhos e órgãos internos (mucosas, testículos, ossos, baço, fígado, etc.). Se não tratada na forma inicial, a doença quase sempre evolui, torna-se transmissível e pode atingir pessoas de qualquer sexo ou idade, inclusive crianças e idosos. Essa evolução ocorre, em geral, de forma lenta e progressiva, podendo levar a incapacidades físicas (BRASIL, 2017).

Para que ocorra a transmissão (vias respiratórias), é necessário que um indivíduo suscetível permaneça em contato próximo e prolongado com pessoa doente sem tratamento.

Apresenta longo período de incubação, em média de 2 a 7 anos, podendo ocorrer em períodos mais curtos, de 7 meses, como também mais longos, de 10 anos (Brasil, 2017).

Gomes, Frade e Foss (2007) analisaram 79 prontuários, nos anos de 2003 e 2004, de pacientes com hanseníases: 25 pacientes (32%) apresentavam ulcerações e estavam associadas ao tipo virchowiana e multibacilar; 38% apresentavam incapacidade. A hipertensão arterial e diabetes foram as mais frequentes. As lesões em 68% dos casos estavam localizadas nos membros inferiores (calcâneo, hálux, região plantar e perna).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), com a finalidade de facilitar o diagnóstico, utiliza a seguinte classificação: hanseníase indeterminada – paucibacilar (PB); tuberculoide (PB); dimorfa – multibacilar (MB); e virchowiana (MB).

Os sintomas e sinais na pele e nos nervos, descritos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), estão relacionados abaixo:

- a) hanseníase indeterminada (PB): lesão de pele geralmente é única, mancha sem alteração do relevo e mais clara do que a pele ao redor, não é elevada, apresenta bordas mal delimitadas, é seca, perda da sensibilidade térmica e/ou dolorosa). Hanseníase tuberculoide (PB) é a forma da doença em que o sistema imune da pessoa consegue destruir os bacilos espontaneamente;
- b) hanseníase dimorfa (MB): apresentam várias manchas de pele avermelhadas ou esbranquiçadas, com bordas elevadas, mal delimitadas na periferia, ou por múltiplas lesões bem delimitadas semelhantes à lesão tuberculoide, a borda externa é pouco definida. Ocorre perda parcial a total da sensibilidade, com diminuição de funções autonômicas, comprometimento assimétrico de nervos periféricos visíveis ao exame clínico;
- c) hanseníase virchowiana (MB): é a forma mais contagiosa da doença, não apresenta manchas visíveis, pele avermelhada, seca, infiltrada, cujos poros apresentam-se dilatados (aspecto de “casca de laranja”), poupando geralmente couro cabeludo, axilas e o meio da coluna lombar (áreas quentes). Com a evolução da doença, aparecem pápulas e nódulos escuros, endurecidos e assintomáticos (hansenomas). Em estágios avançados, pode ocorrer perda parcial a total das sobrancelhas (madarose) e também dos cílios, além de outros pelos, exceto os do couro cabeludo. Face lisa devido à infiltração, nariz congesto, os pés e mãos arroxeados e edemaciados, a pele e os olhos secos.

Redução ou ausência de sudorese, queixas de câimbras e formigamentos nas mãos, pés e dor articular em pacientes jovens, dor testicular.

As reações inflamatórias agudas devido à “desregulação” da resposta imune ao *M. Leprae* são descritas como hansênicas e classificadas em tipo 1 e tipo 2. Na reação tipo 1, surgem lesões na pele, sob a forma de manchas ou placas, presença de infiltrações, alterações de cor e edema nas lesões já existentes, além de dor e espessamento dos nervos. A reação tipo 2, cuja manifestação mais frequente é o eritema nodoso hansênico, tem como características clínicas a presença de nódulos subcutâneos vermelhos e dolorosos, febre, dores nas articulações e mal-estar generalizado (GOMES; FRADE, FOSS, 2007; QUEIROZ *et al.*, 2015).

Soares *et al.* (2004, apud Gomes, Frade e Foss, 2007) relatam que úlceras cutâneas são complicações comuns e de alto impacto, resultantes da neuropatia nos pacientes hansenianos; e que lesões devem ser abordadas precocemente através de tratamento adequado, visto que são porta de entrada para infecções que podem se agravar e conduzir o paciente a complicações irreversíveis graves.

2.2.6 Úlcera de Marjolin

A úlcera de Marjolin, descrita pela primeira em 1928 pelo cirurgião francês Jean-Nicholas Marjolin, é uma degeneração maligna, do tipo carcinoma de células escamosas, sendo que ocorre em feridas crônicas não cicatrizadas que cicatrizam por segunda intenção, com “latência” em média de 3 décadas (TAVARES *et al.*, 2011; ZAKI *et al.*, 2018). Primariamente relacionadas à cicatriz de queimaduras, no entanto podendo desenvolver-se a partir de lesões crônicas como úlceras por pressão, úlceras venosas, úlceras diabéticas, osteomielite, com longo tempo de evolução sem cicatrização; também registram ocorrências de transformação neoplásica (SIMÃO; ALMEIDA; FAIWICHOW, 2012). Esse tipo de tumor é tipicamente agressivo e o risco de recidiva ou metástase após o tratamento é de aproximadamente 20 a 30% (ZAKI *et al.*, 2018).

A malignização de uma ferida crônica não é bem definida e pode resultar de vários fatores, como traumas repetidos, imunodeficiência, fatores de crescimento presentes no exsudado, alterações na vascularização tecidual e predisposição genética. Como sinais locais ocorre intensificação da dor, odor fétido e aumento do volume, áreas exofíticas e friáveis,

alargamento e endurecimento da lesão e tendência à hemorragia. O diagnóstico é confirmado por achados clínicos e histopatológicos (TAVARES *et al.*, 2011).

São morfologicamente ulcerativas, infiltrativas, com bordas elevadas e endurecidas; podendo, menos frequentemente, ser exofíticas ou com tecido de granulação exuberante (SIMÃO; ALMEIDA; FAIWICHOW, 2012).

Simão, Almeida e Faiwichow (2012) relatam que o tratamento, na maioria dos casos, é realizado com ressecção ampla da lesão (margens cirúrgicas de pelo menos 2 cm), podendo ser feita uma cobertura da área resultante com enxerto de pele ou retalhos. A linfadenectomia é restrita para pacientes com linfonodopatia regional palpável, tumores grandes e pouco diferenciados e, em casos extremos, é indicada a amputação.

As medidas de vigilância clínica em paciente com cicatrizes de queimaduras ou feridas com cicatrização estagnada são o controle do processo inflamatório crônico e os cuidados tópicos; objetivando diagnóstico precoce, são ações importantes que evitam mutilações.

Conhecer a etiologia da doença é de fundamental importância para ações cientificamente fundamentadas. Este é o caminho de busca de evidências decorrentes de ações interdisciplinares neste estudo, especificamente “a enfermagem que vem investindo nesta prática e na intenção de trazer para si esse conhecimento e prática”.

Enfim, falamos de toda uma clínica médica, que trata da doença, diagnóstico e tratamento centrados na úlcera de perna, venosa, neuropática e malignização.

2.3 A Teoria das Necessidades Humanas Básicas utilizada por Wanda Horta

A construção de uma teoria brasileira por Wanda de Aguiar Horta intentou explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico e adotar uma metodologia científica (HORTA, 1979).

A enfermagem é uma ciência aplicada que se constrói, saindo hoje da fase empírica para a científica, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se dia a dia uma ciência independente (HORTA, 1974).

Horta (1974) tem sua teoria fundamentada nas necessidades humanas de Maslow, tendo como princípios que a “enfermagem é um serviço prestado ao homem”, “é parte integrante da equipe de saúde” e, como parte da equipe, assiste ao homem e às suas necessidades básicas desenvolvendo “estados de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço”. As necessidades humanas

básica fundamentam a teoria da motivação humana, compreendem as necessidades fisiológicas, sociais, de segurança, estima e autorrealização.

Sell, Souza e Martins (2011), citando Horta (1979), falam do conceito de ser humano, enfermagem e assistir em enfermagem. O ser humano, parte integrante do universo dinâmico, sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço, está em constante interação com o universo, o que pode provocar estados de equilíbrio e desequilíbrio, e se difere dos demais seres por sua capacidade de reflexão, poder de imaginação e simbolização, além de poder unir presente, passado e futuro. É um ser único, integral, e se relaciona com o universo adaptando-se ao meio; sujeito constituído de uma história que traz consigo sua cultura e suas crenças.

Segundo Horta (1974), “assistir em enfermagem é: fazer pelo ser humano tudo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais”.

O ato de cuidar revela sentimentos e ações como vontades, desejos, emoções, atitudes e impulsos, sendo uma relação mútua de ajuda, pautada pelo afeto, respeito ético e moral (SELL; SOUZA; MARTINS, 2011).

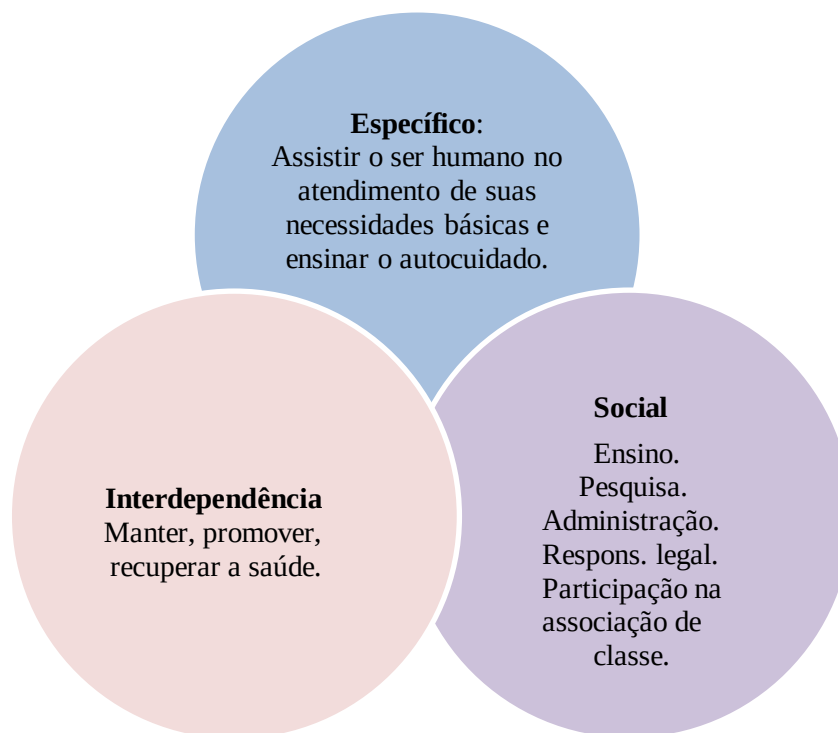
A enfermagem, como responsável pelo processo de “assistir”, respeita as “unicidades” e “individualidade do homem”; o cuidado é “prestado ao homem e não a doença ou desequilíbrio”; o cuidado é “preventivo, curativo e de reabilitação”; “reconhece o homem como membro da família e comunidade”; reconhece o ser humano como “elemento ativo no autocuidar”.

A assistência de enfermagem deve seguir um processo dividido em 5 etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial; plano de cuidados, evolução e prognóstico. No processo de enfermagem são utilizados instrumentos básicos que são o “conjunto de conhecimentos e habilidades fundamentais para o exercício de todas as atividades profissionais”.

Ainda sobre a assistência, Horta define como competências: “comunicação”, “planejamento”, “avaliação”, “método científico”, “resolução de problemas”, “trabalho em equipe”, “destreza manual” e “criatividade” (HORTA; KAMIYAMA; PAULA, 1970).

A enfermeira, no processo de cuidar, desempenha funções específicas, descritas na Figura 1 a seguir:

Figura 1 – Funções da enfermeira segundo Wanda Horta



Fonte: HORTA, 1974.

O conhecimento científico do enfermeiro atrelado à sua prática é importante para identificar com clareza o grau de dependência dos cuidados, diferenciando em maior ou menor grau de importância. O cuidado deve estar atrelado a um plano terapêutico, considerando os hábitos do cliente, e na execução do plano assistencial, a enfermeira deve considerar os graus de dependência de enfermagem agrupados na classificação T, A, O, S, E (HORTA, 1979).

- a) **Total:** fazer pelo paciente aquilo que ele não pode fazer por si só;
- b) **Ajuda:** Auxiliar o paciente a fazer aquilo que ele não pode fazer por si;
- c) **Orientação:** Informação dirigida a um fim específico, com participação ativa do paciente;
- d) **Supervisão:** observação / controle (o paciente resolve o problema e a enfermeira observa e controla);
- e) **Encaminhamento:** quando um problema de enfermagem exige a participação de um outro membro da equipe de saúde.

A elaboração do plano assistencial é função exclusiva do enfermeiro e deve estar incluído em sua prática conforme definido pela Resolução nº 429, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2012), sendo a enfermeira responsável direta pela assistência de enfermagem e pelos registros que são de grande importância para avaliação e desenvolvimento de melhoria dos processos assistenciais.

2.4 Tecnologia educacional como forma de capacitação ou aprender a cuidar

O primeiro conceito de capacitação em serviço ou educação em serviço foi discutido nas décadas de 1960 e 1970 durante as conferências nacionais de saúde. Tinha como principal finalidade os interesses institucionais, ficando os profissionais em segundo plano, uma vez que visava prover os serviços de profissionais mais capacitados para o trabalho (FARAH, 2003).

Capacitar, ensinar, treinar, educar tem sido utilizado em todos os processos de capacitação que, na maioria das vezes, tratam só da doença.

O cuidado de enfermagem baseado em protocolos e de forma sistematizada através de pesquisas e experimentações na prática confere ao enfermeiro a autonomia necessária para um cuidado seguro e de qualidade (BRUM *et al.*, 2015, p. 54-55).

Faz-se necessário, a partir da experiência no ambulatório, assumir a terminologia de enfermagem clínica para (descerrar) o campo específico ou de especialização que seja capaz de fazer a diferença das ações e atividades para o atendimento centrado na pessoa doente. Capacitar deve considerar o corpo, o espaço e o cuidado como categorias teóricas de sustentações das ações de enfermagem.

A tecnologias no campo da enfermagem se classificam em: a) leves: relações e modo de gerenciar os processos de trabalho; b) leve-duras: “saberes estruturados” que operam processo de trabalho em saúde ; c) duras: ferramentas como máquinas que aceleram os processos, como máquinas que melhoram a eficiência do trabalho (PEREIRA *et al.*, 2012).

O desafio de quem gerencia o cuidado hoje é o de valorizar e habilitar-se para utilizar as relações como uma tecnologia, no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua entre os sujeitos. E, através dessas mesmas relações, dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e valorizar trabalhadores e usuários como potentes para intervirem no trabalho vivo em ato – espaço de concretização do cuidado (ROSSI; SILVA, 2005).

Na busca dessa fundamentação teórica, é preciso destacar que a enfermagem tem papel fundamental no processo de cuidado e cura desses clientes, demonstrando preocupação não apenas com a ferida, mas também com a pessoa que porta a ferida. Nesse sentido, o enfermeiro desenvolve o cuidado com avaliação global, indicando a terapêutica adequada, educação para o autocuidado e sua reinserção na sociedade. A terapia tópica é condição primária para a cura das “úlceras de perna” – que foram escolhidas para este estudo, sem associação a outras doenças de base não relacionadas neste estudo.

É necessário conhecimento clínico e prático diante da complexidade da realização em razão das novas tecnologias que têm suas especificidades na aplicação e indicação. Destaca-se a Bota de Unna que tem sua indicação exclusiva para clientes com úlceras de etiologia venosa em que o paciente não tenha limitação de mobilidade, pois a deambulação é necessária para a efetividade do tratamento com a bota. A bandagem elástica com multicamadas consiste em duas, três ou quatro camadas e gera uma pressão uniforme, não tendo contraindicação para pacientes com mobilidade reduzida e oferece uma camada para absorção do exsudato. Sendo, por isso, necessário investigações para dar à enfermagem conhecimentos e caminhos que possam levar à escolha correta do sistema de compressão e contribuir com a melhora desses clientes através de um cuidado humanizado, buscando o bem-estar individualizado.

Terapias especializadas exigem do profissional treinamento para a realização, uma vez que o uso inadequado pode acarretar o insucesso na cura da ferida e até mesmo danos como comprometimento da circulação, isquemia e perda do membro se houver indicação inadequada (ABREU; OLIVEIRA; MANARTE, 2013).

Um dos problemas associados a essas questões específicas é que esse processo exige conhecimento e treinamento adequado, além de repetição, para aquisição de habilidades manuais para o desenvolvimento da pressão adequada.

Como enfermeira atualmente responsável pela Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas em Hospital que serve de campo para ensino e pesquisa, e diante da necessidade de tomar decisões quanto a que tecnologias utilizar no tratamento das úlceras de perna, tenho me preocupado em investigar o que delimitei como objeto e questões que se encontram na apresentação do tema e do problema.

3. METODOLOGIA

O método de escolha é quanti-qualitativo de abordagem diagnóstica sobre intervenção do que vimos fazendo no ambulatório de cirurgia para cuidar de clientes com úlceras de perna. Também busca o saber sobre nosso saber-fazer quando acreditamos fazer diagnóstico de enfermagem e temos uma sistematização; quando fazemos terapia não só compressiva, mas também tópica e que envolve toda uma preocupação com ele como corpo mínimo, indivisível, que traz agregado às suas feridas muitos sofrimentos e dificuldades socioeconômicas e espirituais; que é único e igual aos outros.

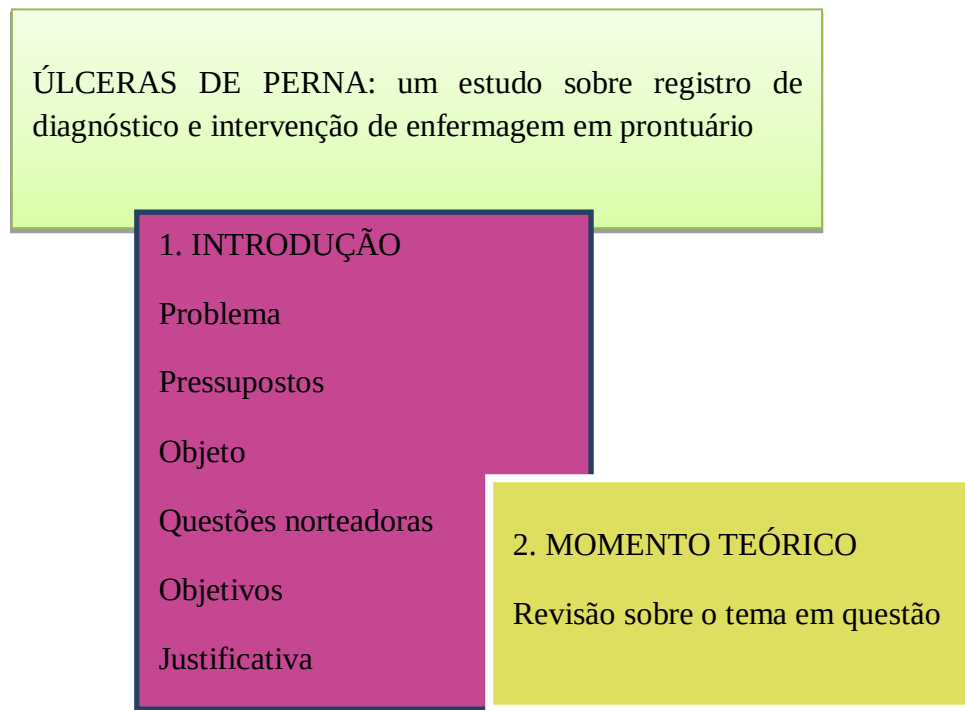
O método qualitativo permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos e suas particularidades, propiciando a criação de novas abordagens e novos conceitos durante a investigação (MINAYO, 2008). Ainda segundo a autora, o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história das relações, das representações, crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos, sentem e pensam (MINAYO, 2008). O estudo descritivo mapeia a realidade, uma vez que tem como objetivo descrever, registrar, analisar e interpretar as dimensões, a importância, o significado de algum fenômeno (GIL, 2010, p. 27-28). Nesse caso, utilizamos uma matematização simples para mensurar nossos achados acerca do que sabemos fazer como o diagnóstico de enfermagem e a sistematização dos cuidados em relação à compressão para o cliente com úlceras diversas, que são clientes que pertencem ao Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG).

A pesquisa quantitativa busca classificar as relações entre as variáveis e sua relação de causalidade com o objeto da pesquisa e “tem a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando uma margem de segurança quanto às inferências feitas” (RAUPP; BEUREN, 2003, p. 93).

Esta pesquisa, que se encontra em um ponto de interseção para saber o que fazemos e o que registramos sobre o que fazemos, é, de um modo “singular”, uma intervenção, porque, diante do atendimento dos clientes de primeira e de subsequentes vezes, foi possível rever o que registramos e adequar nossos espaços aos prontuários utilizados.

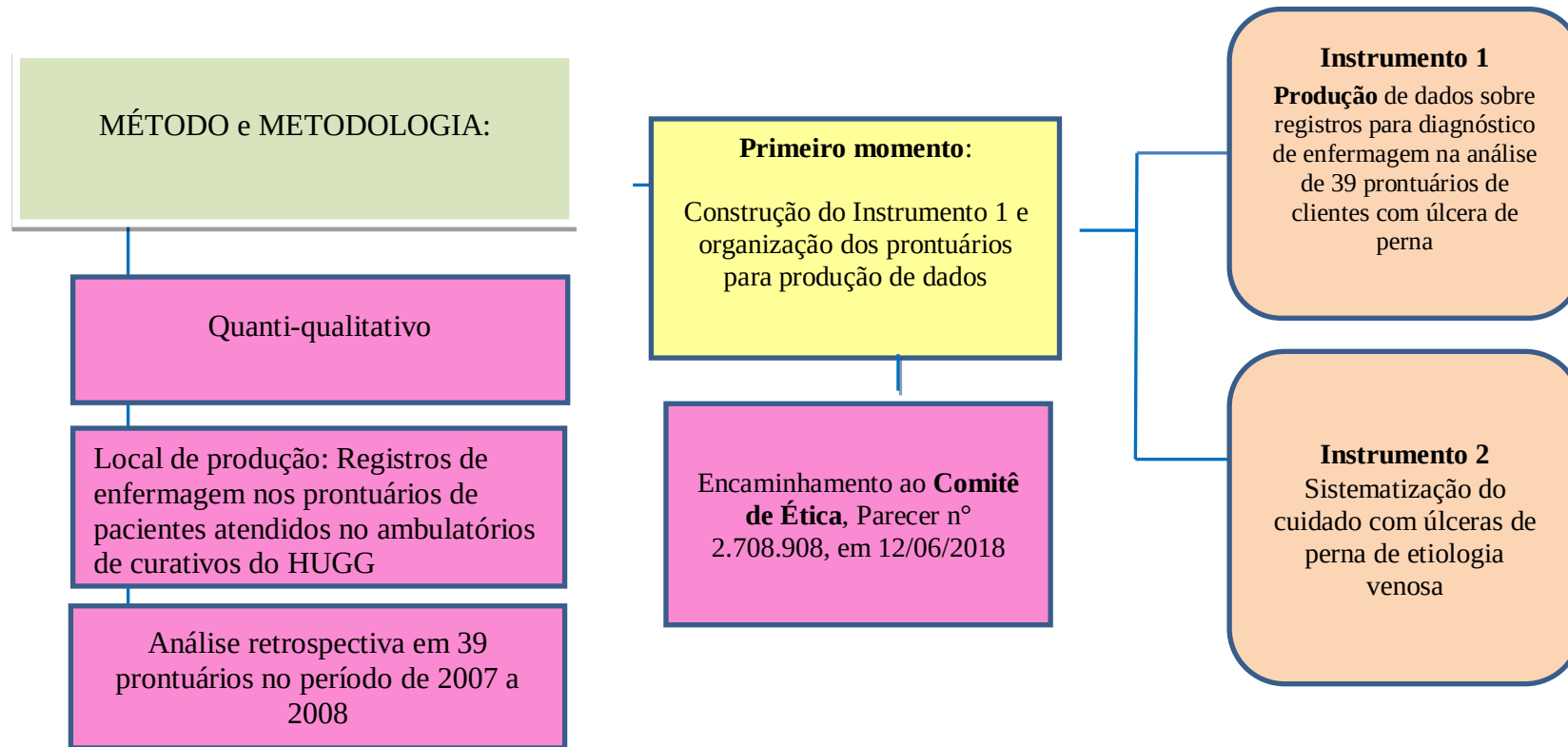
Neste momento, apresentaremos um esquema do estudo que poderá facilitar a compreensão (Figura 2).

Figura 2 – Esquema da estrutura teórica (contexto e conteúdo da proposta)



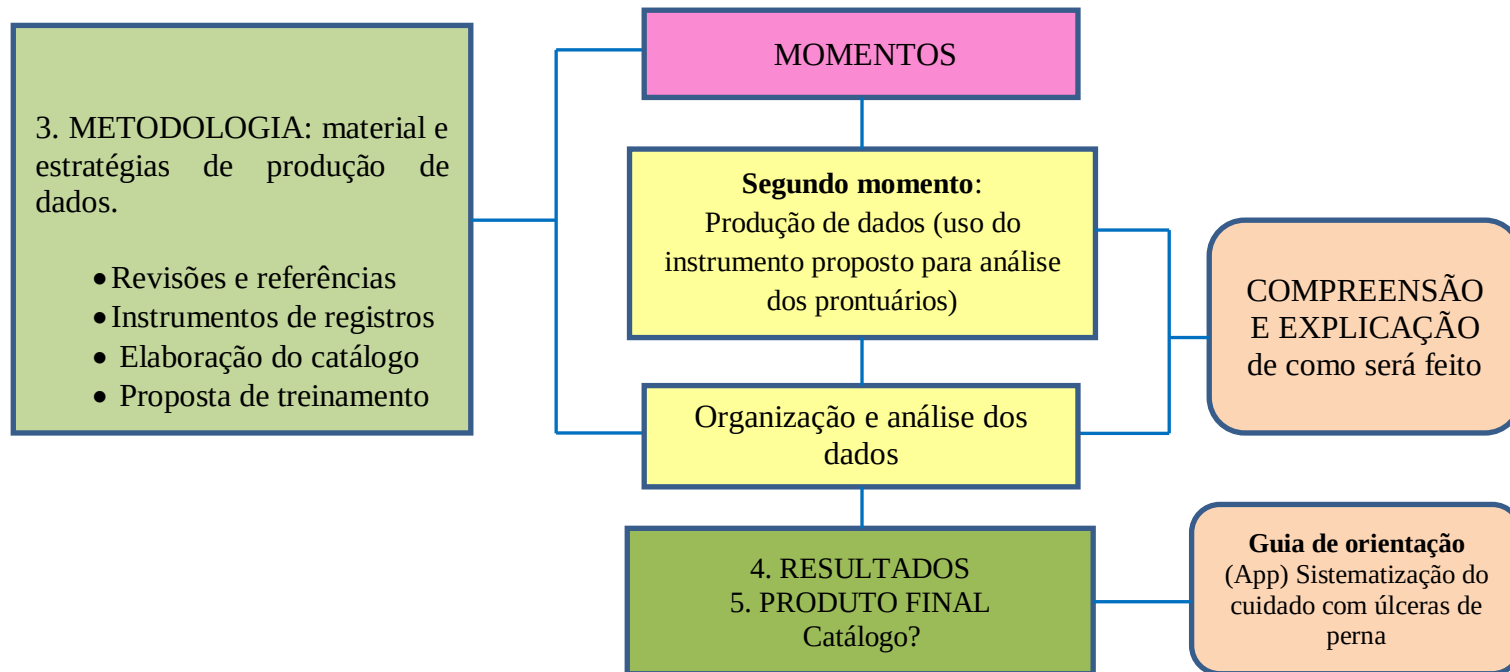
Fonte: A autora, 2019.

Figura 3 – *Modus operandi*



Fonte: A autora, 2019.

Figura 4 – Operacionalização



NOTA: A construção do instrumento do catálogo traz elementos destacados e orientadores para a prática baseado na análise de dados dos prontuários.

Fonte: A autora, 2019.

3.1 Os momentos

3.1.1 O local

O estudo foi desenvolvido em um Hospital no Rio de Janeiro. Os clientes atendidos foram aqueles encaminhados através da cirurgia vascular, que possui alto fluxo de atendimentos. Trata-se de um Hospital Universitário, atualmente com sua capacidade reduzida para 130 leitos de sua totalidade de 203 leitos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Atende múltiplas especialidades de clínicas médica e cirúrgica, dentre as quais podemos destacar: otorrinolaringologia, oftalmologia, cirurgia torácica, ortopedia e traumatologia, neurocirurgia, cirurgia geral, ginecologia, oncologia, cardiologia, pneumologia, hematologia, imunologia, genética, dermatologia, pediatria e neonatologia.

A escolha desta unidade se deve à quantidade de clientes no ambulatório de angiologia e cirurgia vascular que chegam em busca de tratamento para úlcera de perna. O Serviço de ambulatório é a principal porta de entrada do Hospital. O agendamento das consultas e exames é realizado internamente, atendendo à demanda interna dos clientes em acompanhamento no hospital (pareceres), assim como são disponibilizadas vagas para o Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Entre as diversas atividades desenvolvidas, são realizadas consultas médicas, consultas de nutrição, de enfermagem, do serviço social, de fisioterapia, de fonoaudiologia e de psicologia.

A Instituição dispõe de centros cirúrgicos: um centro cirúrgico geral, um obstétrico e um ortopédico, totalizando 12 salas cirúrgicas. Também dispõe de um serviço de hemodiálise com capacidade para atender 6 pacientes em dois turnos. São atendidos aproximadamente 80 clientes por mês pela equipe da angiologia.

3.1.2 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) para apreciação e obteve sua aprovação sob o número de Parecer: 2.708.908 em 12 de junho de 2018. Foram seguidos os princípios éticos de beneficência, não maleficência e preservação da identidade dos participantes do estudo, estabelecidos pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (CNS, 2013).

Não houve necessidade da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devido à pesquisa ser realizada apenas através da análise de prontuários sem informação do nome do cliente e/ou profissional registrado em prontuário. Seguindo-se a norma, obtivemos autorização da Instituição para realização da pesquisa através de termo próprio e carta solicitando anuência da Instituição que serve de cenário à pesquisa.

3.1.3 Sobre a fonte de dados

Prontuários de clientes atendidos no ambulatório de Cirurgia Vascular no período de 2007 a 2008 como iniciativa de implementar um cuidado especializado a pacientes com úlceras vasculares. Trata-se de clientes que, após avaliação médica da Cirurgia Vascular, eram encaminhados para controle e acompanhamento pelas enfermeiras. Participaram do estudo clientes com doenças associadas como: diabetes, hanseníase, úlcera venosa e outras sem diagnóstico definido. Os clientes foram atendidos por 3 profissionais enfermeiros com interesse e especialização no cuidado com feridas e que se deslocavam, nos dias de atendimento, das suas funções nas quais eram escalados rotineiramente em unidades clínicas. Cabe relatar que, devido à dificuldade de espaço físico e horários disponíveis no ambulatório, os encontros aconteciam com intervalos semanais ou quinzenais e no dia e horário reservado para a equipe de cirurgia vascular (as quartas-feiras pela manhã). A coleta de dados se deu através da análise dos registros realizados pelos enfermeiros em prontuário individual num total de 39 clientes. Para a segunda análise, todos os prontuários foram organizados em ordem numérica crescente e analisados através do Instrumento 1.

3.1.4 Produção dos dados

3.1.4.1 Primeiro momento: construção dos dados

Compreende a organização (Quadro 16, APÊNDICE A) os itens que compõem a análise de 39 prontuários a partir do que está proposto nos estudos de Paim e Horta (década de 1960 a 1980) como elementos fundamentais para captar o que estamos dizendo que sabemos e fazemos. Todos os prontuários passaram pelo crivo de 3 itens principais: dimensões do corpo e vida dos clientes; propósitos da enfermagem que cuida de úlceras venosas e diagnóstico de enfermagem. Todos os prontuários foram copiados e encadernados, preservando-se os originais. Para cada cliente foi contabilizado o número de encontros que ocorreram.

3.1.4.2 Segundo momento: organização da análise dos prontuários

A primeira etapa da organização do material produzido constituiu-se de uma análise da ficha de avaliação de feridas (Figura 20, ANEXO A) utilizada na instituição pelas enfermeiras a fim de identificar o preenchimento adequado dos itens e a clareza e descrição das informações. Recolheu os dados sociodemográficos, epidemiológicos e caracterização dos clientes com úlcera de perna, considerando a doença, etiologias, tempo de evolução e tratamentos indicados.

A segunda organização tratou do Instrumento 1 (Figura 20, ANEXO A) sobre o diagnóstico de enfermagem, orientado pelo modelo utilizado por Wanda Horta. Após a leitura dos prontuários, identificamos a necessidade de criar códigos para o que aparecia como dependência. Criamos legendas cujos ícones representam o que achamos; esses dados depois foram estatisticamente organizados como se encontram no Quadro 5.

Quadro 5 – Códigos utilizados para análise dos prontuários

©	Registros que contemplam a dimensão psicobiológica, destacado como interesse a ferida como objeto central da preocupação do profissional.
Δ	Não há registros sobre as outras dimensões: psicobiologias, espirituais, espaciais, socioeconômicas, psicobiológicas e diagnósticos.
Φ	Registros que indicam um subentendimento do diagnóstico parcial, como Ajuda, Supervisão, Orientação e Encaminhamento, que foram registrados parcialmente e confirmados pelos resultados. É identificada uma posição diagnóstica no Diagnóstico de Enfermagem, mas todos os dados existentes apontam que os doentes são de dependência parcial.

Fonte: A autora, 2019.

4. RESULTADOS

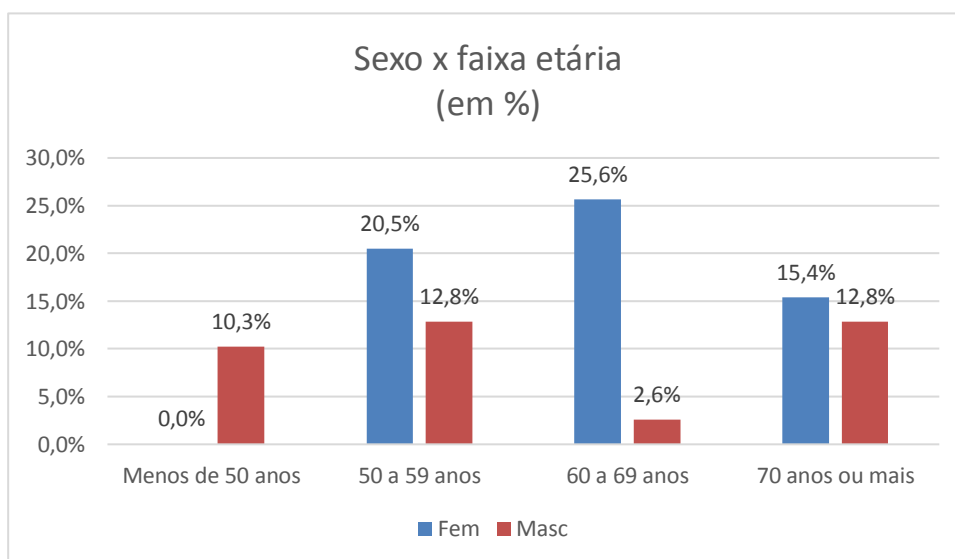
4.1 Dados sociodemográficos e epidemiológicos

Conforme falamos inicialmente, analisamos 39 prontuários de clientes com úlcera para rastrear nos registros de enfermagem dados que contemplassem as dimensões biopsicofisiológicas numa Sistematização, Diagnóstico e Intervenção proposta.

O que encontramos:

Dados sociodemográficos, cujas frequências dos temas estão nos Gráficos 1 a 3 e nas Tabelas 1 a 8 que se seguem:

Gráfico 1 – Idade e sexo

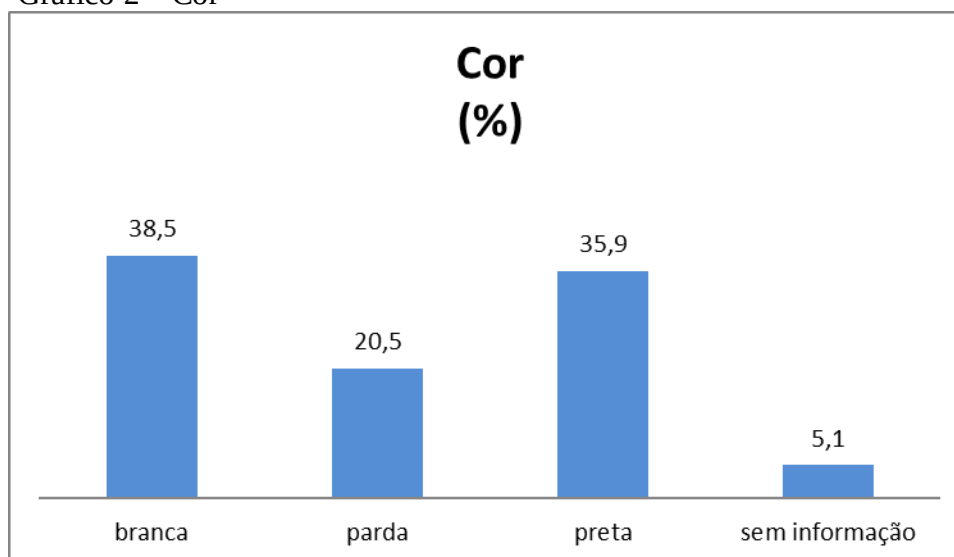


Fonte: A autora, 2019.

Os registros indicam que as mulheres são a maior incidência de úlceras (61,5%) e os homens estão em menor número (38,5%). Quando analisamos os dados associados à idade, percebemos que o sexo feminino está na faixa etária > 50 anos: 20,5% na faixa etária de 50 a 59 anos, 25,6% na faixa etária de 60 a 69 anos, 12,8% com mais de 70 anos, reforçando os dados encontrados em outros estudos; e estão relacionados a alterações hormonais e alterações fisiológicas relacionadas à idade (COSTA, 2014). Silva *et al.* relatam que mulher com úlcera tem “dificuldades relacionadas à própria higienização, vestimentas e calçados, repouso e adesão ao tratamento tópico e compressivo da úlcera venosa crônica, além do controle da dor”. Ainda

em seu estudo, Jesus (2014) encontrou uma frequência de 58,1% (32) do sexo masculino, sem analisar a relação com a idade, resultado diferendo do presente estudo.

Gráfico 2 – Cor



Fonte: A autora, 2019.

Quanto à cor, há um equilíbrio entre branco (38,5%) e preto (35,9%), não sendo evidenciados em outros estudos os dados em relação à cor.

Tabela 1 – Fatores associados à doença venosa

	HAS		DM		TABAGISMO		CARDIOPATIA		ETILISMO	
	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%
Sim	21	53,8	10	25,6	9	23,1	6	15,4	3	7,7
Não	18	46,2	28	71,8	25	64,1	28	71,8	34	87,2
Ex					3	7,7			1	2,6
Sem resposta			1	2,6	2	5,1	5	12,8	1	2,6
Total Geral	39	100	39	100	39	100	39	100	39	100

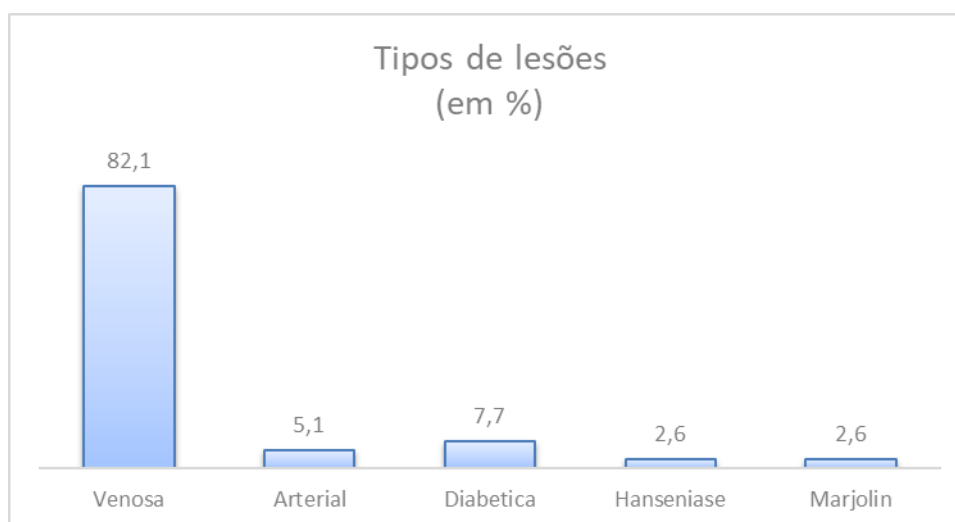
Legenda: DM: *Diabetes Mellitus*; HAS: Hipertensão arterial sistêmica.

Fonte: A autora, 2019.

A Tabela 1 analisa as principais doenças crônicas degenerativas – que influenciam no aparecimento de úlceras – presentes nas prevalências em portadores de úlceras venosas, sendo a HAS (53,8%) de maior frequência, seguida de DM (25,6%) e cardiopatia (15,4%). Os dados aqui mostrados, analisados nos registros, merecem atenção quando os clientes afirmam que não bebem (87,2%) e não fumam (64,1%), uma vez que sabemos que as doenças e os hábitos são condições das úlceras. Apenas 7,7% se afirmaram ex-tabagistas e 23,1% tabagistas (JESUS,

2014). Outros fatores como dislipidemia e peso não foram investigados neste estudo. Diferentes do estudo de Sell, Souza e Martins (2011), que identificou etilismo em 3 (9,7%) e tabagismo em 19 (61,3%).

Gráfico 3 – Tipos de lesões



Fonte: A autora, 2019.

Corroborando o que está estabelecido na literatura, o Gráfico 3 (82,1%) demonstra que o que mais se destaca são as úlceras venosas, seguida da úlcera diabética (7,7%) e arterial (5,1%) (BORGES; SANTOS; SOARES, 2017; COSTA, 2014; JESUS, 2014; SANT'ANA, 2011).

Tabela 2 – Distribuição por área programática

	N.A.	%
AP 1	7	17,9
AP 2	2	5,1
AP 3	6	15,4
AP 4	1	2,6
AP 5	5	12,8
RJ – Outros municípios	18	46,2
Total	39	100,0

Legenda: AP: Área Programática.

Fonte: A autora, 2019.

A Tabela 2 analisa a distribuição por áreas programáticas dentro do município do Rio de Janeiro (vide original com todas as regiões por AP no Quadro 18, APÊNDICE C) que tem

por objetivo fazer uma distribuição equânime do acesso dentro da sua região. A organização espacial do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo distribuir os clientes o mais próximo possível de seus locais de moradia, no entanto 94,9% dos que estão sendo atendidos no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) estão muito longe de seus territórios e apenas 5,1% residem na AP do Hospital. Em reportagem no Jornal O Globo de 01/09/2016 (BACELAR, 2016), estimou-se que o tempo médio de deslocamento do trabalhador que reside longe das regiões metropolitanas está em torno de 141 minutos. Esses dados reforçam o impacto do tempo de deslocamento, considerando que pacientes atendidos residem em outros municípios do Rio de Janeiro, e que o horário de atendimento ocorre pela manhã.

O cuidado com os clientes está para além do cuidado com as úlceras; há a preocupação com os riscos diretos e indiretos de morarem longe, impactando no resultado do tratamento devido aos seguintes fatores: a) econômico, com passagens e alimentos; b) risco de lesões que podem acontecer durante o traslado em ônibus e trens muitos cheios. Desse modo, tudo indica que temos ou deveríamos ter um diagnóstico social e outro clínico para prevenção de danos.

Condições de apresentação do tecido das úlceras:

Tabela 3 – Localização anatômica e quantidade de lesões

	N.A.	%
MID	17	43,6
1	15	38,5
2	1	2,6
3	1	2,6
MIE	14	35,9
1	10	25,6
2	2	5,1
3	2	5,1
MID+MIE	7	17,9
1	7	17,9
PLANTAR	1	2,6
TOTAL GERAL	39	100

Legenda: MID: Membro inferior direito; MIE: Membro inferior esquerdo.

Fonte: A autora, 2019.

A Tabela 3 analisa a distribuição anatômica das lesões e quantidades de lesões por membro acometido delimitada pelas categorias: 1 (lesão única), 2 (duas lesões) e 3 (três lesões), podendo estar localizada(s) em um membro ou em ambos. O MID foi o mais acometido com 43,6% e 17,9% desenvolveram lesões em ambos os membros. Apenas 1 paciente foi descrito

como úlcera plantar. Outros estudos evidenciaram mais de uma lesão (JESUS, 2014; SANT'ANA *et al.*, 2012). Apenas 1 paciente registrou lesão em topografia plantar.

Tabela 4 – Tempo de evolução

	N.A.	%
Até 1 ano	12	30,8
Mais de 1 a 5 anos	8	20,5
Mais de 5 a 10 anos	11	28,2
Mais de 10 anos	3	7,7
Sem informação	5	12,8
Total geral	39	100

Fonte: A autora, 2019.

Tabela 5 – Tamanho da lesão

	N.A.	%
Até 5 cm ²	5	12,8
Mais de 5 a 10 cm ²	6	15,4
Mais de 10 a 15 cm ²	5	12,8
Mais de 15 a 30 cm ²	4	10,3
Mais de 30 cm ²	6	15,4
Sem informação	13	33,3
Total	39	100

Fonte: A autora, 2019.

A Tabela 4 descreve o tempo de evolução da lesão relatado pelos clientes durante a admissão: 30,8% informaram tempo inferior a 1 ano, 20,5% de 1 a 5 anos, 28,5% de 5 a 10 anos e 12,8% não souberam informar o tempo de evolução da lesão. A Tabela 5 descreve o tamanho da lesão, foram distribuídos com intervalos de 5cm². (12,8%) obtiveram medidas até 5cm², (15,4%) de 5 a 10cm², (15,4%) mais de 30cm² e (33,3%) não foram encontrados registros sobre medidas da ferida.

Tabela 6 – Prevalência de fatores que interferem na cicatrização

	Fatores															
	Esfacelo		Maceração		Granulação		Ceratose		Dermatite		Linfedema		Necrose coagulação		Erisipela	
Presença	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%
Sim	27	69,2	18	46,2	16	41,0	14	35,9	10	25,6	7	17,9	6	15,4	1	2,6
Não	4	10,3	12	30,8	11	28,2	13	33,3	18	46,2	16	41,0	27	69,2		0,0
Sem informação	8	20,5	9	23,1	12	30,8	12	30,8	11	28,2	16	41,0	6	15,4	38	97,4
Total	39	100	39	100	39	100	39	100	39	100	39	100	39	100	39	100

Fonte: A autora, 2019.

Em relação à apresentação do tecido das úlceras, observamos distribuição semelhante quanto à presença ou não de ceratose (35,9% e 33,3%, respectivamente). As úlceras apresentaram o seguinte perfil: esfacelo (69,2%), maceração (46,2%), granulação (41,0%) e necrose de coagulação (15,4%). Em relação às condições da pele ao redor da lesão e do membro afetado, encontramos a dermatite (25%), erisipela (2,6%) e linfedema (17,9%). Identificar as várias apresentações clínicas exige um conhecimento específico, de prática e habilidade para

identificar os diferentes tipos de tecidos e saber como tratá-los. Essas condições alertam para a necessidade de ajustes da terapia tópica que promovam o equilíbrio da umidade e remoção do tecido desvitalizado.

Tabela 7 – Tratamento atual

	N.A.	%
Papaína	13	33,3
Iruxol	9	23,1
Sulfadiazina de prata	9	23,1
Hidrogel	3	7,7
PHMB	2	5,1
AGE	1	2,6
Alginato de cálcio	1	2,6
Amputação	1	2,6
Total geral	39	100

Legenda: AGE: Ácido graxo essencial; PHMB: Polihexanida.

Fonte: A autora, 2019.

Tabela 8 – Indicação de terapia compressiva

Compressão	N.A.	%
Sim	31	79,5
Não	6	15,4
Sem informação	2	5,1
Total	39	100

Fonte: A autora, 2019.

Na Tabela 7 encontramos os tratamentos tópicos: Papaína (33,3 %), Iruxol (23,1 %) e o Hidrogel (7,7%), num total de 64,1% que receberam cuidados específicos para desbridamento enzimático e autolíticos, configurando a presença de tecidos desvitalizados. Como antisséptico tópico, foram utilizados a Sulfadiazina de prata em 01% (23,1%) e PHMB (5,1%) em tratamentos para controle da flora bacteriana. Como desfecho e não terapia propriamente, apenas 2,6% evoluíram para amputação por orientação médica. Na Tabela 8 observamos a indicação de terapia compressiva que teve uma frequência de 79,5%. No entanto, os clientes foram orientados a realizar o enfaixamento tipo bota com ataduras de crepom. A terapia compressiva é procedimento que pode gerar risco ocasionado por tensão irregular, por isso deve ser realizada por um profissional treinado e com habilidade para realizar a bandagem. A terapia tópica em feridas envolve cuidados específicos para recuperação tecidual como limpeza adequada da ferida, remoção de tecidos desvitalizados e prevenção de infecção (DEALEY, 2008; JESUS, 2014; SELL; SOUZA, MARTINS, 2011). Fica clara a importância do conhecimento do enfermeiro mediante as multivariadas apresentações da terapia tópica e de fazer a escolha e/ou participar ativamente nas indicações da terapia tópica.

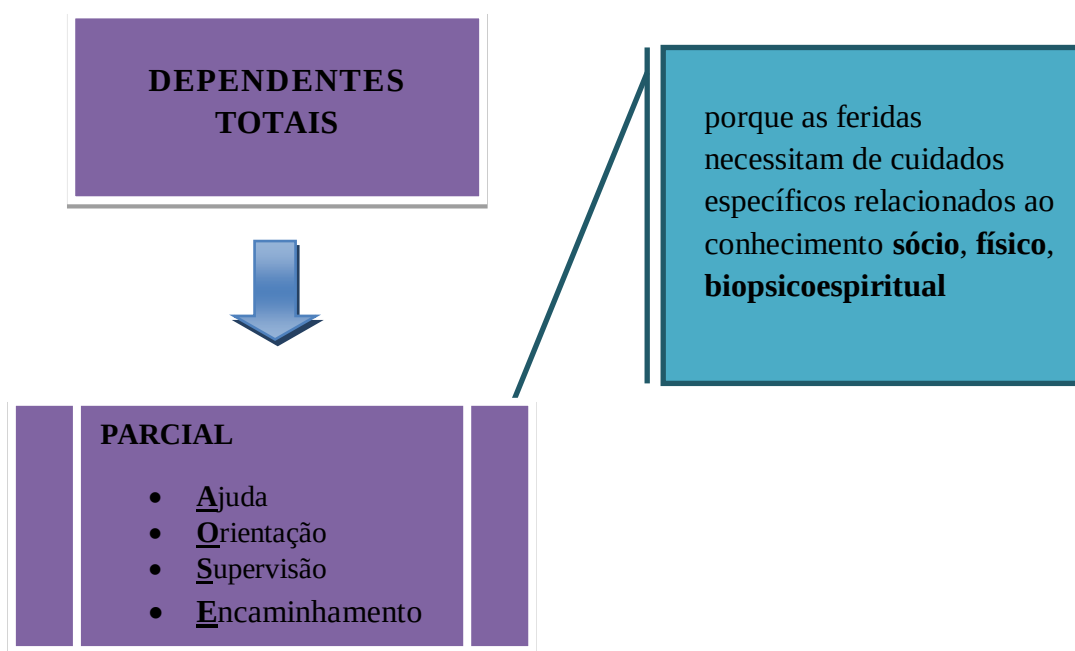
Cuidados devem ser dispensados às orientações quanto à prevenção de incidência e recidiva de lesões que podem estar relacionadas ao ambiente domiciliar (disposição dos móveis), riscos em atividades comuns como ir ao mercado (traumas por carros de compras),

transportes urbanos (traumas gerados por terceiros) e também a forma de colocar a meia elástica.

4.2 Análise dos registros em prontuários

Para a segunda análise dos registros dos prontuários, entendemos que é pertinente apresentar ao leitor um esquema de imagens do modelo de Horta (1979), que utilizamos para pensar o Diagnóstico de Enfermagem, buscando nos registros encontrados da nossa análise sobre as dependências propostas pela autora.

Figura 5 – Diagnósticos de Wanda Horta



Fonte: A autora, 2019.

Quadro 6 – Presença dos elementos dos cuidados de Horta nos registos de enfermagem no prontuário (continua)

Sujeitos	Quantidade de encontros	Dimensões			Objetivos do cuidado						Diagnóstico de dependência			
		Fisicobiológica	Psicológicas	Socioeconômica	Preservar a saúde	Prevenir a doença	Detectar sinais e sintomas	Restabelecer e reabilitar	Prover a saúde	Implementar cuidados	Ajuda	Orientação	Supervisão	Encaminhamento
1	8	©	Δ	Δ	Δ	Δ	Φ	©	Δ	Φ	Φ	Φ	Φ	Δ
2	7	©	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	©	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
3	4	©	Δ	Δ	©	©	©	Δ	Δ	©	Φ	Φ	Φ	©
4	5	©	Δ	Δ	Δ	Δ	©	©	Φ	©	Φ	©	Φ	©
5	5	©	Δ	©	Δ	Φ	©	Δ	Δ	©	Δ	©	©	Δ
6	4	©	©	Δ	Δ	©	©	Δ	Δ	©	Δ	©	©	Δ
7	1	©	Φ	©	Δ	Δ	©	Δ	Δ	©	Δ	Δ	Δ	Δ
8	5	©	Δ	©	Δ	Δ	©	Δ	©	©	Δ	©	©	©
9	2	©	Δ	©	Δ	Δ	©	Δ	Δ	©	Δ	Δ	©	Δ
10	1	©	Δ	©	Δ	©	Δ	Δ	Δ	Φ	Δ	Φ	Φ	Δ
11	2	©	Δ	©	©	©	©	Δ	Δ	©	Δ	Δ	©	©
12	3	©	Δ	©	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	©	Δ	©	Φ	©
13	20	©	Δ	©	Δ	Δ	©	©	Φ	©	Φ	©	©	Φ
14	11	©	Δ	Δ	Δ	©	©	Φ	Δ	©	©	©	©	Φ
15	16	©	Δ	©	Δ	©	©	Δ	Δ	©	Φ	©	©	Δ
16	20	©	Δ	©	Δ	©	©	Φ	Φ	©	Φ	©	©	©
17	18	©	Δ	©	©	©	©	Δ	Δ	©	Δ	©	©	Φ
18	1	©	Δ	©	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	©	Δ	©	Δ	Δ
19	22	©	Δ	©	©	Δ	Φ	Φ	Φ	©	Δ	©	©	Δ
20	11	©	Δ	©	Φ	Δ	©	©	Φ	©	Δ	©	©	©

Quadro 6 – Presença dos elementos dos cuidados de Horta nos registros de enfermagem no prontuário (conclusão)

21	4	©	Δ	©	Δ	©	©	Δ	φ	©	φ	©	φ	Δ
22	1	©	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	©	Δ	Δ	Δ	Δ
23	7	©	Δ	©	Δ	©	φ	Δ	φ	©	φ	©	φ	©
24	4	©	φ	©	©	©	©	φ	Δ	©	φ	©	φ	©
25	5	©	Δ	©	φ	φ	φ	φ	φ	©	φ	©	φ	Δ
26	2	©	Δ	©	φ	φ	φ	φ	φ	©	φ	©	©	φ
27	14	©	Δ	©	Δ	φ	©	φ	φ	©	φ	©	©	Δ
28	15	©	Δ	Δ	Δ	©	©	©	φ	©	φ	φ	φ	©
29	19	©	Δ	©	©	©	Δ	φ	©	©	φ	©	©	Δ
30	4	©	Δ	©	©	©	©	Δ	©	©	©	©	©	φ
31	3	©	Δ	©	Δ	©	Δ	©	φ	©	φ	φ	©	φ
32	16	©	Δ	©	φ	φ	φ	φ	φ	©	φ	©	©	©
33	13	©	Δ	©	Δ	©	©	©	©	©	φ	φ	©	©
34	3	©	Δ	©	Δ	©	©	©	φ	©	φ	φ	©	©
35	1	©	©	©	Δ	©	©	φ	©	©	φ	φ	φ	φ
36	23	©	Δ	©	Δ	©	©	φ	φ	©	φ	©	©	©
37	16	©	Δ	©	φ	φ	©	φ	©	©	φ	φ	©	φ
38	1	©	Δ	©	Δ	©	φ	φ	φ	©	φ	©	Δ	Δ
39	3	©	Δ	Δ	Δ	Δ	φ	Δ	Δ	©	Δ	©	φ	Δ

Legenda: © – registros que contemplam as dimensões do cuidado – Não há registros sobre as outras dimensões; φ – registros que indicam um subentendimento do cuidado e/ou diagnóstico.

Fonte: A autora, 2019.

Foram realizados de 1 a 22 encontros num total de 320, com média de 8.2 encontros com intervalos semanais ou quinzenais. Os registros a partir desses encontros resultaram numa leitura de 507 palavras (códigos) contidas no Quadro 6, em que 236 são registros sobre cuidados elencados nas dimensões dos cuidados; em 114 não há registro das dimensões; e 157 são registros dos cuidados que foram elencados no Modelo de Wanda: orientação, supervisão e encaminhamento.

As variáveis que compõem o Tabela 7, somam 13 e estão relacionadas ao que diz respeito a:

Foram coletadas 13 variáveis neste trabalho: Fisicobiológicas, Psicobiológicas, Espacial / Socioeconômicas, Preservar Saúde, Prevenir doença, Detectar sinais e sintomas, Restabelecer e reabilitar, Prover a Saúde, Implementar cuidados; Ajuda, Orientação, Supervisão, Encaminhamento. Para análise dos dados, estes foram transcritos para uma planilha utilizando-se o programa Microsoft Excel® 2010. As inferências e sua significância foram expressas pelo valor de p. A análise foi realizada através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 23. O nível de significância adotado foi de 5%.

Dessa organização foram criadas tabelas (Tabelas 9 a 12) com a distribuição das frequências como apresentamos a seguir:

Tabela 9 – Distribuição dos registros nas dimensões do cuidado

	Dimensões do cuidado							
	Fisicobiológicos		Psicobiológicos		Espacial / Socioeconômico		Total Registros Dimensões	
	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%
©	39	100	2	5,1	30	76,9	71	60,7
Φ			3	7,7	1	2,6	4	3,4
Δ			34	87,2	8	20,5	42	35,9
Total	39	100	39	100	39	100	117	100

Fonte: A autora, 2019.

Tabela 10 – Distribuição dos registros dos objetivos do cuidado

Objetivos dos cuidados															
	Preservar a saúde		Prevenir doença		Detectar sinais e sintomas		Restabelecer e reabilitar		Prover saúde		Implementar cuidados		Total Registros Objetivos dos cuidados		
	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	
©	7	17,9	20	51,3	24	61,5	9	23,1	6	15,4	36	92,3	102	43,6	
φ	6	15,4	7	17,9	9	23,1	13	33,3	17	43,6	3	7,7	55	23,5	
Δ	26	66,7	12	30,8	6	15,4	17	43,6	16	41,0		0,0	77	32,9	
Total	39	100	39	100	39	100	39	100	39	100	39	100	234	100	

Fonte: A autora, 2019.

Tabela 11 – Distribuição dos registros dos diagnósticos de enfermagem

	Grau de dependência									
	Ajuda		Orientação		Supervisão		Encaminhamento		Total Registros	
	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%
©	2	5,1	25	64,1	22	56,4	14	35,9	63	40,4
φ	23	59,0	10	25,6	13	33,3	9	23,1	55	35,3
Δ	14	35,9	4	10,3	4	10,3	16	41,0	38	24,4
Total	39	100,0	39	100,0	39	100,0	39	100,0	156	100,0

Fonte: A autora, 2019.

As variáveis das Tabelas 9, 10 e 11 são referentes a 39 pacientes. Todas as variáveis estudadas foram preenchidas. Todas as observações referentes à variável Fisicobiológica apresentaram grau de dependência © (presença de registros).

As variáveis mostram que o registro de cuidados aparece num total de 236 vezes. Ocorreram 71 vezes nas variáveis das dimensões dos cuidados biopsicológicos, fisiológicas e socioeconômicas; 102 vezes nas variáveis dos objetivos do cuidado; 63 vezes nas variáveis do Diagnóstico de Enfermagem. As frequências de ausência de registros aparecem 157 vezes, distribuídas em 42 vezes nas dimensões biopsicológicas e fisiológicas; 77 vezes nas variáveis objetivos do cuidado; 38 nas variáveis do Diagnóstico de Enfermagem. Quanto aos registros que indicam um subentendimento do diagnóstico parcial de Horta, aparecem 114 vezes nas variáveis identificadas correspondendo a 4 vezes nas dimensões biopsicológicas e fisiológicas; 55 vezes nos objetivos do cuidado; e 55 nas variáveis do Diagnóstico de Enfermagem.

Há uma preocupação com os registros relacionados ao cuidado seguindo um modelo biomédico quando detectamos a presença de 100% dos registros nas dimensões fisicobiológica, 61,5% em detectar sinais e sintomas e 92,3% em implementar cuidados e prescrições.

Observamos uma lacuna concernente ao entendimento do paciente de forma holística quando encontramos 87,2% de ausência de registro na dimensão psicobiológica. Desta forma, observamos que há um registro de “um cuidado” no prontuário que “parece incompleto”, não definindo o que foi feito e sem muita clareza.

Um questionamento surge quando se pensa nas dificuldades de pacientes obesos, idosos com déficit de acuidade visual e em qual grau de dependência estariam incluídos. Investigar informações quanto à capacidade de autocuidado, facilidade e capacidade de compreensão para realização dos cuidados talvez seja necessário para a inclusão de dependência total de forma mais frequente.

Quanto aos registros nos quais aparecem as variáveis de Horta, como se apresenta na Tabela 12 abaixo, através da análise inferencial foi realizado o Teste Exato de Fisher no *software* estatístico IBM-SPSS, versão 23. Para realização do teste adotou-se a variável dicotômica, somando-se os códigos © e φ, com atribuição do valor "1", e atribuiu-se o valor "0" para o código Δ.

Tabela 12 – Relação de dependência “nas variáveis da Horta” e nos tipos de dependência-relação de dependência variável

TIPO DE DEPENDÊNCIA	OBJETIVOS DO CUIDADO	Teste Exato de Fischer Exact Sig. (1-sided)
DEP. AJUDA	Prevenir a doença	,001
	Restabelecer reabilitar	,000
	Promover saúde	,001
DEP. ORIENTAÇÃO	Restabelecer reabilitar	,029
	Promover saúde	,022
DEP. ENCAMINHAMENTO	Restabelecer reabilitar	,048
	Promover saúde	,026

Fonte: A autora, 2019.

Ao avaliar os cruzamentos (tabelas de contingências 2x2) das variáveis/níveis do agrupamento Objetivos do Cuidado *versus* as variáveis do agrupamento Dimensão, e das variáveis/níveis do agrupamento Objetivo do Cuidado *versus* as variáveis do agrupamento Diagnóstico, procurando entender se existe associação entre elas, considerando a amostra trabalhada, este tipo de cruzamento gera um número pequeno de casos em alguns cruzamentos

e por isso adotou-se, como já exposto antes, o teste exato de Fisher, já que o qui-quadrado não é um bom teste para situações como estas.

Nossa hipótese a ser testada é: Não há associação entre as variáveis do Objetivo do cuidado, Dimensões e Diagnóstico.

Todas as 28 tabelas 2x2 (ver resumo no Apêndice C) foram testadas e em apenas 7 situações encontramos $p < 0,05$, então apenas para essas rejeito, concluindo que apenas nelas encontramos associação.

As variáveis de Objetivos do Cuidado, como implementar cuidados (100% preenchida), Detectar sinais e sintomas (85% preenchida) e Preservar a saúde (69% preenchida) não apresentaram nenhuma associação com variáveis de Dimensões e/ou Diagnóstico.

Apenas as variáveis de Objetivos do Cuidado: Implementar cuidados, Detectar sinais e sintomas e Preservar a saúde apresentou-se cada uma associada a um ou mais Diagnósticos.

No estudo da Tabela 11 Diagnósticos, optou-se em trabalhar com as variáveis agrupadas conforme Tabela 7. Essas informações são as variáveis de estudo retiradas do Instrumento 1 e chamadas de variáveis nominais.

Quadro 7 – Instrumento orientador de coleta de dados do prontuário

Agrupamento	Variáveis/Níveis
Dimensões	FISICO/ BIO PSICO/ BIO ESPACIAL/ SOCIO
Objetivo de Cuidado	PRESERVAR SAUDE PREVENIR A DOENÇA DETECTAR SINAIS E SINTOMAS RESTABELECEER REABILITAR PROMOVER SAÚDE IMPLEMENTAR CUIDADOS
Tratamento	DEP. AJUDA DEP. ORIENTAÇÃO DEP. SUPERVISAO DEP. ENCAMINHAMENTO

Fonte: A autora, 2019.

Para a realização das análises estatísticas, escolheu-se simplificar a variável. Se a informação do portuário foi preenchida de forma completa ou parcial, consideramos que houve preenchimento ($\odot + \phi$) ou não houve preenchimento (Δ). Dessa forma, os dois primeiros níveis foram agrupados. Essa variável é considerada nominal e tem uma característica específica, pois

assume apenas dois valores: valor 1 para ($\odot + \Phi$) e 0 para (Δ), que é nominada como uma variável dicotômica.

No primeiro teste utilizado verificou-se a dependência entre o nível de preenchimento das variáveis nos 3 agrupamentos para entender se alguma delas foi privilegiada ou não neste processo de preenchimento. Isso poderia indicar deficiência no treinamento ou mesmo um viés de conduta dos funcionários/enfermeiros/pessoas que preenchem.

Um dos testes estatísticos comumente utilizado para avaliar tabelas de contingências (tabelas cruzadas de dados) e detectar dependência entre variáveis, como é o nosso caso, é o teste de qui-quadrado (X^2_{gl}). É um teste não paramétrico, exclusivo para variáveis nominais e ordinais. O princípio básico deste teste é comparar proporções, ou seja, avaliar se há diferenças entre as porcentagens observadas (contagens dos dados do prontuário) e esperadas (total de todas as contagens). Sempre que buscamos encontrar dependência entre duas variáveis este teste foi utilizado.

Quando, eventualmente, encontrou-se uma dependência entre as variáveis, foi realizado o teste de proporção – chamado teste Z. Esse teste foi aplicado para avaliar eventuais diferenças percentuais de preenchimento entre os agrupamentos Dimensões, Objetivos do Cuidado e Diagnóstico, ou, ainda, diferenças entre os percentuais de preenchimento dos níveis de cada agrupamento (ex.: em dimensão tem-se os níveis Físico/ Bio, Psico/ Bio e Espacial/ Socio).

Em algumas situações foi utilizado o teste Exato de Fisher, que é uma variação do teste de qui-quadrado, quando estávamos trabalhando com uma tabela de contingência com duas entradas (2x2) e obtínhamos um número menor que 5 nas células das tabelas abaixo. Este teste avaliou a diferença percentual de preenchimento entre um nível do agrupamento Dimensões e um nível do agrupamento Diagnóstico. O teste foi feito com todos os cruzamentos dos níveis do agrupamento, assim como entre os níveis dos agrupamentos e entre as do Objetivo do Cuidado e Diagnóstico.

Em todos os testes, o nível de significância estatístico adotado foi de 5% (ou $p_{teórico}=0,05$), ou seja, é o nível de segurança determinado para a tomada de decisão, aceitar ou rejeitar uma hipótese que foi testada. Desse modo, em cada teste de hipótese foi calculado um $p_{calculado}$, e sempre que $p_{calculado} < 0,05$, a hipótese foi rejeitada; caso contrário, era aceita.

Todos os testes e tabelas produzidos para este estudo foram executados no *software* estatístico IBM SPSS *Statistics*, versão 23.

Considerando a hipótese “O preenchimento dos prontuários foi igual para todos os agrupamentos estudados?”, a primeira avaliação foi verificar se o nível de preenchimento se deu igualmente entre as 3 dimensões, avaliando-se todos os níveis de cada agrupamento juntos.

Tabela 13 – Aplicação do teste Z para Dimensões

TOTAL DOS AGRUPAMENTOS								
	DIMENSÃO		CUIDADOS		DIAGNÓSTICOS		TOTAL	
	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%
© e φ	75	64,1%	157	67,1%	118	75,6%	350	69,0%
Δ	42	35,9%	77	32,9%	38	24,4%	157	31,0%
TOTAL	117	100%	234	100%	156	100%	507	100%

Fonte: A autora, 2019.

Para esta avaliação, utilizou-se o teste de qui-quadrado com 2 graus de liberdade (X^2_2), cujo resultado do $X^2_{\text{calculado}}$ foi 4,93, com $p_{\text{calculado}}=0,085$, portanto aceito a hipótese, a um nível de significância de 5% ($p_{\text{calculado}} > 0,05$), ou seja, conclui-se que o nível de preenchimento não depende do agrupamento de estudo, ou seja, o preenchimento ou ausência de preenchimento foi igual durante todo o processo (são iguais).

O nível médio de preenchimento correto dos prontuários de 2017 foi de 69%.

Nesta etapa foram realizadas comparações do % de preenchimento Completo + Parcial (© e φ), dentro de cada característica proposta: Dimensões, Objetivos dos Cuidados e Diagnóstico. Para tanto, aplicou-se o teste Z para identificar onde estão os percentuais que identificam a dependência. Todos os testes foram efetuados com um nível de significância de 5%.

Tabela 14 – Análise do perfil de preenchimento das Dimensões

DIMENSÕES					
FÍSICO/ BIO		PSICO/ BIO		ESPACIAL/ SOCIO	
N.A.	%	N.A.	A	N.A.	B
			%		%
39	100	5	12,8%	31	79,5% A
0	0%	34	87,2% B	8	20,5%

Fonte: A autora, 2019.

Na Tabela 14 acima, encontrou-se, nas fichas de atendimento/prontuário, 100% delas preenchidas em um nível considerado completo na área Físico/Biológico, de acordo com o que é esperado. Porém, nas outras variáveis em Dimensões do Cuidado, isso não aconteceu. Para estas, a hipótese testada foi: Será que o preenchimento das fichas independe do tipo de dimensão do cuidado?

Para esta avaliação, utilizou-se o teste de qui-quadrado com 1 grau de liberdade (X^2_1), cujo resultado do X^2 calculado foi 34,9, com $p_{\text{calculado}}=0,000$, portanto rejeito a hipótese, a um

nível de significância de 5% ($p_{\text{calculado}} < 0,05$), ou seja, conclui-se que o nível de preenchimento depende da dimensão.

A partir dessa informação, aplicou-se o teste de proporção (Teste z), para avaliar onde estão as diferenças. Considerando um nível de confiança de 5%, concluiu-se que a variável Espacial/Social (79,5%) se mostrou bem superior no nível de preenchimento considerado completo e, para Pisco/Biológico (87,2%) o nível de preenchimento insuficiente foi muito alto. Esse resultado evidencia a baixa importância que o profissional atribui à avaliação do cliente como um Ser total.

Tabela 15 – Teste Z para Objetivos dos cuidados

OBJETIVO DOS CUIDADOS												
IDENTIF. DAS COLUNAS	PRESERVAR SAÚDE		PREVENIR A DOENÇA		DETECTAR SINAIS E SINTOMAS		REESTABELECEER REABILITAR		PROMOVER SAÚDE		IMPLEMENTAR CUIDADOS	
	A		B		C		D		E			
	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%
© e φ	13	33,3%	27	69,2% A	33	84,6% A	22	56,4%	23	59,0%	39	100%
Δ	26	66,7% BC	12	30,8%	6	15,4%	17	43,6%	16	41,0%	0	0%

Fonte: A autora, 2019.

Na Tabela 15, Objetivos dos Cuidados, a variável Implementar cuidado possui preenchimento completo em 100% dos prontuários, fato muito positivo quando falamos em tratamento, por isso avaliaram-se as outras variáveis que possuem nível de preenchimento menos expressivo. Portanto, testou-se a seguinte hipótese: será que o preenchimento das fichas independe do tipo de Objetivos do Cuidados?

Para essa avaliação, utilizou-se o teste de qui-quadrado com 4 graus de liberdade (X^2_1), cujo resultado do X^2 calculado foi 23,1, com $p_{\text{calculado}} = 0,000$, portanto rejeito a hipótese, a um nível de significância de 5% ($p_{\text{calculado}} < 0,05$), ou seja, conclui-se que o nível de preenchimento depende do objetivos dos cuidados.

No teste de proporções (Teste z), Prevenir doenças e Detectar sinais e sintomas apresentaram um nível de preenchimento maior que os demais aspectos (69,2% e 84,6%, respectivamente). Estatisticamente, esses percentuais são considerados iguais a um nível de significância de 5%.

A variável preservar a saúde (33,3%) ficou em um patamar baixo de preenchimento; apenas 33,3% dos prontuários estavam com algum tipo de preenchimento, portanto é necessário

ênfatizar o preenchimento desse campo mais do que os outros. Foram encontrados percentuais maiores em Detectar Sinais e Sintomas (84,6%) e Prevenir Doenças (69,2%).

Verificou-se o melhor registro nos prontuários no que diz respeito, primeiramente, a ações relativas a Implementar Cuidados (nota-se que já se estabelece um grau de dependência maior) e de ações que auxiliam/antecipam o processo de Diagnóstico (Prevenir doenças e Detectar sinais e sintomas). O aspecto que se relaciona a cuidados com a saúde (Preservar a saúde), como forma profilática, ficou negligenciado. Esforço maior deve ser desempenhado nesse quesito para treinamento, orientação e integração com rede básica de saúde etc. Encontrase numa posição intermediária Restabelecer, Reabilitar (56,4%) e Promover a saúde (59,0%), sugerindo apenas a necessidade de reforçar as instruções do preenchimento.

Tabela 16 – Teste Z para Diagnósticos

IDENTIFICAÇÃO DAS COLUNAS	DIAGNÓSTICOS							
	DEP. AJUDA		DEP. ORIENTAÇÃO		DEP. SUPERVISÃO		DEP. ENCAMINHAMENTO	
	A		B		C		D	
	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%
	© e φ							
	25	64,1%	35	89,7% AD	35	89,7% AD	23	59%
Δ	14	35,9% BC	4	10,3%	4	10,3%	16	41% BC

Fonte: A autora, 2019.

Na Tabela 16, Diagnósticos, foi realizado o teste para a seguinte hipótese: Será que o preenchimento das fichas independe do tipo de Diagnóstico?

Realizou-se o teste de qui-quadrado com 3 graus de liberdade (X^2_1), cujo resultado do X^2 calculado foi 17,1, com $p_{\text{calculado}}=0,001$, portanto rejeito a hipótese, a um nível de significância de 5% ($p_{\text{calculado}}<0,05$), ou seja, conclui-se que o preenchimento depende do diagnóstico.

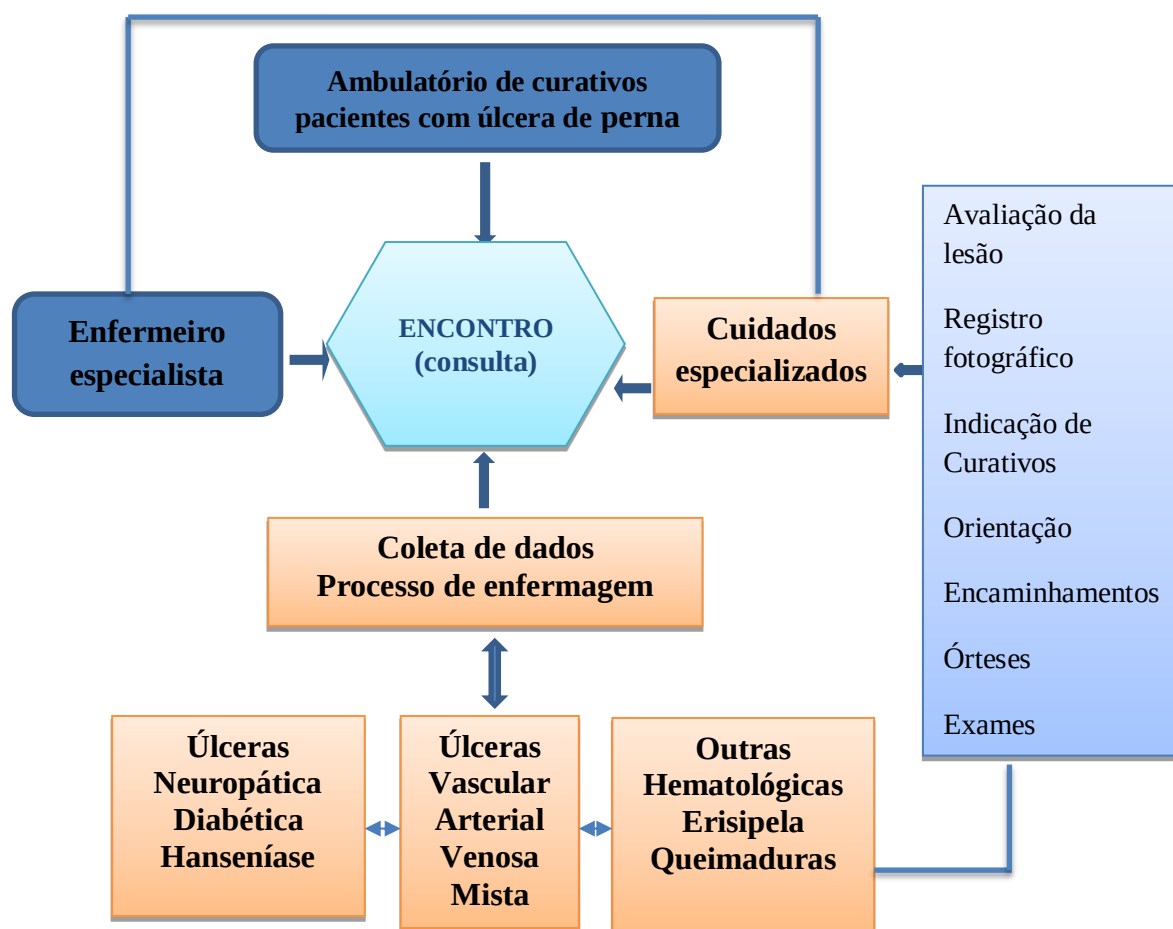
No teste de proporções (Teste z), observou-se maior taxa de preenchimento nas variáveis Dep. de Orientação (89,7) e Dep. de Supervisão (89,7), ambas estatisticamente iguais a um nível de 5%, indicando o cuidado com essas variáveis. As variáveis Dep. de Ajuda (35,9) e Dep. de Encaminhamento (41), apareceram também estatisticamente iguais a um nível de 5% para o não preenchimento dos prontuários; neste caso, foram os itens que mais foram negligenciados pelos profissionais. Este dado pode estar associado a dificuldades que a enfermagem tem de definir diagnósticos de enfermagem, ao acesso a outros membros da equipe

multidisciplinar devido a protocolos internos de encaminhamentos ou dificuldades de oferta pela rede básica de saúde.

Com os dados apresentados e de como os registros aparecem ou não na análise dos prontuários denominamos uma Categoria de Análise única.

Registros “velados” numa prática “não sistematizada” de enfermagem.

Gráfico 4 – Esquema conceitual do processo velado



Fonte: A autora, 2019.

4.3 Análise e discussão dos resultados

4.3.1 Registros “velados” numa prática “não sistematizada” de enfermagem

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) 429/12 trata do “registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico” (COFEN, 2012). Entre as orientações sobre registros contidas no Guia de Recomendações para Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente, através da Portaria Cofen 523/2015, estão: “local e dimensão da lesão, “presença de secreção, coloração, odor, quantidade, necessidade de desbridamento, material prescrito e utilizado, dor do paciente ao procedimento (COFEN, 2015).

Neste estudo, os dados analisados, decorrentes do primeiro objetivo, mostram-se iguais a outros estudos sobre ausência de registros específicos sobre o cliente como um ser total; o que está registrado num corpo como gênero, idade, de onde é, e como é a ferida decorrente de hábito de vida (MACHADO, 2010).

O trabalho desenvolvido sobre o que registramos ou como registramos e sobre o que fazemos mostrou-nos que ainda temos desafios para assumir que registrar é um ato importante de cuidar e uma prática permanente no processo de cuidar dos clientes.

Buscar registros é entender que neles poderíamos encontrar variáveis e dependências de Horta, assim como é percebido em outros estudos, para desvelar, numa primeira leitura dos prontuários, um determinado momento, uma lacuna que se descortina em um sintoma que o corpo expressou através de sentimento. Os registros, contudo, na maioria das vezes se encontram incompletos ou não são capazes de expressar tudo que foi feito, mostrando-se como processo velado.

Segundo Machado (2010, p. 19), a ausência de registro “descaracteriza” a “enfermagem como ciência” e reforça a importância de resgatar os registros para produção de conhecimento, a partir da decodificação das mensagens escritas e “decodificáveis”.

Santos (2001), citado por Machado (2010, p. 22), conclui que o “registro manual não satisfaz a complexidade da assistência de enfermagem, considerando-o desmotivante. Será este um dos motivos que levam a enfermagem estar cifrando e simplificando seus registros”?

Não se pode afirmar, com certeza, que registramos todos os cuidados quando encontramos, após análise do Quadro 6, sinais de registros incompletos mediante um processo

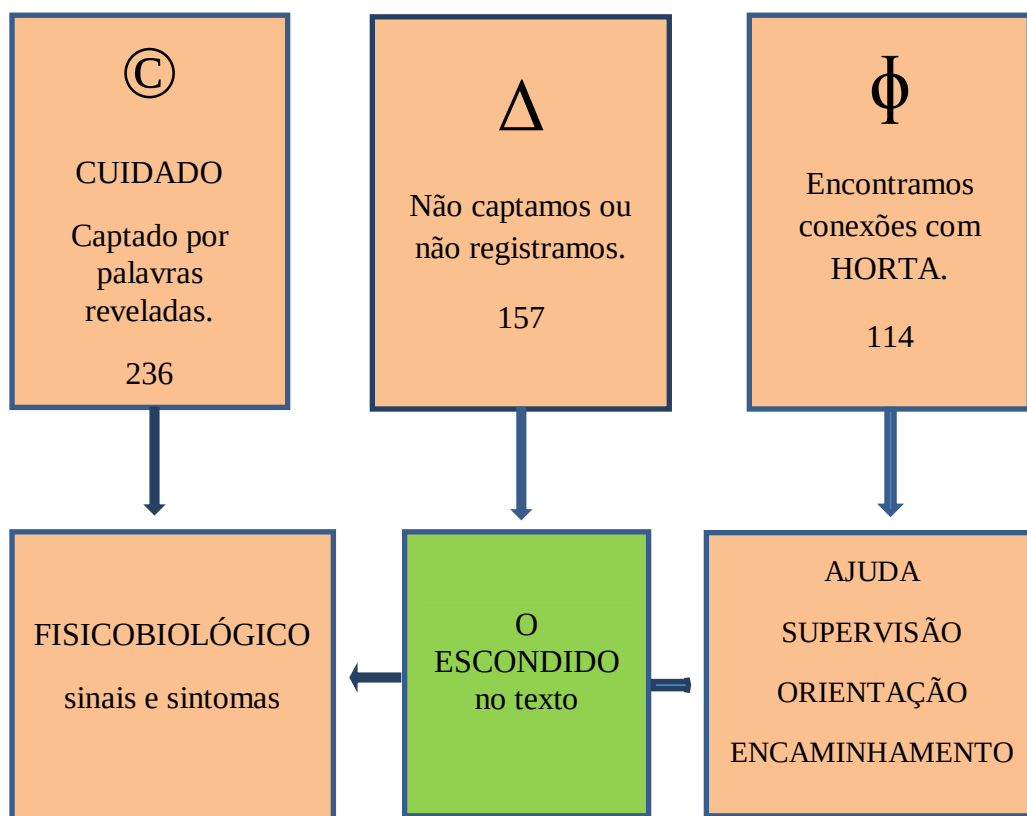
esperado. No entanto, observamos anotações, dados relacionados ao cuidado com grafias próprias que denotam uma forma peculiar de registrar. Todo relato do que pode acontecer ou está dito é que é às vezes incompreensível, confuso; é um registro que tem elementos próprios e pessoais de cada profissional.

Há “registros” signos que ainda aprendemos a ler, e acabam nos colocando numa leitura da prática não revelada; apresentam-se como num processo de apatia e distanciamento do cuidado e não expressam a vivência real do cuidado.

Um estudo, com objetivo de identificar termos utilizados pela enfermagem ao registrar, classificou “2.638 termos com sua grafia própria e com uso de siglas e abreviaturas não convencionais; uso de nomes comerciais; e o uso de termos adjetivados para o registro relacionados com a área da prática de enfermagem”(GOMES *et al.*, 2016).

O que encontramos como expressão do modo de registrar dos enfermeiros está demonstrado abaixo:

Gráfico 5 – Modo de registrar dos enfermeiros



Fonte: A autora, 2019.

Essa organização é consequente do nosso gesto de fazer uma varredura para captar o que nós registramos, o que nos induziu a pensar o que todos os envolvidos no estudo pensamos:

pensar o pensar do outro. Nessa busca, o primeiro fenômeno surge é que o doente inexistente por inteiro, ele é apenas uma “perna com úlcera”, confirmando que as preocupações dos enfermeiros são os sinais e sintomas que temos identificado nas falas das enfermeiras como de seu conhecimento e ações. Os registros encontram apoio em Horta (1979), pois o seu modelo é todo baseado na fisiologia do corpo humano e nas necessidades que o corpo tem para viver. Mesmo assim, quando olhamos para os registros nos prontuários, “algo real” nos é explicitado. Poderíamos dizer que é uma “economia” de texto, um silêncio sobre o que fizeram ou fazemos.

Merleau-Ponty (1987, p. 167), citado por Castoriadis (1987) diz que: “a linguagem (das/dos enfermeiros) realiza, quebrando o silêncio que o silêncio queria e nos obtinha. O silêncio continua a envolver a linguagem; silêncio da linguagem absoluta, da linguagem pensante”. É assim que percebemos, do refletir, sobre o “indizível” dos registros após o atendimento a pessoa com úlcera de perna. Mas precisamos assegurar que, mesmo assim, os registros estão nos prontuários, no entanto é a ferida que se torna objeto de interesse, como aprendemos com base no discurso médico.

Percebemos que esse existe uma sistematização, embora as ações de atender e registrar nos indiquem que elas têm um “mapa mental” sobre a sistematização, que captamos sutilmente dentro dos registros como se apresentam na Gráfico 6.

A ausência do histórico, do exame físico, das intercorrências, do diagnóstico, da intervenção (implementação) e da evolução nos faz pensar que ainda estamos no portal do empirismo quanto aos registros, quanto à nossa linguagem falada e escrita, quando do desejo de acreditarmos que temos que manter e zelar pela ciência.

Escrever, registrar um gesto quase ausente, mas um gesto presente no cuidar, conforme Castoriadis (p. 172) diz: “corpo como expressão verbal deve ser pensada como comportamento. A expressão é uma pertença comum de uma intenção (registrar) e de um gesto (cuidar)”.

Há uma lacuna no que se refere à cerca da pessoa, suas expectativas, seus sentimentos, medos e também sobre sua família e necessidades.

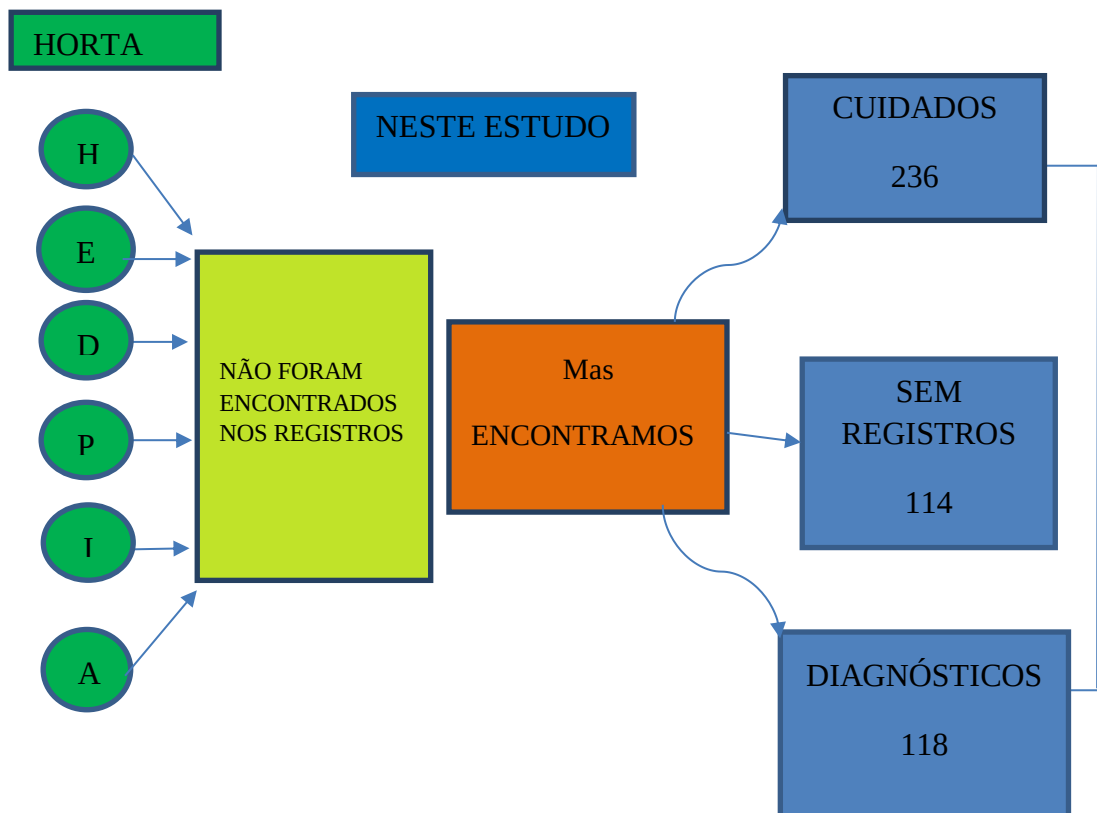
Foi possível identificar nos registros que existe conhecimento sobre o fazer de enfermagem e a necessidade que a enfermagem tem de registrar uma sistematização própria, revelada através dos dados, no entanto observaram-se, como forma de evolução, imagens digitais que assumem a importância desse fenômeno e compõem formas de registro de um prontuário.

Com a experiência que temos de fazer curativos, podemos imaginar que a falta de registro ainda não encontra lugar no espaço mental dos enfermeiros tão acostumados a uma realidade visível como é a ferida, por exemplo.

Então, pensando nas orientações de Horta e Paim, definidas como Histórico de Enfermagem, temos: identificação do cliente; dados clínicos (fenômenos) de interesse para enfermagem; necessidades e desejos apresentados durante as consultas ambulatoriais (curativos) e/ou hospitalização; exame físico; ajustamento, apoio, ajuda e adaptação do cliente ao desvio de saúde e no ambiente hospitalar.

Esquema abaixo que demonstra na prática a organização sugerida:

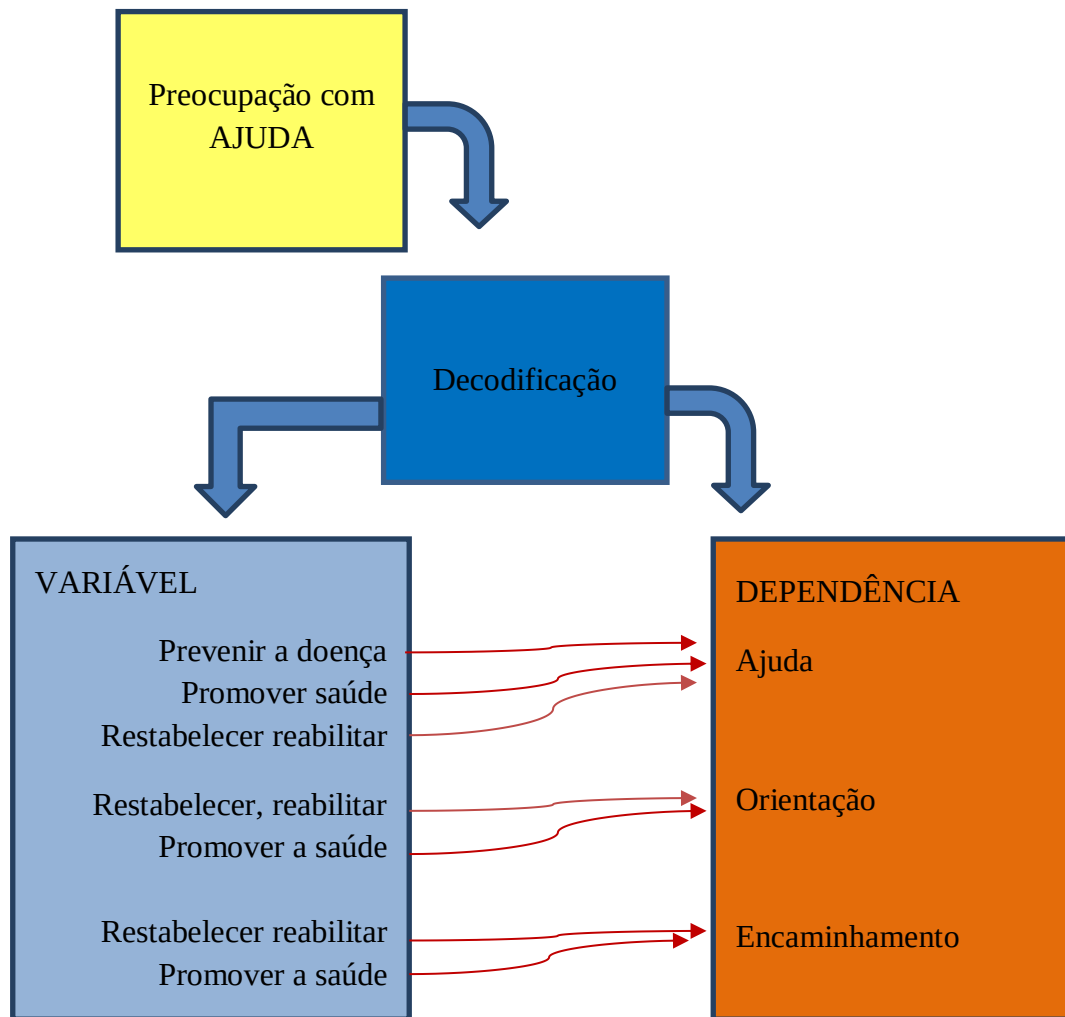
Gráfico 6 – Registros da sistematização



Fonte: A autora, 2019.

Resultados que submetidos a uma análise inferencial feita entre as variáveis de Horta e tipos de dependência mostra que existe uma preocupação que imaginaremos assim:

Gráfico 7 – Horta “re” velada



Fonte: A autora, 2019.

Então, uma questão (que merece ser investigada no futuro): por que os enfermeiros(as), quando solicitados a responder de que teórico se utilizam para fundamentar sua prática, não respondem “Horta”?

Parece-nos que o registro deve estar centrado no cuidado (de quê?) e na ajuda (de quê?), pois não há detalhes sobre o cliente, e o unânime é que todos os clientes atendidos têm “úlceras nas pernas” de diversas causas.

O “ser humano” não é percebido nos registros e, aparentemente, só existe se tiver uma ferida. Esses achados nos induzem a analisar, discutir e encontrar implicações que possam

contribuir com conhecimentos, acreditando que essa é a primeira categoria do estudo que aponta o “re - velados” = ausência de uma sistematização e de um diagnóstico, mas que se preocupa com cuidado e ajuda.

Essa categoria nos faz pensar que complexidades são exigidas num cotidiano tão intenso de cuidar-fazer, que ficamos à deriva quando nos assustamos e perguntamos: por que cuidamos das pessoas, conversamos com elas, cuidamos de seus corpos e não registramos?

Que condições nos congelam e nos fazem esquecer que o diagnóstico, os registros e as evoluções são de nossa responsabilidade legal e profissional?

Será que o doente com úlcera de perna só existe na compreensão da dimensão fisicobiológica e cuidar-ajudar-cuidar bastam num discurso de sistematização?

Poderíamos colocar a “culpa no nosso pensamento” e dizer ele não coloca em ordem o que devemos, causando para a enfermagem incômodo e nossa incapacidade de fazer o que parece simples (registrar o que fazemos); fazer uma anotação clara, ordenada, não para nós, mas para os outros, para nossa história, para pesquisas.

A realidade do cliente é a ferida, algo que nos chama a atenção, que nos mostra como é complexo o cuidado para ele e de imediato fazemos seu diagnóstico a partir de nossa mente que parece trabalhar no modo como aprendemos: qual é a ferida? o que fazer com ela?, como ela está (aspecto)?, em qual localização está?, qual é a sua causa?.

São perguntas que já estão registradas num “mapa mental” desenhado em nossa graduação, como um conhecimento biomédico. Se queremos pensar numa clínica que dê conta da determinação do diagnóstico proposto por Horta, surge uma nova etapa:

Como tratar o cliente? Com o que tratar o cliente? Por que tratar o cliente?

São dados que interessam a enfermagem. No entanto, estes são históricos que estão fundamentados naquilo que parece ser o mais importante, a ferida, e reforça o que aprendemos no modelo biomédico.

São questões fundamentais que só interessam responder se considerarmos os clientes como pessoa, como ser único e indivisível. A ferida não fala, mas se mostra, não pensa e não conversa com o profissional. Afinal, qual modelo a enfermagem utiliza? Aachamos pertinente repensar as duas palavras que aparecem nos registros, cuidado e ajuda, para dizer que enfermagem é:

uma ciência humana de pessoas e experiências com campo de conhecimento, fundamentações e práticas de cuidar dos seres humanos que abrange os estados de saúde, dos estados de doença, mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estáticas e políticas (LIMA, 1993).

Assim, apenas dois pilares sustentam a sistematização neste estudo: o Padrão Cuidar e Padrão Ajudar. Por “padrão”, entenda-se aquilo que é “de base ou norma para avaliação de qualidades ou quantidades” (FERREIRA, p. 571), ou “modelo oficial de pesos e medidas” (CUNHA, p. 571).

Interpretar o que achamos foi difícil, mas não impossível de compreender, porque estamos falando de pessoas únicas e que cada um faz o cuidado à sua maneira, com seu conhecimento científico e sua experiência própria, sem utilização de um processo sistematizado claro.

A sistematização no Brasil data da década de 1970 e, após mais de 40 anos, estamos ainda às voltas com as questões da sistematização.

Podemos afirmar que há uma impotência generalizada para resolver essa questão. Sabemos que existem problemas potenciais, justificados pelos profissionais de enfermagem no registrar o que fazem quando cuidam de seus clientes.

Existe nos prontuários um espaço vazio de registros de enfermagem: parece existir um bloqueio que se instala nos profissionais sobre os registros que é a apreensão de nossa realidade. Parece que estamos presos a uma realidade concreta, apenas a ferida.

Nightingale (1989, pág. 4) faz advertências que nos interessam para compreendermos o que encontramos, quando pergunta o “que é (nós) enfermagem?”, mostrando a possibilidade e a necessidade de uma preparação formal e sistematizada para a aquisição distinta daquela buscada pelos médicos.

Acreditamos que não seja uma “recusa” de registrar adequadamente, e as enfermeiras têm se dado conta (consciência) da necessidade de melhorar os registros. As dificuldades envolvem questões de tempo, quantitativo de profissionais disponíveis *versus* pacientes, treinamento e conhecimento do profissional, habilidades e oferta de insumos para a realização do cuidado.

Parece pertinente destacar que este estudo evidenciou um padrão cuidar/ajudar que denota um comprometimento com o cliente, além das condições e possibilidades oferecidas para o desenvolvimento no trabalho.

Esses padrões cuidar/ajudar destacados fazem parte de suas experiências “empíricas” e emergem nos registros para apreensão de uma realidade a ser construída. A sistematização se desenvolve a partir da realidade, através do cuidado repetitivo que tem ingredientes de seus condicionamentos mentais, que, por sua vez, envolvem pensamentos, emoções, percepções e compreensões.

Isso parece indicar que devem sair do que está instituído e mudar para um outro tipo que deve corresponder a uma mudança em relação aos registros do que fazer e que dê conta de uma sistematização da prática e sair do esforço (apenas) de sua percepção sobre a doença-ferida. Quando destacaram a ajuda, falaram de promover e de prevenções que vêm de encontro ao que Nightingale (1989, p. 5) diz sobre o que é cuidado de enfermagem, quando, sem perceber, inferimos a ajuda que permeia todo o modelo de Horta e está em Nightingale ao dizer:

- a) os fundamentos científicos ajudam e permitem o organismo recuperar doenças;
- b) a natureza pode restaurar saúde, que considera uma dimensão original, a de favorecer o processo de reparações, mediante uso de ar puro, luz e calor, limpeza, repouso e dieta;
- c) ajudar o doente a ter o mínimo dispêndio de energias vitais, envolve uma dependência do que é entendido pela autora como importante e essencial da capacidade da enfermeira de observar e descrever com propriedade através do conhecimento de caráter pessoal, intelectual e científico.

O que está registrado é um alerta para que repensemos tudo que está dito e feito sobre sistematização, e o que de fato a enfermagem busca: uma sistematização ou uma prática pura e simples? Há um permanente discurso de sistematização, com uma invasão de modos de fazer a enfermagem, de fazer diagnóstico, de intervir e avaliar a prática que não atende ao que é possível ser feito na prática. Sabemos que este alerta precisa ser ampliado, criar um modo de sistematizar, que deve contaminar nossa vida profissional, legal e política.

Às vezes ficamos pensando que esta proposta, para nos dar mais, precisa ser simples, porque a enfermagem tem sempre uma ideia “imensa” sobre o que fazer. Quando falamos enfermagem, falamos de enfermeiras que teorizam, que buscam cientificidade e que divergem daquelas que estão na prática por exercerem a parte mais tecnológica, do fazer enfermagem. Ambas devem fazer parte do mesmo pensar a sistematização para criar um novo processo que não dissocie a academia da prática. Entretanto, a enfermeira voltada para a prática está mais envolvida nos cotidianos e nas necessidades; pode de modo mais seguro e simples colaborar com o desenvolvimento de estratégias que simplifiquem o processo do cuidar sem perder a cientificidade.

Não há simbologias na hora do cuidar de feridas; ela é real, o cuidado com ela “também”. Se desejamos uma enfermagem dos “sonhos”, é preciso remodelar os sonhos.

Florence Nightingale também sonhou com o pensamento de que enfermagem era ciência, arte ideal.

Estamos num tempo em que os órgãos regulamentadores da enfermagem estão a simbolizar sua prática, isto é, representá-la, coletivamente, em todos os Hospitais ou Unidades Básicas de Saúde, pretendendo que os atos e ações de enfermagem devem ser uniformes.

Acreditamos que a ausência de registro não pode ser um padrão, mas pode ter uma ordem, e de origem muito mais profunda, porque envolve pessoas, seres humanos que se modificam diante do real (a prática de cuidar) e atos em constante efeito de representações associadas ao desenvolvimento de tecnologias, do planejamentos de certos problemas e de aceleração da história.

Essas relações acontecem sem que se saibamos quem é esse profissional e que bagagem traz de casa, de sua família, da sua ética, da sua formação (cursos realizados), comportamentos que assumem diante dos termos que fazem parte de seus corpos, do modo de registrar imagens capazes de invadir redes onde são visualizadas a mesma a informação técnica ou científica, mas que existe uma fala “velada”.

Hoje temos certeza de que há uma fragilidade nos registros que nos impede de saber o que a enfermagem faz na sua prática, e entender o doente tem relação com o cuidado necessário X ofertado. Tem fragilidade de saber, fragilidade espacial, e temporal de fazer modificações com o tempo e a prática e repetições. As discussões aqui tratadas, tendo como objeto do discurso os “registros de enfermagem”, não acabam aqui, elas continuam em discussões de saber: quem é o sujeito que nós registramos? por que não registramos?, a enfermagem é capaz de interpretar as condições do seu cliente e descrevê-la, como se sua própria escrita fosse uma proposta de intervenção e avaliação?

As distâncias entre agir para cuidar não é a mesma que agir-cuidar-escrever (registrar) e podem estar ligadas ao tempo, ao espaço, às memórias, ao outro, a dificuldades relacionadas que podem ser de conhecimento, vivências e de compreensão do outro sobre o que é realizado.

Essas questões nos impulsionam para a busca do conhecimento, de qualificação para o desenvolvimento de tecnologias que possibilitem orientar os registros de forma padrão, sistemática, a partir de bases que envolvem corpo, saúde, ambiente e tratamento, envolvendo profissionais de enfermagem que desejam se aperfeiçoar no cuidado com úlceras.

5. PRODUTO

Mediante os dados apresentados, identificamos e corroboramos com a literatura a magnitude da doença venosa e da complexidade do seu tratamento, bem como a necessidade de profissionais que tenham conhecimento sobre assistir o cliente em suas necessidades humanas básicas, acreditando no que diz Horta sobre a inter-relação do cliente com o meio em que está inserido.

As tecnologias geram impactos no cuidado e a sua utilização possibilita, de forma simples, o acesso às orientações necessárias para execução do processo de enfermagem e registros importantes da prática de enfermagem.

A proposta para ampliação do conhecimento é a criação de um Guia de Orientação em formato de aplicativo (*app*, em inglês) para *smartphones*. A escolha se deve à facilidade à acessibilidade em rede digital; atende aos pré-requisitos de avaliação tecnológica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e se classifica no Nível T4: “produtos técnicos ou tecnológicos informatizados, passíveis de proteção que podem ser protocolados ou gerar registros de propriedade”.

É uma tecnologia leve/social/pedagógica para consulta primariamente aos profissionais da enfermagem que tratam de clientes com úlceras venosas, e posteriormente com possibilidade de ampliar as orientações também para o paciente, familiares e cuidadores.

Será desenvolvido para o cuidado com úlcera venosa que é a mais prevalente, e ancora-se no do padrão tocar, relacionar, conhecer e comunicar ligado à circulação e o tegumentar (ALFARO-LEFEVRE, 2005, apud TANNURE; GONÇALVES, 2008, p. 77/11) e à prescrição de curativos e bandagens.

Para facilitar o entendimento, o Guia de Orientação compreenderá informações para anamnese contemplando as dimensões do cuidado, intervenções da terapia tópica, grau de dependência e orientações. Os Quadros 8 a 15 abaixo descrevem as informações do guia.

Quadro 8 – Orientações sobre dados para construção do histórico

Avaliação geral	Dados de importância para o registro
Dados sociodemográficos	Nome: Sexo: Cor: Naturalidade: Peso: Altura: Estado civil: Profissão (situação laboral): Escolaridade: Renda: Residência:
Dados fisicobiológicos	Sintomas (início) Diagnóstico clínico Exame físico Motilidade e locomoção Identificar doenças associadas Resultados de exames (Hematócrito, Hemoglobina, Proteína, Albumina, outros) Dor (intensidade e frequência) Nutrição Padrão sono e repouso Edema Perfusão tecidual
Dados psicossociais	Percepções sobre a doença Hábitos sociais: etilismos (quantidade de dose e tipo de bebida), tabagismo (tempo, quantidade/dia), outras drogas) Capacidade de desenvolver o autocuidado

Fonte: A autora, 2019.

Quadro 9 – Diagnósticos de enfermagem baseados em Wanda Horta

Diagnósticos de enfermagem baseados em Wanda Horta	
Grau de dependência	Total: O cliente não possui condições de realizar seu cuidado, necessitando de um profissional ou familiar para realizá-lo. Atenção especial para pacientes com dificuldades visuais ou motoras. Ajuda: O cliente necessita de ajuda para realizar seu autocuidado. necessita da ajuda de um profissional ou familiar. Atenção para condições de obesidades, dor, depressão, etc. Orientação: O cliente possui capacidade de realizar seu autocuidado necessitando apenas de orientação. Supervisão: O cliente realiza seu autocuidado sem dificuldades necessitando apenas de supervisão. Encaminhamento: O cliente necessita de suporte multidisciplinar como nutrição, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, etc. Nota: casos especiais, referenciar para unidade básica de saúde mais próxima.

Fonte: A autora, 2019.

Quadro 10 – Sobre úlcera venosa

Avaliação da úlcera venosa	Dados de importância para o registro
Localização	Perna D Perna E Em geral, as úlceras venosas estão localizadas nas regiões maleolares, podendo estar localizadas em outras áreas quando ocorrem por trauma. Registrar números de lesões
Medidas (cm)	As medidas devem ser realizadas com intervalos regulares. Altura Largura Área cm ² Nota: medida nos maiores diâmetros cefalopodal
Bordas	Irregular Plana ou profunda Macerada Hiperqueratose
Pele ao redor	Eczema, Atrofia, Lipodermatoesclerose Dermatite ocre
Leito da ferida	Granulação Esfacelos Necrose (coagulação ou liquefação) Maceração

Fonte: A autora, 2019.

Intervenções relacionadas à terapia tópica com utilização de imagens que orientem a identificação dos tecidos mais encontrados neste estudo:

Quadro 11 – Avaliação da lesão (continua)

Aparência	Características
Eczema 	Dermatite de estase, evidenciado por eritema, descamação, prurido e, ocasionalmente, exsudato. Está relacionado à sensibilização à terapia tópica. Indicação: Utilizar creme de esteroide, potência leve à moderada. Não usar na presença de celulite.
Lipodermatoesclerose 	Característica da doença venosa; ocorre enduração e fibrose da pele e subcutâneo; quando presente por muitos anos, pode envolver todo o terço distal do membro inferior e dá o aspecto na perna de “garrafa champagne invertida”. Objetivo: Controle do edema. Hidratação.
Dermatite ocre 	Ocorre devido a extravasamento de hemácias na derme e depósito de hemossiderina. Está associada a lipodermatoesclerose e eczema. Apresenta (em bota). Objetivo Redução do edema. Hidratação da pele.

Quadro 11 – Avaliação da lesão (continuação)

Granulação(R) 	Tecido granuloso, vermelho, formado por mitose celular e formação de novos vasos como resultado de um ambiente úmido equilibrado. Quando apresenta sangramento e hipergranulação, está relacionado a processo inflamatório. Objetivo: manutenção do tecido: Coberturas não aderentes AGE Espumas poliuretano Alginatos de cálcio Registrar em percentual e sistema de cor (RYB): vermelho, amarelo e preto.
Liquefação e Esfacelos (Y) 	Liquefação ocorre por digestão enzimática por “degradação de células mortas” de aspecto amolecido. Esfacelos possuem consistência “delgada”, “mucoide” de cor amarela, marrom ou cinza. Pode estar “firme ou frouxamente aderido”. Objetivo desbridar: Autolíticos: Hidrogel Enzimático: Papaína gel 10% Irurol mono Cortante: lâminas de bisturi ou tesouras Registrar em percentual e sistema de cor (RYB): vermelho, amarelo e preto.
Necrose coagulação(escara)(B) 	“Tecido de cor amarela, marrom ou preta. “Consistência dura, seca e coriácea”. Objetivo desbridar: Autolíticos: Hidrogel Enzimático: Papaína gel 10% Irurol mono Cortante: remoção da capa de necrose através da utilização de bisturi. Registrar em percentual e sistema de cor (RYB): vermelho, amarelo e preto

Quadro 11 – Avaliação da lesão (conclusão)

Crostas 	Células epiteliais ressecadas e descamativas. Objetivos hidratar Cremes à base de AGE Creme de Ureia 10%
Maceração 	Tecido esbranquiçado decorrente de excesso de umidade da lesão. Objetivo Identificar a causa Proteger bordas e pele ao redor com creme barreiras Controle da umidade com coberturas de maior absorção
Epitelização 	Tecido róseo que se forma pela contração celular. Manter hidratação com AGE Proteger contra traumas Registrar em percentual e sistema de cor (RYB): vermelho, amarelo e preto.

Fonte: A autora, 2019

Quadro 12 – Terapia tópica (continua)

Terapia tópica	
Limpeza	Soro fisiológico 0,9% (morno) em jato. “Recomenda-se a irrigação exaustiva do leito da ferida, através de jato, com solução fisiológica, cuja pressão ideal 8 psi (libra/polegada)” (GOMES; CARVALHO, 2002). Utilizar técnica limpa. Não utilizar substâncias antissépticas rotineiramente Desbridamento: Remoção de tecidos desvitalizados (necrose, escaras, esfacelos). A escolha do método está relacionada à urgência, tipo de tecido, condições clínicas e competência e habilidade do profissional.

Quadro 12 – Terapia tópica (continuação)

Limpeza	Autolíticos: ocorre através da manutenção do meio úmido favorecendo autólise. Ex.: hidrogéis. É seletivo e indolor. Contraindicado em feridas infectadas e exsudativas. Pode ocasionar maceração de bordas e pele ao redor. Enzimático ou químico: são utilizadas enzimas exógenas de origem animal, microbiana e vegetal. Sofrem influência do pH da ferida. Ex.: Fibrolisina, Colagenase e Papaína de 8 a 15%. Cirúrgico ou cortante: utilização de lâminas cortantes para retirada de necrose, calosidades e crostas. Apenas o enfermeiro treinado e habilitado está apto a realizar este procedimento. Contraindicações: Feridas com baixa perfusão Necrose seca estável em calcanhar Úlceras em paciente terminal Observações Recomendado combinação de métodos para acelerar o resultado. Registrar com imagens antes e após o desbridamento. O desbridamento pode gerar impressão de aumento da lesão devido à remoção dos tecidos desvitalizados.
AGE	Loção oleosa compostos de ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, ácido caproico e ácido láurico (triglicerídeos de cadeia média - TCM), vitamina A, E e lecitina de soja. Indicação: Feridas sem tecido desvitalizado, que precisam aumentar a granulação e estimular a epitelização. Troca deve ser diária.
Tela não aderente	Tela não aderente, composta de acetato de celulose (Rayon), hipoalérgica, impregnada com petrolatum ou com ácidos graxos essenciais (AGE) Indicação Feridas superficiais com tecido de granulação Remoção atraumática e minimiza a dor Pode ser usado associado a Hidrogel (cobertura secundária) Tempo de troca: Feridas limpas até 7 dias quando usado em bota de Unna Com associação a Hidrogel, trocar em 48h Necessita de cobertura secundária (gaze)

Quadro 12 – Terapia tópica (continuação)

Alginato de cálcio em placa	Curativo absorvente flexível e bioativo, derivados de algas marinhas com íons de cálcio e sódio composto por ácido gulurônico e manurônico. Indicação: Feridas com exsudação de moderada à alta, sangramentos, infectadas. Tempo de troca: Feridas limpas, a cada 48h Feridas infectadas, a cada 24h Cobertura secundária de acordo com a saturação. Não usar em feridas com baixa exsudação.
Hidrogel	Gel transparente composto de água, carboximetilcelulose, popilenoglicol ou com alginato de cálcio. Tem função de doar umidade para a ferida. Indicação: Remoção de tecidos desvitalizados e necrosados. Tempo de troca: Necrose seca, pode ficar até 72h Com infecção, a cada 24h Não deve ser usado em feridas infectadas e exsudativas. Necessita de cobertura secundária úmida em soro fisiológico ou tela não aderente.
Papaína em gel 10%	Enzimas proteolíticas, retirado do látex do mamão papaia (<i>Carica papaya</i>). Age por dissociação das moléculas de proteína. Tem função bactericida e bacteriostática. Estimula a força tênsil das cicatrizes. Indicação: Úlceras com tecido necrosado acima de 8% Para esfacelos de 4% a 6% Tecido de granulação 2% Troca a cada 24h Observações: Oxida em contato com metais Enzima instável em longa exposição Devido aos riscos de exposição com a manipulação do pó, utilizamos somente em gel.

Quadro 12 – Terapia tópica (continuação)

Colagenase	Enzima composta de clostridiopeptidase A e enzimas proteolíticas. Age na degradação do colágeno nativo da ferida. Indicação Feridas com tecido necrótico. Troca a cada 24h Necessita gaze úmida sobre a pomada Não usar em áreas com tecido de granulação.
PHMB	Polihexanida (PHMB) tem ação antimicrobiana e antibacteriana de largo espectro e baixa toxicidade e sem absorção sistêmica. É eficaz na prevenção e remoção de biofilmes. Pode ser encontrado em forma de gel, solução ou gaze impregnada com PHMB. Indicação: Limpeza de feridas com ou sem infecção Eliminação de biofilmes Troca diária A solução deve permanecer na lesão de 10 a 15 minutos.
Carvão ativado	Curativo composto de tecido envolto em <i>nylon</i> não aderente, semipermeável e absorvente impregnado de carvão ativado. Em algumas apresentações, o carvão ativado pode vir associado com íons de prata. Indicação Feridas com ou sem infecção. Feridas crônicas com suspeita de biofilme Tempo de troca Pode ficar até 7 dias ou de acordo com a saturação Deve ser colocado somente na área da ferida Não poder ser cortado Não utilizar sobre área com exposição óssea e tendão
Hidrofibra com prata	Curativo de não tecido, camadas de carboximetilcelulose sódica impregnado com prata iônica 1.2%. Absorve exsudato, promove ambiente úmido, promove desbridamento autolíticos. Indicação: Feridas infectadas Exsudato moderado a elevado Troca: Pode permanecer até 7 dias ou antes de acordo com a saturação Observações Aplicar a placa mantendo 1 a 2cm além da borda da ferida.

Quadro 12 – Terapia tópica (conclusão)

Espumas poliuretanos com ou sem prata	Espumas com camadas de hidropolímero revestidas de poliuretano. Absorve exsudato e mantém o meio úmido. Indicação: Feridas exsudativas com ou sem infecção Tempo de troca: Com prata, até 7 dias ou de acordo com a saturação. Sem prata, a cada 4 dias ou de acordo com a saturação.
---------------------------------------	---

Fonte: A autora, 2019.

Quadro 13 – Terapia compressiva (continua)

Terapia compressiva	
Contraindicação	Não aceite do cliente à terapia Circunferência do tornozelo menor que 18 cm Presença de infecção ITB < 8.0 e > 1.3
Avaliação prévia do IPTB  https://www.ecography.com.br/serv8.php	Aferir a pressão sistólica em ambos os MMSS, considerar a de maior valor. Aferir a pressão sistólica dos pulsos, da artéria tibial anterior e tibial posterior. Considerar a de maior valor. Repetir o procedimento para ambos os membros. Ao final, o resulta–o se dá pela divisão da >Pressão Sistólica das artérias pediosas pela > Pressão Sistólica do braço. ITB 0,8 - 1,3- normal ITB <0,8 ou >1,3- sugere comprometimento arterial ITB 0,5 – 08 - leve comprometimento arterial (úlceras mistas) ITB<0,5- doença arterial grave

Quadro 13 – Terapia compressiva (conclusão)

Bandagem de curto estiramento (Bota de UNNA) Contraindicado em pacientes com ITB < 8,0	Avaliar o grau de mobilidade e adesão do paciente (melhor resposta para pacientes com média a alta atividade) Descartar doença arterial através do IPTB. Realizar medidas regulares da área do tornozelo e panturrilha para acompanhar a redução do edema. Na presença de edema, manter membros elevados por no mínimo 30 minutos antes da aplicação. A aplicação é feita em técnica espiral com 50% de sobreposição, da região dos metatarsos até base do joelho. Enfaixamento tipo bota. Necessário envolver externamente com atadura de crepom e realizar pequeno curativo externo com gaze, que deverá ser trocado pelo paciente ou cuidador quando estiver sujo. Necessário usar uma cobertura primária com baixa aderência sobre a lesão. Pode ficar até 7 dias (avaliar troca de acordo com edema e quantidade de exsudato).
Longo estiramento (bandagem elástica multicamadas) Contraindicado em pacientes com ITB < 8.0	Avaliar o grau de mobilidade e adesão do paciente (pode ser usado em clientes com baixa mobilidade). Descartar doença arterial através do IPTB Realizar medidas regulares da área do tornozelo e panturrilha para acompanhar a redução do edema. Na presença de edema, manter membros elevados por no mínimo 30 minutos antes da aplicação da bandagem. Possui 3 camadas: 1 de algodão que é aplicada em espiral; a segunda camada (elástica) é aplicada em espiral até o tornozelo e após em técnica 8 até a base do joelho. A terceira camada (camada de coesão) é colocada em técnica espiral com sobreposição de 50%. Pode ficar até 7 dias (avaliar troca de acordo com edema e quantidade de exsudato) Há necessidade de curativo primário sobre a lesão. Contraindicado em infecção ativa. Pode ser necessário troca mais frequente de acordo com a quantidade de exsudato.

Fonte: A autora, 2019.

Quadro 14 – Resultados esperados

Resultados esperados	
Úlceras simples	ITB >0.8 e <1.3 Feridas com tempo de evolução inferior a 6 m e área < 100cm Metas para úlcera venosa “simples” 100% de cura dentro de 12 semanas; Mínimo $\geq 70\%$ de cura dentro de 18 semanas.
Úlceras complexas	ITB >0.8 e <1.3 Feridas com tempo de evolução inferior a 6 m e área < 100cm Metas para úlcera venosa “simples” 100% de cura dentro de 12 semanas; Mínimo $\geq 70\%$ de cura dentro de 18 semanas.

Fonte: A autora, 2019.

Quadro 15 – Prevenção

Prevenção	
Orientações	Incentivar uso de meias elásticas Reeducação alimentar Controle do peso Praticar exercícios regulares Evitar ficar sentado por longo tempo e/ou de pé. Elevar as pernas (acima do quadril) ao longo do dia por curtos períodos e regular. Quando permanecer de pé por longos períodos, alternar o apoio de um pé para o outro. Realizar movimentos de flexão e extensão para fortalecimento da panturrilha. Remover objetos que possam causar traumas no ambiente domiciliar (cadeiras, pontas de móveis, etc.). Evitar locais muito cheios. Se for necessário, utilizar uma faixa de crepom protegendo a região contra traumas.

Fonte: A autora, 2019.

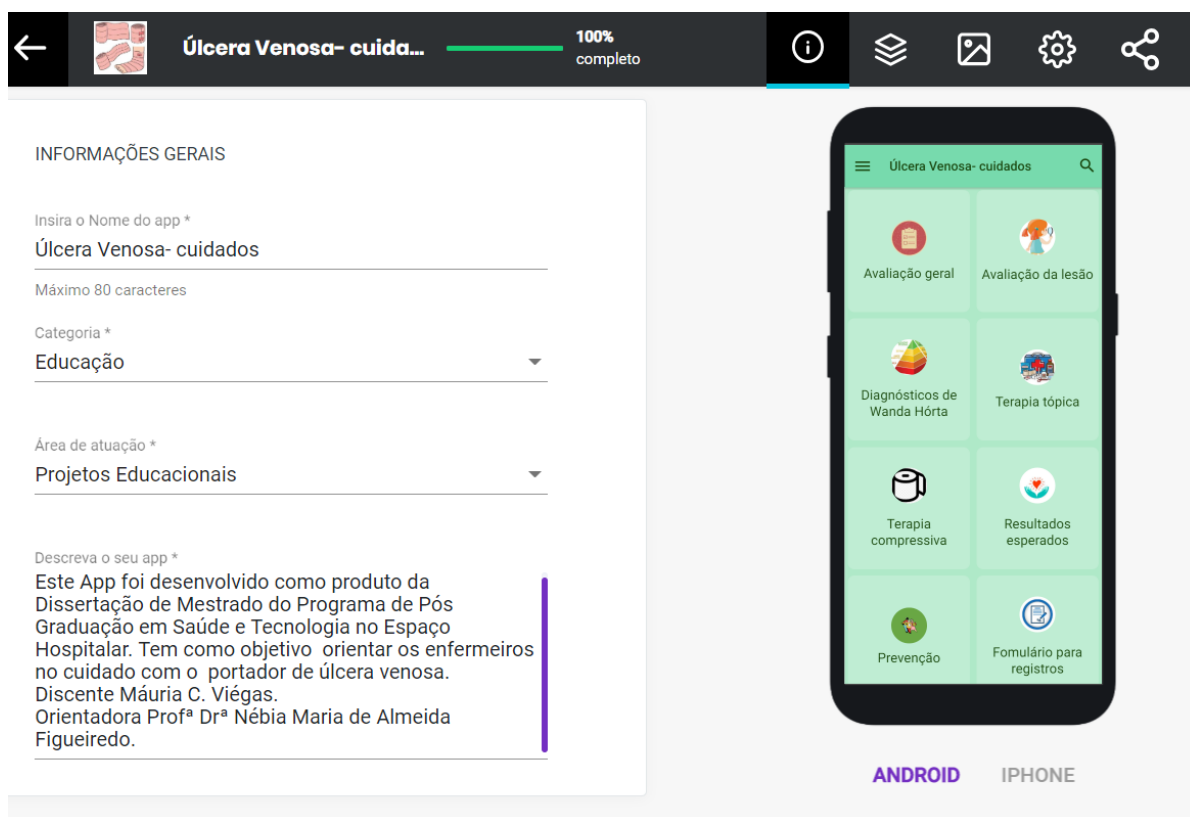
Para tornar o Guia de Orientação acessível, o aplicativo foi desenvolvido na plataforma on-line da Fábrica de Aplicativos, disponível no endereço: <https://desk.fabricadeaplicativos.com.br>.

O aplicativo Úlceras Venosas – cuidados possui 9 abas com ícones relacionados ao conteúdo. Os ícones foram baixados em sites de acesso livre. O manuseio é intuitivo, possibilitando ao usuário acessar todos os conteúdos a partir da página principal e retornar ao início pela aba de navegação na parte superior.

O acesso se dá pelo endereço <http://app.vc/viegasmc-ppgesteh> e/ou através do *Quick Response (QR code)* escaneado através de programas leitores de Códigos QR em celulares.

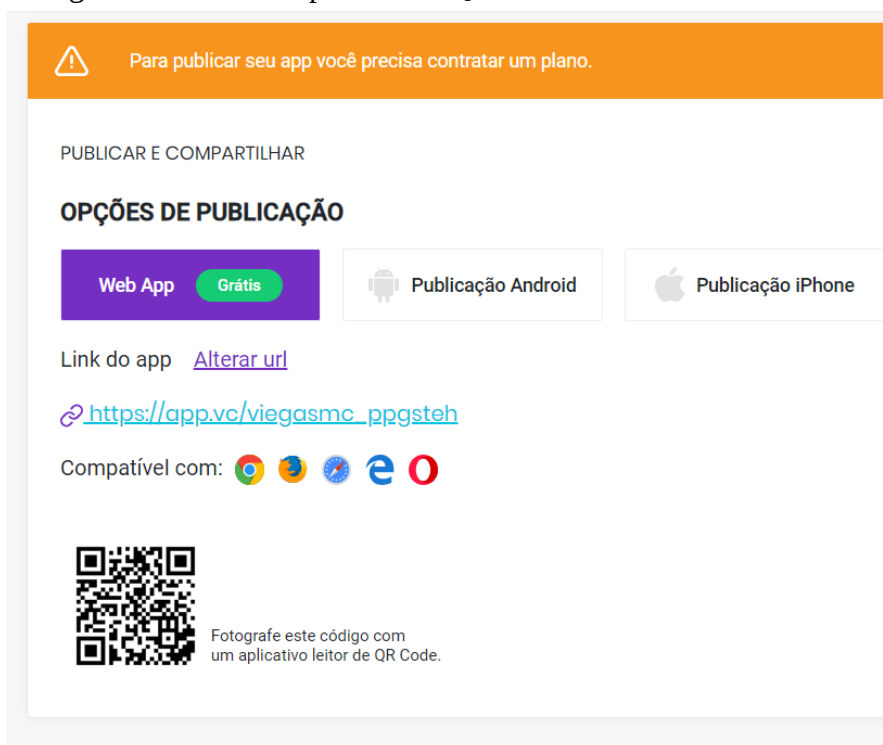
Segue abaixo a apresentação do aplicativo Úlceras venosas – cuidados:

Figura 6 – Apresentação inicial na plataforma da Fábrica de Aplicativos



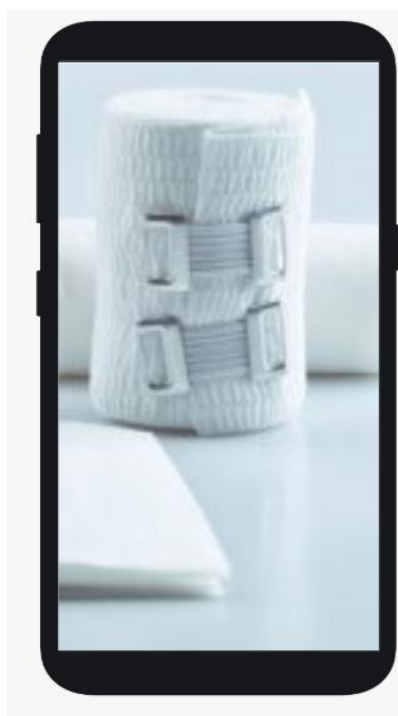
Fonte: A autora, 2019.

Figura 7 – URL do aplicativo e *QR code*



Fonte: A autora, 2019

Figura 8 – Página de fundo do aplicativo



Fonte: A autora, 2019.

Figura 9 – Página inicial com 9 abas/ícones intuitivos



Fonte: A autora, 2019.

Figura 10 – O ícone Avaliação geral contém 4 subabas (continua)

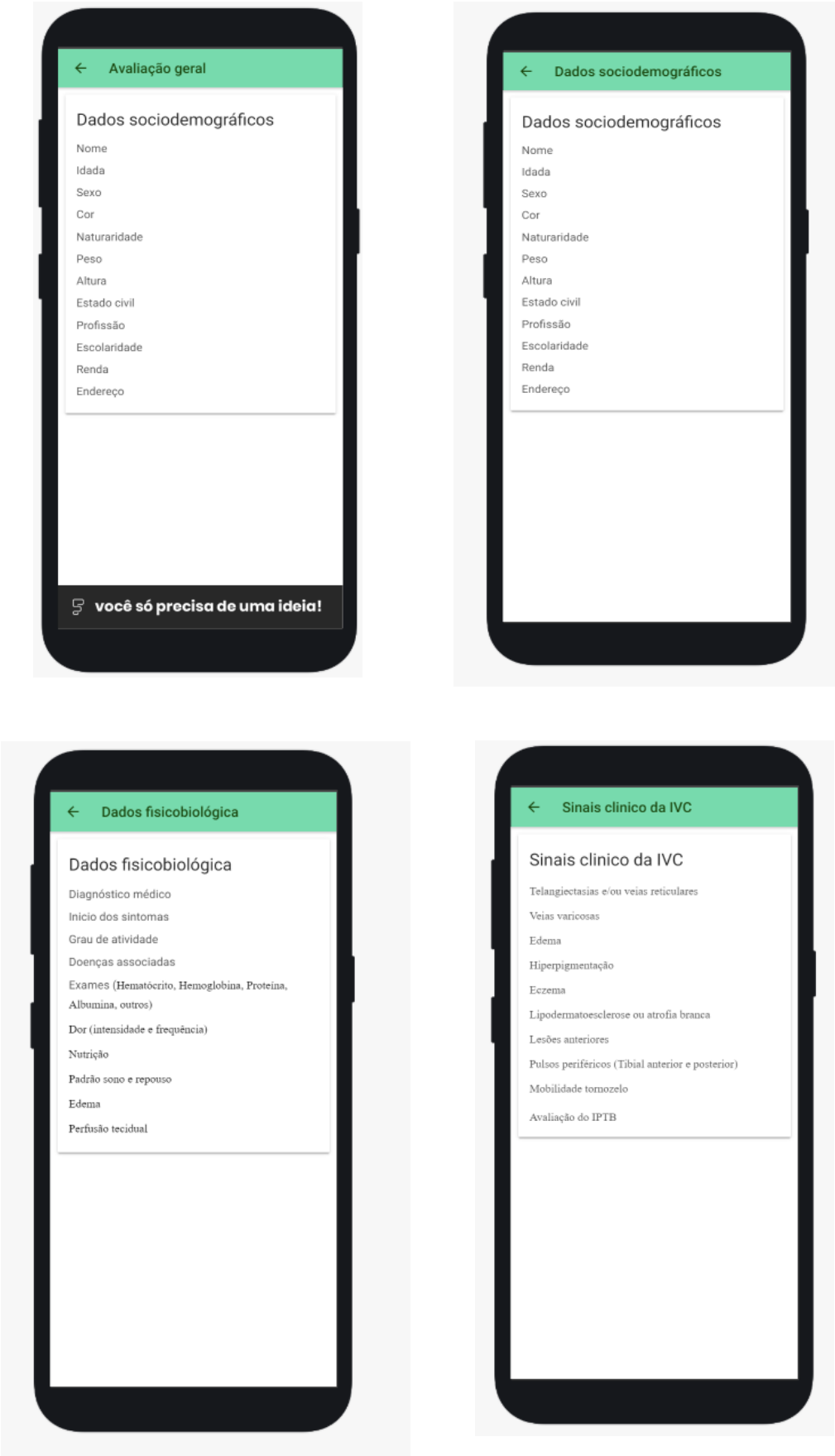
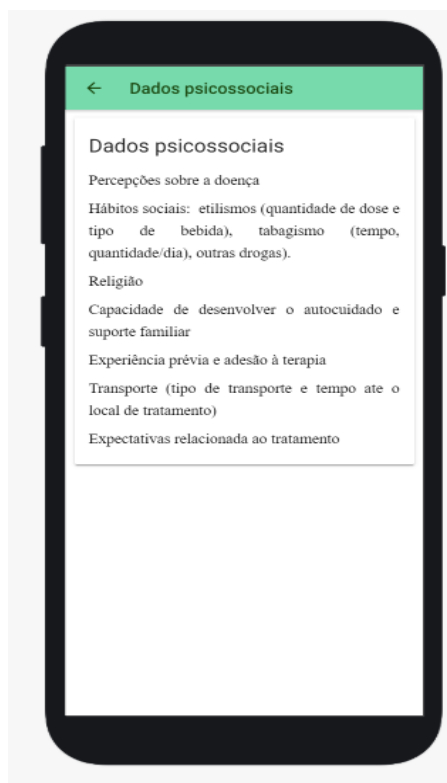


Figura 10 – O ícone Avaliação geral contém 4 sub (conclusão)



Fonte: A autora, 2019.

Figura 11 – O ícone Avaliação da lesão se subdivide em 12 abas (continua)

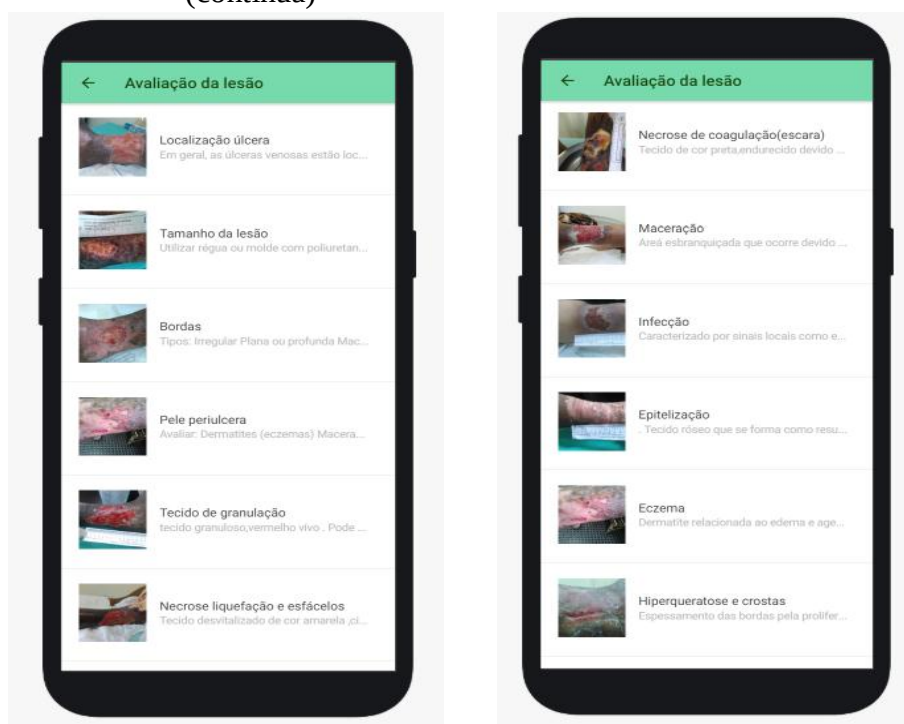


Figura 11 – O ícone Avaliação da lesão se subdivide em 12 abas (continuação)

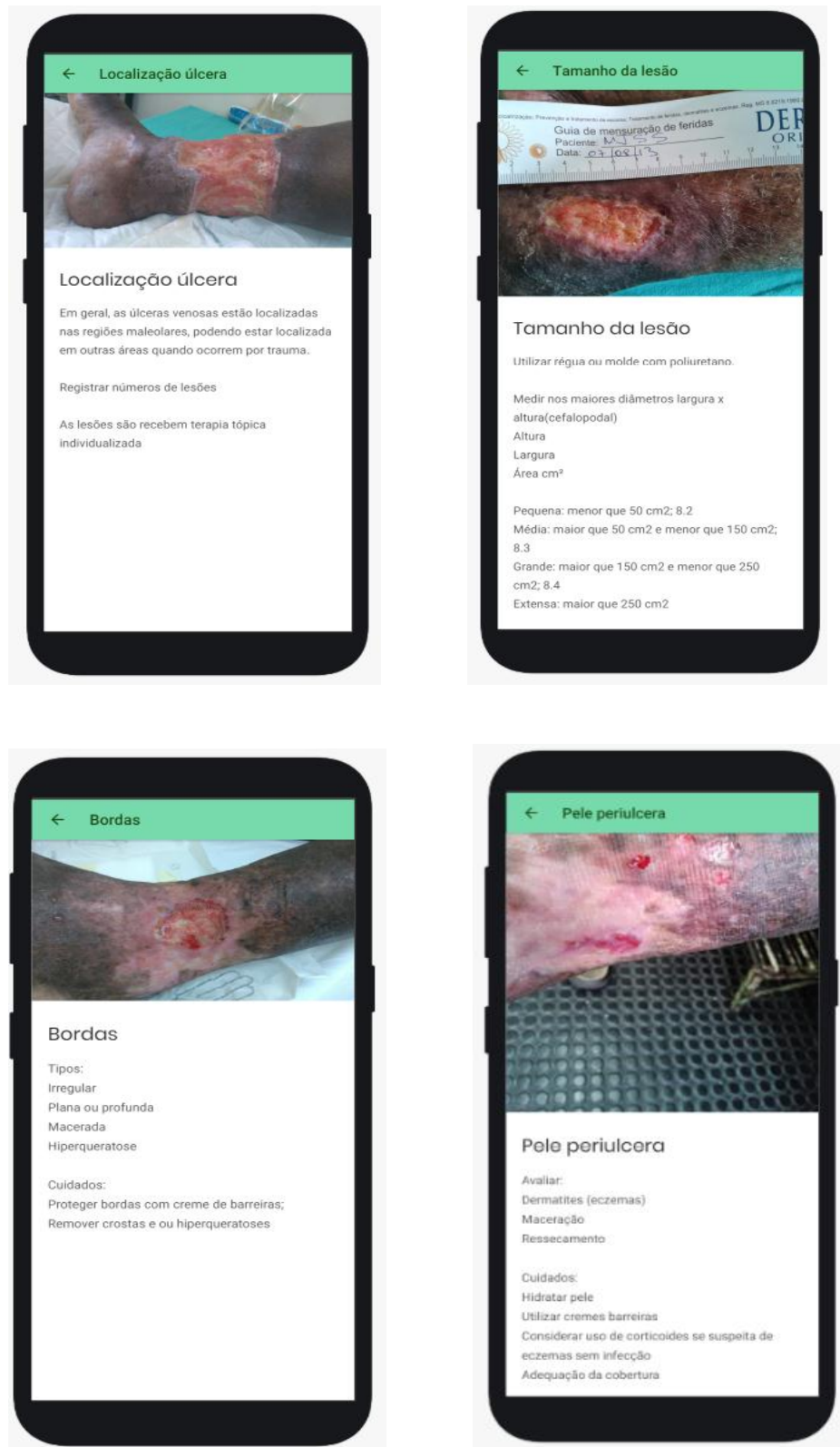


Figura 11 – O ícone Avaliação da lesão se subdivide em 12 abas (continuação)

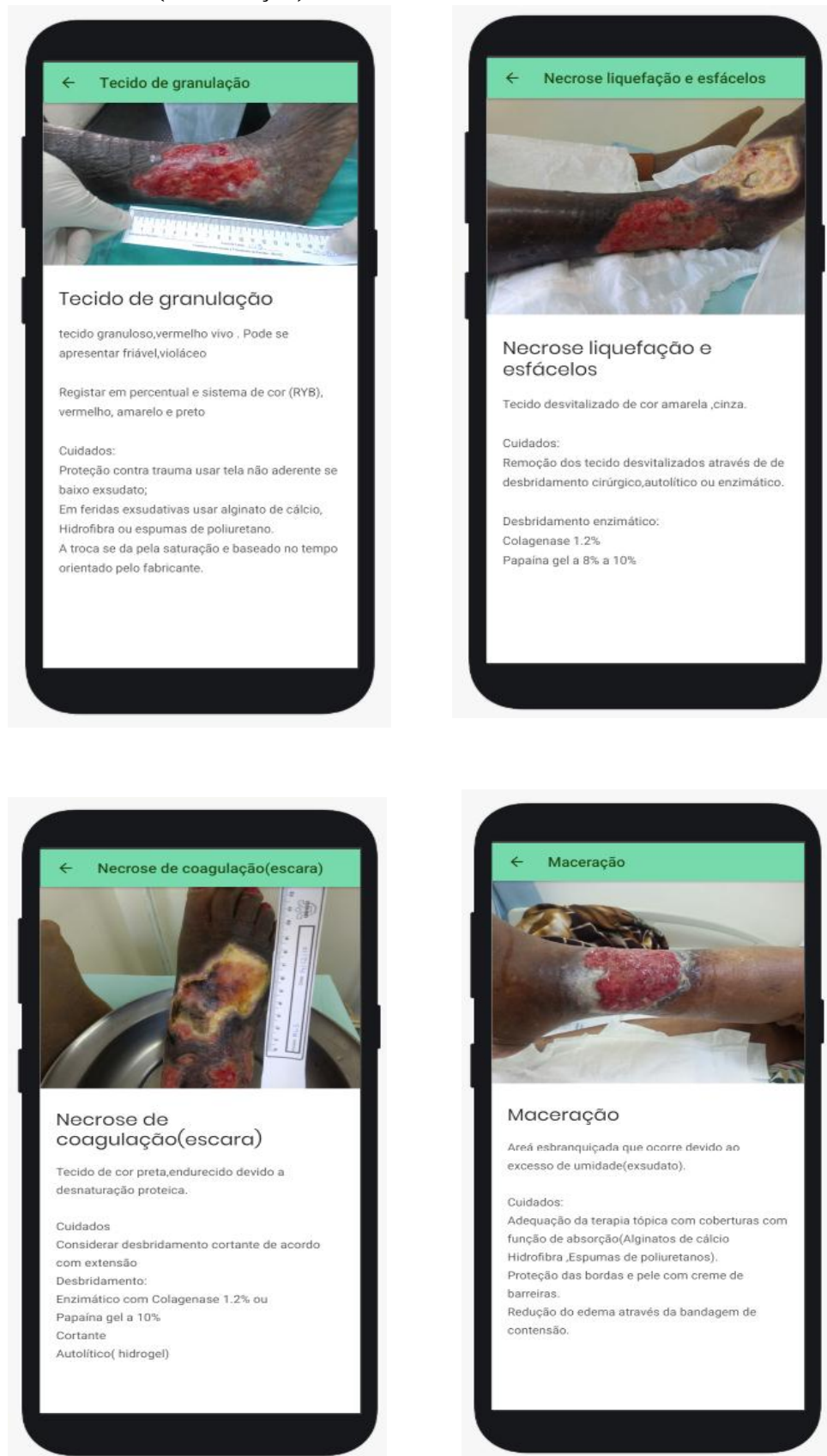
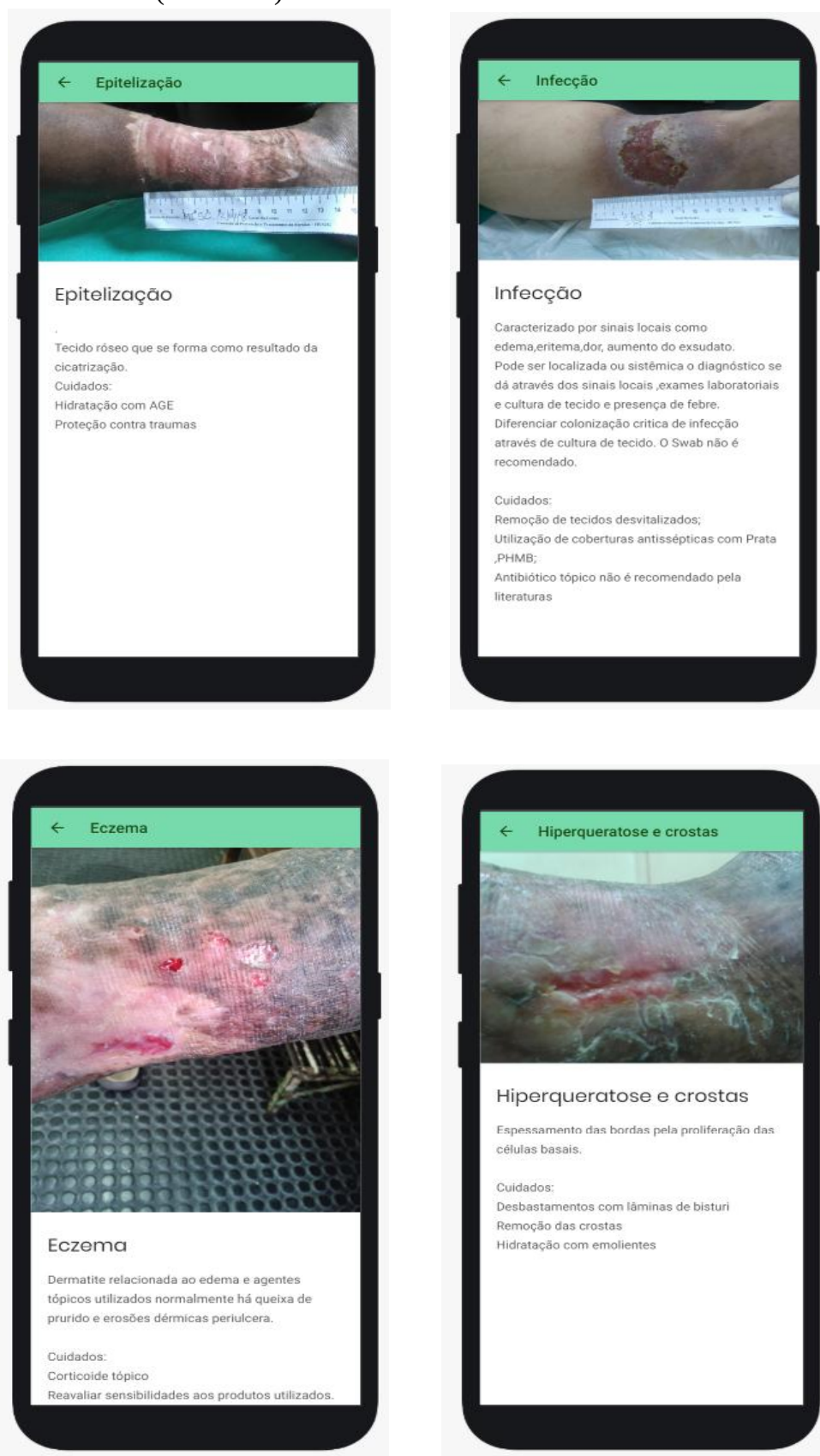


Figura 11 – O ícone Avaliação da lesão se subdivide em 12 abas (conclusão)



Fonte: A autora, 2019.

Figura 12 – Ícone de Diagnósticos de Wanda Horta, direciona para 5 abas (continua)

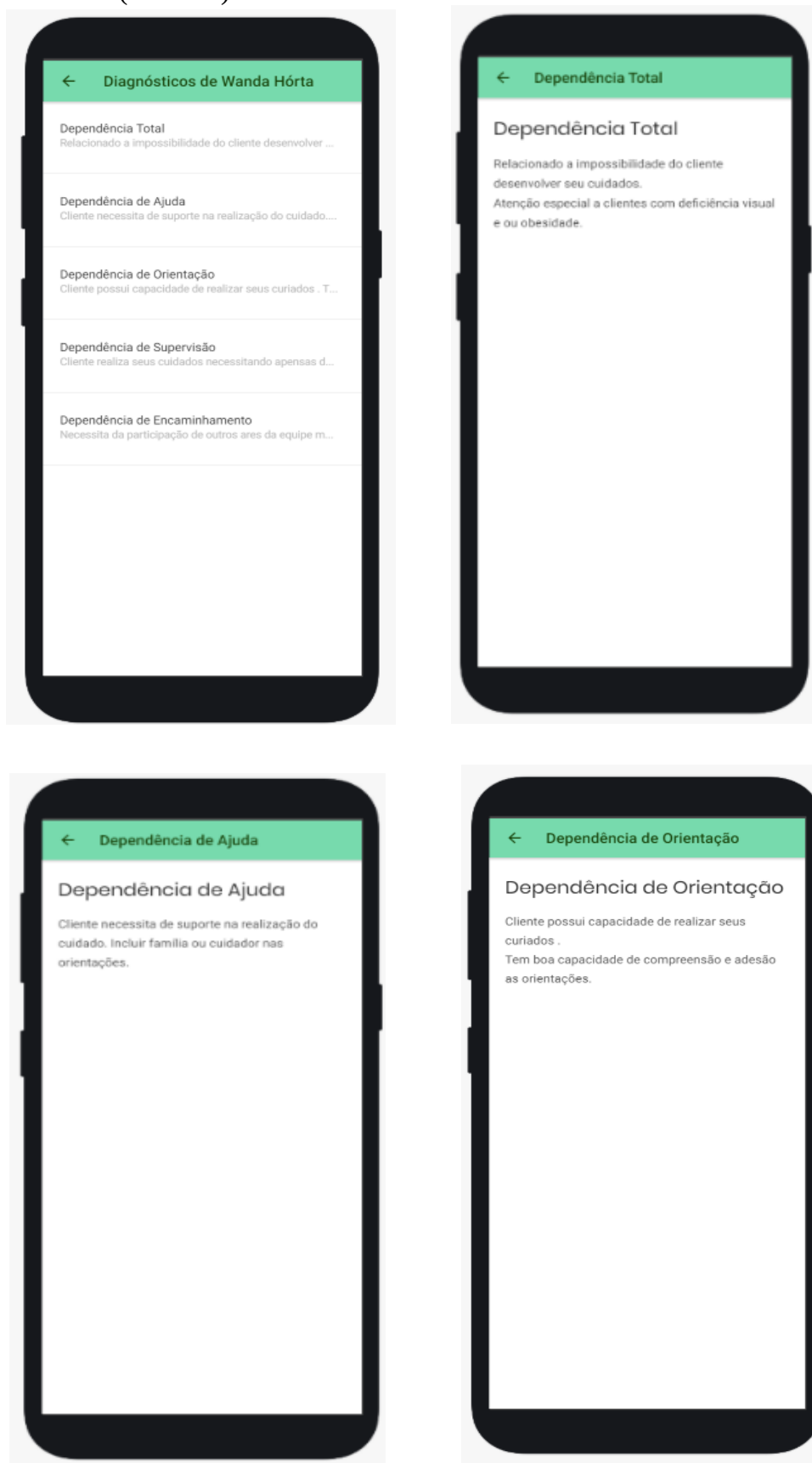


Figura 12 – Ícone de Diagnósticos de Wanda Horta, direciona para 5 abas (conclusão)



Fonte: A autora, 2019.

Figura 13 – O ícone Terapia tópica expande para 12 subabas abas (continua)

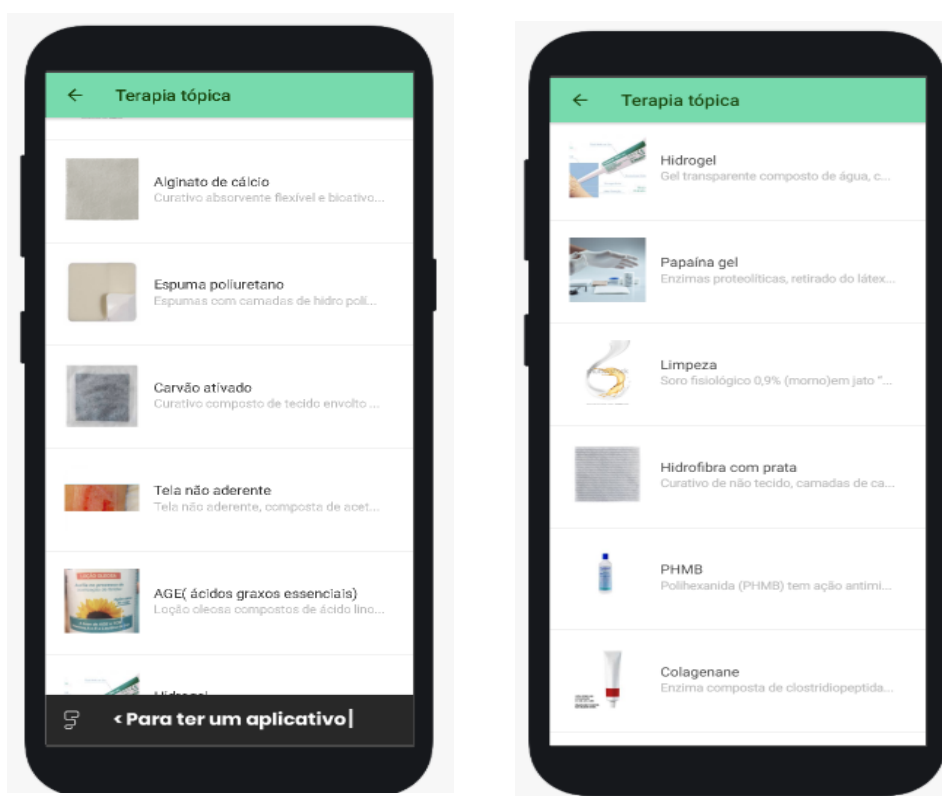


Figura 13 – O ícone Terapia tópica expande para 12 subabas abas (continuação)

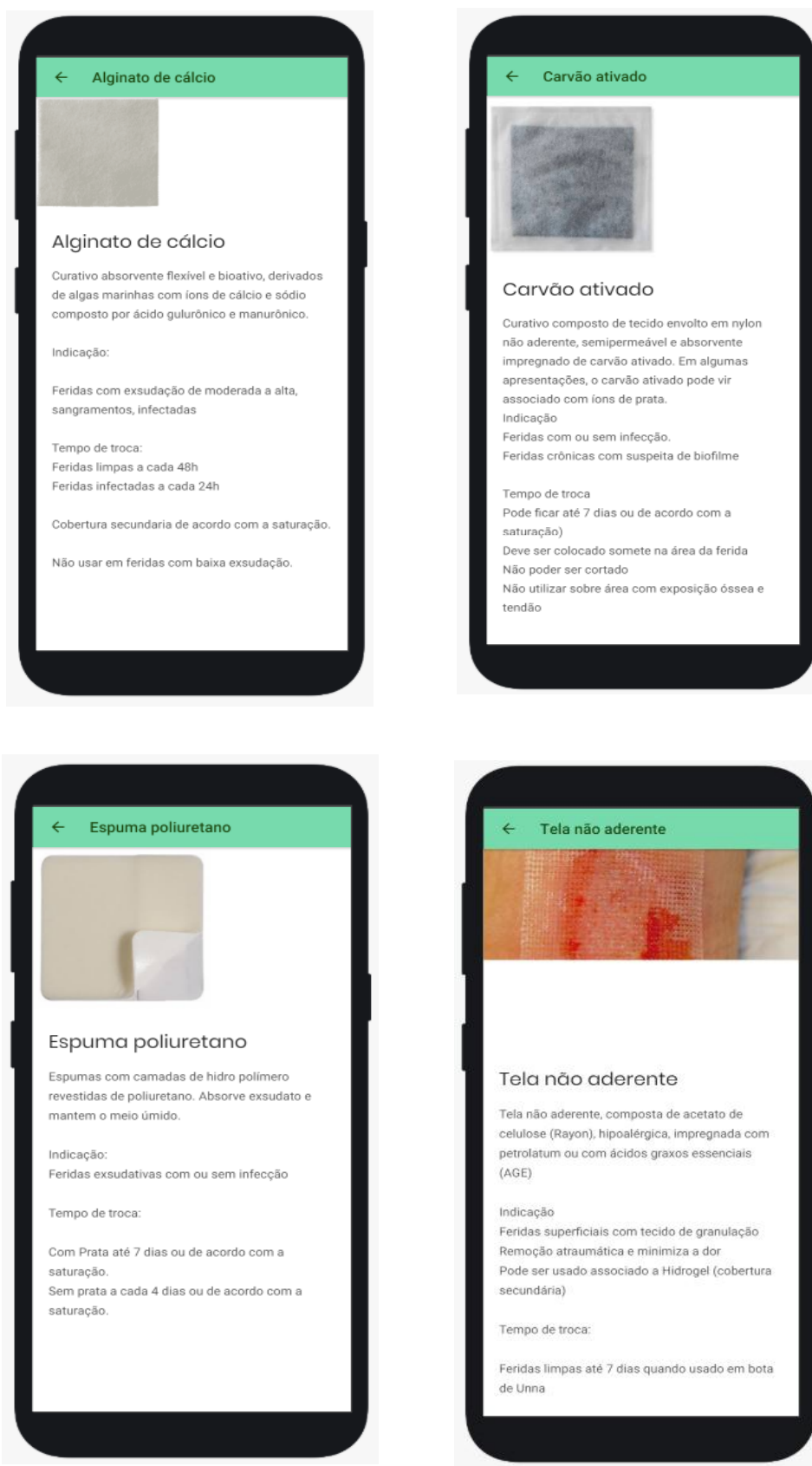


Figura 13 – O ícone Terapia tópica expande para 12 subabas abas (continuação)

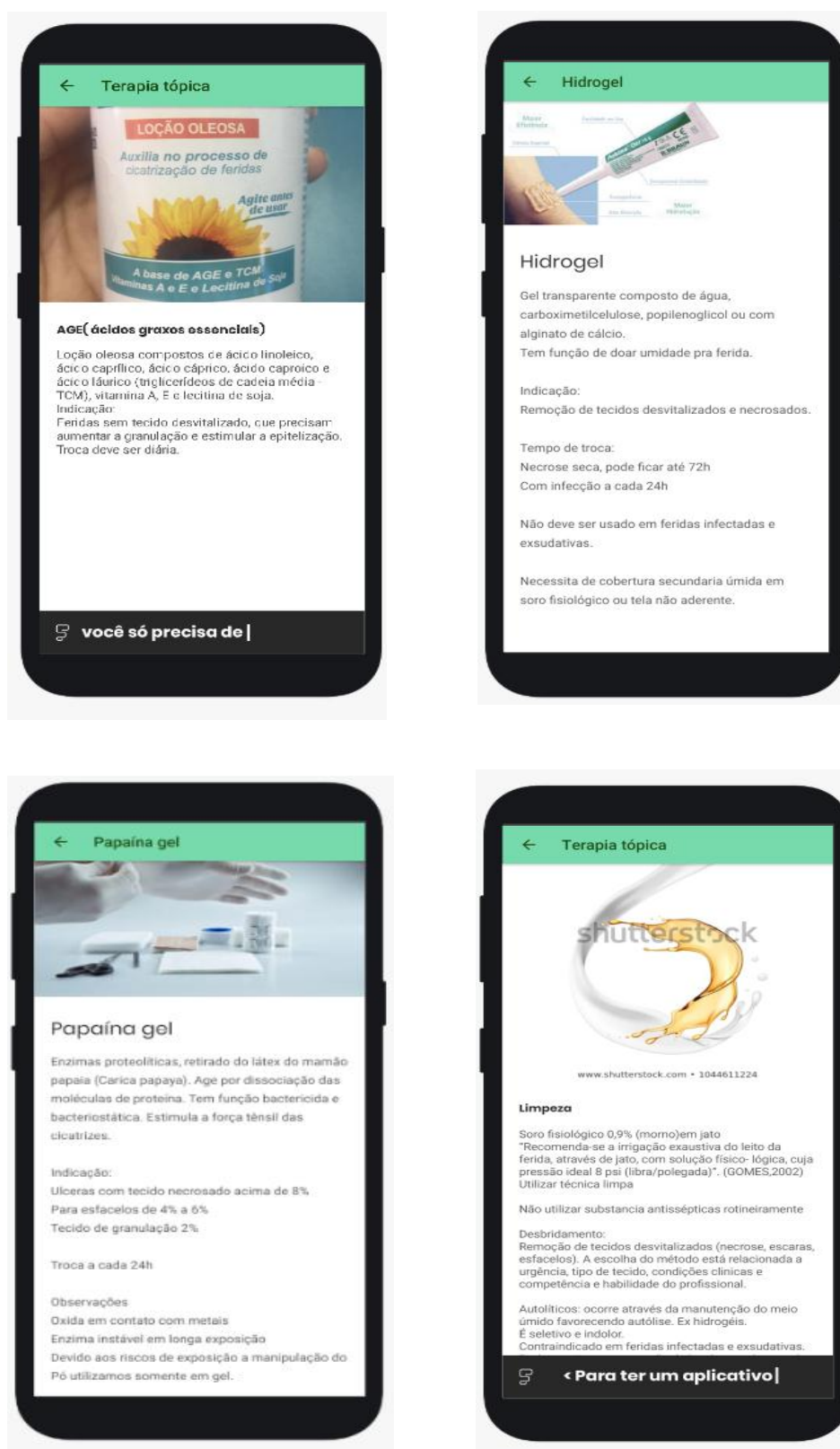


Figura 13 – O ícone Terapia tópica expande para 12 subabas abas (conclusão)

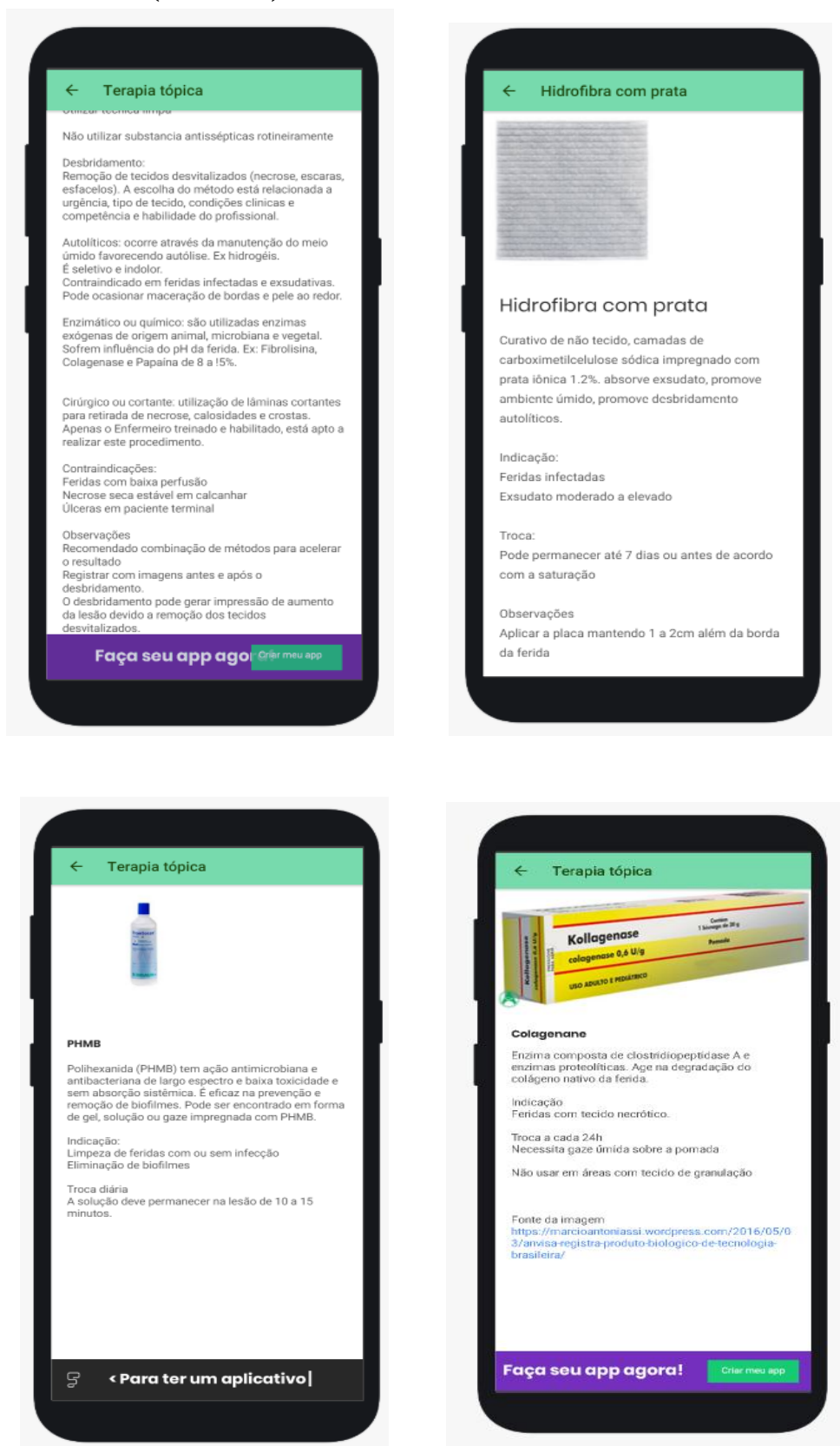


Figura 14 – Ícone terapia compressiva: 4 sub abas



Fonte: A autora, 2019.

Figura 15 – Ícone prevenção de recidivas com 1 sub aba

← Prevenção de recidivas

Prevenção de recidivas

Incentivar uso de meias elásticas

Reeducação alimentar

Controle do peso

Praticar de exercícios regulares

Evita ficar sentado por longo tempo e ou de pé.
Elevar as pernas (acima do quadril)ao longo do dia por curtos períodos e regular.

Quando permanecer de pé por longos períodos, alternar o apoio de um pé para o outro.

Realizar movimentos de flexão e extensão para fortalecimento da panturrilha.

Remover objetos que possam causar traumas no ambiente domiciliar (cadeiras, pontas de moveis, etc.).

Evitar locais muito cheios. Se for necessário utilizar uma faixa de crepom protegendo a região contra traumas

Fonte: A autora, 2019.

Figura 16 – Ícone Formulário para Registro (continua)

← Formulário para registros

Dados fisicobiológicos

Nome

Nome próprio: Nome do usuário:

Sobrenome:

CNS

Prontuario hospitalar

ex: 23

Endereço *

Endereço:

Endereço (cont.):

Cidade: Estado / Cidade:

CEP/Código postal:

Doenças associadas

☐ Hipertensão

☐ Diabetes tipo 1

☐ Diabetes tipo 2

☐ Insuficiência cardíaca

☐ Insuficiência venosa crônica

☐ Outro:

Exame físico

Escreva aqui um breve resumo do inicio dos sintomas

Escreva aqui as medicações que faz uso(dose e tempo de uso)

JotForm Create your own forms

Figura 16 – Ícone Formulário para Registro (continuação)

Fomulário para registros

Localização da dor

Avaliação da dor

1 2 3 4 5

Pior Melhor

Nutrição

☐ Ingerir as 4 refeições por dias frutas verduras e legumes

☐ Ingerir 2 refeições por dia s

☐ Não ingerir frutas e legumes

☐ Não ingerir proteína

Padrão sono repouso

Edema /focal

Perfusão tecidual

Dados psicobiológicos

Percepções sobre a doença

Capacidade de desenvolver seu autocuidado.

Etilismo

☐ Sim

☐ Ex

☐ Até 4 doses dia

☐ Acima de 4 doses dia

Número de Telefone

Código de área Número de Telefone

Data *

dd/mm/yyyy

Sexo *

Cor *

Estado Civil *

Altura cm *

Peso kg *

Escolaridade *

Escolaridade *

Renda *

Profissão

Religião *

Dados fisicobiológicos

Queixa principal

Diagnóstico médico

Escreva aqui um breve resumo do início dos sintomas

Figura 16 – Ícone Formulário para Registro (continuação)

Formulário para registros

Outro

Exame físico

Exames

Localização da dor

Avaliação da dor

1 2 3 4 5

Pior Melhor

Nutrição

☐ Ingera as 4 refeições por dias frutas verduras e legumes

☐ Ingera 2 refeições por dias

Tempo que parou de beber

Tabagismo

☐ 1 maços dia

☐ 2 maços dias

☐ Ex tabagistas

Tempo sem fumar

Diagnóstico de Enfermagem

Grau de dependência

☐ Total: O cliente não possui condições de realizar seu cuidado, necessitando de um profissional ou familiar para realiza-lo. Atenção especial para pacientes com dificuldades visuais ou motoras.

☐ Ajuda: O cliente necessita de ajuda para realizar seu autocuidado, necessita da ajuda de um profissional ou familiar. Atenção para condições de obesidades, dor, depressão, etc.

☐ Orientação: O cliente possui capacidade de realizar seu autocuidado necessitando apenas de orientação

☐ Supervisão: O cliente realiza seu autocuidado

Sobre a úlcera venosa

Localização da lesão

☐ MID

☐ MIE

☐ MID e MID

Localização topografia no membro

Número de lesões

ex: 23

Medida Altura cm

Largura em cm

Área L x A = cm²

Bordas

☐ Plana

☐ Profunda

☐ Irregular

☐ Macerada

☐ Hiperqueratose

Pele ao redor

☐ Eczema

☐ Lipodermatoesclerose

☐ Dermatite ocre

☐ Descamação

☐ Vermelha

☐ Quente

Leito da feridas

☐ Granulação

☐ Esfacelos

☐ Necrose coagulação

☐ Necrose liquefação

Exsudato

☐ Seroso

☐ Serosanguinolento

☐ Amarelado

☐ Esverdeado

☐ Acastanhado

Figura 16 – Ícone Formulário para Registro (conclusão)

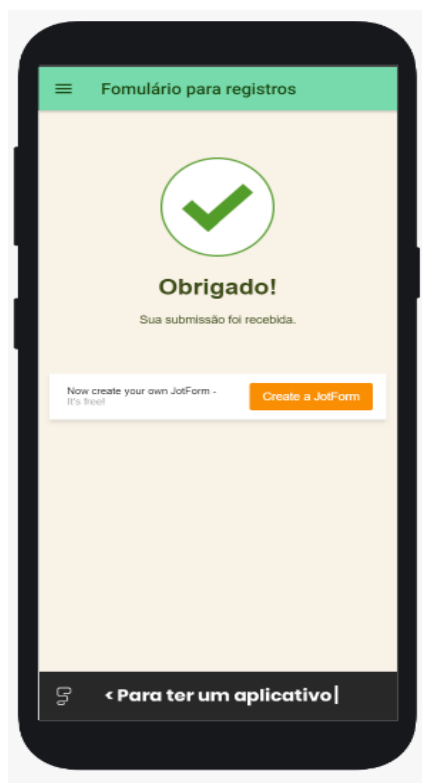
The figure displays three sequential screenshots of a mobile application interface for a 'Formulário para registros' (Registration Form). The form is designed for recording wound care data and is structured as follows:

- Section 1: Terapia tópica (Topical Therapy)**
 - Limpeza (Cleaning):**
 - ☐ Solução fisiológica
 - ☐ Água potável
 - ☐ Clorhexidine degermante
 - ☐ PHMB
 - Desbridamento (Debridement):**
 - ☐ Autolítico
 - ☐ Enzimático
 - ☐ Cirúrgico/ cortante
 - Terapia tópica (Topical Therapy):**
 - ☐ Hidrogel
 - ☐ Papaina gel
 - ☐ Colagenase
 - ☐ Carvão ativada
 - ☐ Hidrofibra com prata
 - ☐ Espumas
 - ☐ Tela não aderente
 - ☐ Alginato de cálcio em placa
 - ☐ AGE
 - ☐ PHMB
 - Prazo de troca (Change frequency):** (This section is visible in the second screenshot)
- Section 2: Indicação de terapia compressiva (Indication of compression therapy)**
 - Prazo de troca (Change frequency):**
 - ☐ 1 x/dia
 - ☐ 2/2 dias
 - ☐ 4/4 dias
 - ☐ 4/5 dias
 - ☐ 1x semana
 - Descreva a orientação da prescrição (Describe the prescription guidance):** (Text input field)
 - Indicação de terapia compressiva (Indication of compression therapy):**
 - Critérios de inclusão para bandagem (Inclusion criteria for bandaging):**
 - ☐ Adesão do cliente a terapia
 - ☐ Circunferência do tornozelo 18cm
 - ☐ IPTB > 8.0 -
 - ☐ Baixa mobilidade
 - ☐ Alta mobilidade
 - Escolha terapia (Choose therapy):**
 - ☐ Bota de UNa
 - ☐ Bandagem multicamadas
- Section 3: Final Submission**
 - Indicação de terapia compressiva (Indication of compression therapy):** (This section is visible in the third screenshot)
 - Escolha terapia (Choose therapy):**
 - ☐ Bota de UNa
 - ☐ Bandagem multicamadas
 - ☐ Bandagem elástica comum
 - ☐ Meia elásticas
 - ☐ Outro
 - Registre aqui notas importantes da orientação. (Record here important notes from the guidance.):** (Text input field)
 - Enviar (Send):** (Button)

The JotForm logo and 'Create your own JotForm' link are visible at the bottom of each screen.

Fonte: A autora, 2019.

Figura 17 – Aba após submissão dos dados



Fonte: A autora, 2019.

Figura 18 – Último ícone com dados para contato com desenvolvedor do aplicativo



Fonte: A autora, 2019.

O Formulário Registros de Úlceras venosas foi criado em uma plataforma on-line de acesso gratuito, a JotForm, e vinculado ao aplicativo. Além do acesso pelo aplicativo, é possível acessá-lo através do *QR code*. Após o final do preenchimento, o conteúdo é enviado para a base de dados da plataforma ou outro meio informado. Um e-mail é enviado para o administrador do Formulário, através do endereço:

<https://form.jotformz.com/90907850930663>.

Figura 19 – QR code para acesso ao aplicativo



Fonte: JotForm, 2019.

6. CONCLUSÕES

Através deste estudo podemos observar a importância de se criar uma prática de enfermagem que possibilite um cuidado que compreenda o cliente em suas dimensões, como ser único que possui suas percepções, expectativas e desejos e que se encontra com sua qualidade de vida comprometida e limitada por questões socioeconômicas.

Apesar da elevada prevalência, ainda percebemos pouco investimento nos cuidados ao cliente com úlceras de perna e podemos inferir que a escassez de investimentos pode estar relacionada a questões que envolvem o olhar sobre o corpo, sua aparência, estigmas, a não gostar ou não saber cuidar dessas úlceras. É necessário, portanto, que se criem Programas de Atenção ao portador de úlcera de perna, envolvendo o cliente, a família e os profissionais de saúde.

Do mesmo modo, é importante que seja garantido o tratamento integral com produtos específicos para terapia tópica, bandagem e fornecimento de meias elásticas para prevenção de novas lesões, o que exige uma formação altamente especializada, não só nas questões fisiobiológicas do corpo que ainda não conseguimos registrar, para que façamos diagnósticos de enfermagem e não apenas sobre a doença.

O cuidar de enfermagem é complexo e diferente das outras profissões que se preocupam com frações do corpo: a enfermagem “tenta” vê-lo como um todo, gerencia o processo de cuidar, assim como o ambiente no qual seu cuidado acontece.

Através do olhar sobre os prontuários, que registraram memórias e histórias de cada doente, identificamos um distanciamento dos diagnósticos de enfermagem baseados em processos e identificamos que nosso referencial segue o modelo biomédico.

No meio acadêmico, é crucial que as universidades desenvolvam projetos educacionais que envolvam o aluno no contexto da prevenção, orientação, realizem laboratórios de prática de bandagens e possibilitem novas pesquisas e buscas de tecnologias que facilitem o acesso à informação para a orientação dos profissionais de saúde.

Assim, por meio deste estudo, identificamos a necessidade de melhorar os registros do cuidado de modo que orientem uma prática segura no cuidado das lesões. O aplicativo-protótipo é uma proposta de tecnologia de informação para a Instituição e poderá sofrer ajustes de melhoria para assegurar sua utilização pela equipe de enfermagem. Através do aplicativo, será possível a criação de um banco de dados possibilitando novas pesquisas que visem melhorar a

atenção ao cliente com úlcera de perna, estimular uma prática, exequível, de registros que identifiquem a cientificidade da Enfermagem.

Nota:

Declaro não haver conflito de interesses.

As imagens das lesões são do acervo pessoal.

Outras imagens retiradas de páginas da web e mencionadas no App.

7. REFERÊNCIAS

ABREU, A. M.; OLIVEIRA, B. R. B.; MANARTE, J. J. Tratamento de úlcera venosa com bota de Unna: estudo de caso. **Online Brazilian J. of Nursing**, Niterói, v. 12, n. 1, 2013.

ARON, S.; GAMBA, M. A. Preparo do leito da ferida e a história do TIME. **Rev. Estima**, São Paulo, v. 7, n. 4, 2009. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/264>. Acesso em: 11 mar. 2019.

BACELAR, C. **Trabalhadores gastam mais tempo nos engarrafamentos**: estudo mostra que deslocamentos podem durar 2 horas e 21 minutos. O Globo, Rio de Janeiro, 01 set. 2016. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/trabalhadores-gastam-mais-tempo-nos-engarrafamentos-20030340>. Acesso em: 03 mar. 2019.

BERGONSE, F. N., RIVITTI, E. A. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. **Na. Bras. Dermatol.**, [s. l.], v. 81, n. 2, p. 131-135, 2006.

BORGES, E. L.; SANTOS, C. M.; SOARES, M. R. Modelo ABC para o manejo da úlcera venosa de perna. **Rev. Estima**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 182-187, 2017. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/350/pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68 p.

BRITO, C. K. D. *et al.* Úlcera venosa: avaliação clínica, orientações e cuidados com o curativo. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 470-480, 2013.

BRUM, M. L. B. *et al.* Protocolo de assistência de enfermagem a pessoas com feridas como instrumento para autonomia profissional. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, p. 50-57, jan./mar. 2015.

CAIAFA, J. S. *et al.* Atenção integral ao portador de pé diabético. **J. Vasc. Bras.**, [s. l.], v. 10, n. 4, supl. 2, 2011. Acesso em: 10 jan. 2019.

CAMPOS, M. G. C. A. *et al.* **Feridas complexas e estomias**: aspectos preventivos e manejo clínico. Joao Pessoa: Ideia, 2016. 398 p. Disponível em: <http://www.corenpb.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2019.

CAMPOS, M. G. C. A.; SOUSA, A. T. O.; VASCONCELOS, J. M. B. Fundamentos teóricos e avaliação de feridas. In: CAMPOS, M. G. C. A. *et al.* **Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico**. Joao Pessoa: Ideia, 2016. 398 p. Disponível em: <http://www.corenpb.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2019.

CASTORIADIS, C. **As encruzilhadas do labirinto**. 2. ed. Tradução de Carmem Silva Guedes *et al.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

CNS. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59–62.

COFEN. **Guia de recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. Brasília: COFEN, 2015.

COFEN. **Resolução nº 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. Brasília: COFEN, 2009.

COFEN. Resolução nº 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 2012. Seção 1, p. 288.

COSTA, C. R. **Avaliação do autocuidado de pacientes com feridas crônicas**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/2880/1/TCC%20C%C3%ADntia%20Raquel%20da%20Costa.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.

CUBAS, M. R *et al.* Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioter. Mov.**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 647-655, jul./set. 2013.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico: nova fronteira da língua portuguesa**. 2. ed. (revista e acrescida de um suplemento). 11. reimpressão. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3. ed. Tradução de Rúbia Aparecida Lacerda e Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos. São Paulo: Atheneu, 2008.

DIAS, E. Angiossomas do pé e do tornozelo: implicações no tratamento da isquemia crítica dos membros inferiores. **Rev. Angiologia e Cirurgia Vascular**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 204-207, dez. 2011.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimas ou diferentes concepções? **Rev. Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, jul./dez. 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/v6n2.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2013.

FERREIRA, A. B. D. E. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3.ed. rev. atual. Curitiba: Positivo, 2004. 2.120 p.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Diagnóstico de enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A.; SANTOS, I. Introdução à enfermagem clínica no ambiente terapêutico. In: SANTOS, I. *et al.* (Org.) **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2004. (Série Atualização em Enfermagem, v.3). Cap. 1, p. 520.

FRADE, M. A *et al.* Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. **Anais Bras. Dermatologia**, [s. l.], v. 80, n. 1, p. 41-46, 2005.

FRANÇA, L. H. G.; TAVARES, V. Insuficiência venosa crônica: uma atualização. **J. Vascular**, [s. l.], v. 2, n. 4, p. 318-328, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 27-28.

GOMES, D. C. *et al.* Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, e53927, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v37n1/0102-6933-rngen-1983-144720160153927.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2019.

GOMES, F. G.; FRADE, M. A. C.; FOSS, N. T. **Úlceras cutâneas na hanseníase**: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. **Anais Bras. Dermatologia**, [s. l.], v. 82, n. 5, p. 433-437, 2007.

GOMES, F. S. L.; CARVALHO, D. V. Tratamento de ferida: revisão da literatura. **Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1/2., p. 67-72, jan./dez. 2002. Disponível em: [/webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2GQGAeRbYIgJ:www.reme.org.br/exportar-pdf/800/v6n1a12.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2GQGAeRbYIgJ:www.reme.org.br/exportar-pdf/800/v6n1a12.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br) 2002file:///C:/Users/mauri/Downloads/v6n1a12.pdf Acesso em: 10 mar. 2019.

GOMES, L. C., SILVA JÚNIOR, A. J. Fatores favoráveis ao pé diabético em usuários de uma unidade de atenção, C primária à saúde. **Rev. Atenção Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 57, p. 5-12, jul./set. 2018.

HENDERSON, V. **Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

HORTA, W. A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev. Esc. Enf. USP**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 7-15, 1974.

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

HORTA, W. A.; KAMIYAMA, Y., PAULA, N. S. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 4, n. 1/2, mar./set. 1970.

IRION, G. **Feridas**: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Tradução de João Clemente Dantas do Rego Barros. Revisão técnica de Sônia Regina de Souza. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

JESUS, A. G. **Prevalência e abordagem à pessoa com úlcera de perna**. 2014. Dissertação (Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2014.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

LIMA, M. J. **O que é enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 1993. (Coleção Primeiros Passos).

MACHADO, D. A. **Registros de enfermagem**: a mensagem sobre o cuidado contida na linguagem escrita. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MAKDISSE, M. et al. Fatores de risco e doença arterial periférica. **Arq. Bras. Cardiol.**, [s. l.], v. 91, n. 6, p. 402-414, 2008.

MARTINS, M. A. **Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendidos em unidades básicas de saúde de Goiânia**. 2008. 143 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitel, 2008.

MOFFATT, C. J. *et al.* Prevalence of leg ulceration in a London population. **Q. J. Med.**, [s. l.], v. 97, n. 7, p. 431-437, 2004.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.

NÓBREGA, W. G. *et al.* Changes in patients' quality of life with venous ulcers treated at the outpatient clinic of a university hospital. **Rev. Enferm. UFPE (Online)**, Recife, v. 5, n. 2, p. 220-227, 2011.

OLIVEIRA, S. B; SOARES, D. A.; PIRES, O. S. Prevalência de úlceras venosas e fatores associados entre adultos de um centro de saúde de Vitória da Conquista - BA. **J. Res.: Fundam. Care. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 2659-2666, jul./set. 2015.

PAIM, L. *et al.* **Iniciamento à metodologia do processo de enfermagem**: uma abordagem centrada nas necessidades humanas básicas. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem, 1973. Apresentação.

PEDROSA, H. C. Neuropatia diabética periférica. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes na prática clínica**. São Paulo: [20-?]. Ebook 2.0. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/39-neuropatia-diabetica-periferica>. Acesso em: 03 mar. 2019.

PEREIRA, C. D. F. D. *et al.* Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial. **Rev. Bras. Inovação Tecnológica em Saúde (Online)**, [s. l.], 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/3331/2727>. Acesso em: 5 mar. 2019.

PINA, E. *et al.* Ulceration in Portugal: prevalence and clinical history. **Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.**, [s. l.], v. 29, n. 5, p. 549-553, 2005.

QUEIROZ, T. A. *et al.* Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hansênica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. esp., p. 185-191, 2015.

RAMOS, S. *et al.* Úlceras de pierna: causas infrecuentes. **Rev. Med. Uruguay**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 33-41, 2001.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicada a ciências sociais. In: BEUREN, I. M. (Org.) **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2003.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/68.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

SALOMÉ, G. M.; FERREIRA, L. M. Qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa em terapia compressiva com bota de Unna. **Rev. Bras. Cir. Plast**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 466-471, 2012.

SANT'ANA, S. M. S. C. **Úlceras venosas: caracterização e tratamento em usuários atendidos nas salas de curativos da rede municipal de saúde de Goiânia – GO**. 2011. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

SANT'ANA, S. M. S. C. *et al.* Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 637-644, jul./ago. 2012.

SBACV. **Insuficiência venosa crônica: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: SBACV. Disponível em: <http://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/insuficiencia-venosa-cronica.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019. Projeto Diretrizes.

SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Clannad, 2017. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2019.

SELL, B. T.; SOUZA, M. V.; MARTINS, T. **Qualidade de vida dos portadores de úlceras vasculogênicas: escala de Ferrans e Powers**. 2011. 72 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SILVA, F. A. A. *et al.* Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a14v62n6.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SIMÃO, T. S.; ALMEIDA, P. C. C.; FAIWICHOW, L. Úlcera de Marjolin: visão atualizada. **Rev. Bras. Queimaduras**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 251-253, 2012.

SMANIOTTO, P. H. S. *et al.* Tratamento clínico das feridas: curativos. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 89, n. 3/4, p. 137-141, jul./dez. 2010. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/biblioteca_em_saude/062_material_saude_artigo_tratamento_feridas.pdf. Acesso em: 20 mar. 2019.

SOARES, M. F. **Impacto da úlcera de perna na vida da família**: um estudo de caso. 2012. 129 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

TANURE, M.C., GONÇALVES, A. M. P. Quarta etapa do processo de enfermagem: implementação de assistência de enfermagem. In: TANURE, M.C., GONÇALVES, A. M. P. **Sistematização da assistência de enfermagem**: guia prático. RJ: Guanabara Koogan, 2008. Cap. 6, p. 77-111.

TAVARES, E. *et al.* Úlcera de Marjolin associada à ulceração e osteomielite crônicas. **Anais Bras. Dermatol.**, [s. l.], v. 86, n. 2, p. 366-369, 2011.

VALL, J.; LEMOS, K. I. L.; JANEIRO, A. S. I. O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem: um estudo teórico. **Cogitare Enf.**, Paraná, v. 10, n. 3, p. 63-70, set./dez. 2005.

ZAKI, C. H. *et al.* Úlcera de Marjolin gigante. **Relatos Casos Cir.**, [s. l.], v. 4, n. 3, 2018.

APÊNDICE A – Instrumento orientador de coleta de dados nos prontuários

Quadro 16 – Instrumento orientador de coleta de dados nos prontuários

Instrumento 1		
Diagnóstico e processo de enfermagem - O cliente e seu prontuário.		
Número prontuário:		
Quantidade de encontros:		
Dimensões que são específicas dos clientes	Fisicobiológicas	
	Psicobiológicos	
	Espaciais, socioeconômicas	
Objetivos e propósitos dos cuidados /intervenções	Promoção da saúde	
	Prevenção de doenças	
	Deteccção de sinais e sintomas	
	Reabilitação da saúde e ambiente	
	Promover a saúde	
	Implementação da terapêutica e prescrições	
Diagnóstico de Enfermagem e registro sobre dependência	Total	
	Ajuda	
	Orientação	
	Supervisão	
	Encaminhamento	

Nota: Utilizados para verificar os registros nos prontuários.

Fonte: A autora, 2019.

APÊNDICE B – Distribuição por área programática

Quadro 17 – Distribuição por área programática

ÁREA/ BAIRRO	N.A.	%
RJ - CAPITAL	21	53,8
AP 1	7	17,9
Benfica	1	2,6
Estácio	2	5,1
Mangueira	1	2,6
Rio Comprido	1	2,6
Santa Tereza	1	2,6
São Cristóvão	1	2,6
AP 2	2	5,1
Praça da Bandeira	1	2,6
Tijuca	1	2,6
AP 3	6	15,4
Abolição	1	2,6
Bonsucesso	1	2,6
Coelho Neto	1	2,6
Ilha do Governador	1	2,6
Piedade	1	2,6
Vigário Geral	1	2,6
AP 4	1	2,6
Pechincha	1	2,6
AP 5	5	12,8
Bangu	1	2,6
Campo Grande	1	2,6
Padre Miguel	1	2,6
Santíssimo	1	2,6
Senador Camará	1	2,6
RJ - OUTROS MUNICÍPIOS	18	46,2
Belford Roxo	2	5,1
Duque de Caxias	5	12,8
Nilópolis	1	2,6
Niterói	2	5,2
Nova Iguaçu	1	2,6
Petrópolis	1	2,6
São Gonçalo	1	2,6
Seropédica	1	2,6
São João de Meriti	4	10,3
TOTAL	39	100

Fonte: A autora, 2019.

APÊNDICE C – Análise inferencial dos objetivos do cuidado com relação de dependência

Quadro 18 – Análise inferencial dos objetivos do cuidado com relação de dependência

TIPO DE DEPENDÊNCIA	VARIÁVEL HORTA	Teste Exato de Fischer
		ExactSig. (1-sided)
DEP. AJUDA	FISICO/ BIO	-
	PSICO/ BIO	,600
	ESPACIAL/ SOCIO	,611
	PRESERVAR SAUDE	,458
	PREVENIR A DOENÇA	,001
	DETECTAR SINAIS E SINTOMAS	,108
	RESABELECEER REABILITAR	,000
	PROMOVER SAUDE	,001
	IMPLEMENTAR CUIDADOS	-
DEP. ORIENTAÇÃO	FISICO/ BIO	-
	PSICO/ BIO	,436
	ESPACIAL/ SOCIO	,617
	PRESERVAR SAUDE	,593
	PREVENIR A DOENÇA	,078
	DETECTAR SINAIS E SINTOMAS	,502
	RESABELECEER REABILITAR	,029
	PROMOVER SAUDE	,022
	IMPLEMENTAR CUIDADOS	-
DEP. SUPERVISÃO	FISICO/ BIO	-
	PSICO/ BIO	,436
	ESPACIAL/ SOCIO	,617
	PRESERVAR SAUDE	,182
	PREVENIR A DOENÇA	,078
	DETECTAR SINAIS E SINTOMAS	,104
	RESABELECEER REABILITAR	,211
	PROMOVER SAUDE	,179
	IMPLEMENTAR CUIDADOS	-
EP. ENCAMINHAMENTO	FISICO/ BIO	-
	PSICO/ BIO	,674
	ESPACIAL/ SOCIO	,425
	PRESERVAR SAUDE	,102
	PREVENIR A DOENÇA	,133
	DETECTAR SINAIS E SINTOMAS	,174
	RESABELECEER REABILITAR	,048
	PROMOVER SAUDE	,026
	IMPLEMENTAR CUIDADOS	-

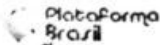
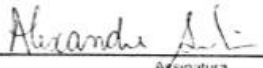
Fonte: A autora, 2019.

ANEXO A – Ficha de avaliação de feridas

Figura 20 – Ficha de avaliação de feridas

		COMISSÃO DE CURATIVOS Folha de avaliação de feridas			
IDENTIFICAÇÃO	NOME			PRONT.	
	DATA NASC.	IDADE	SEXO	COR	
	ENDEREÇO				
	CIDADE			BAIRRO	UF
	TEL. RES. ()			TEL. CEL. ()	
HISTÓRICO DE SAÚDE	DM	HAS	IRC	TVP	CARDIOPATIA
	ETILISMO	DISLIPIDEMIA		DROGAS	
	OUTRAS				
	MEDICAMENTOS				
	ALERGIAS			ATIVIDADE	
DADOS SOBRE A FERIDA	Nº DE FERIDAS			LOCAL	TEMPO
	CLASSIFICAÇÃO			ESTADIVAMENTO	
	TRATAMENTOS EFETUADOS				
	CONDIÇÕES DA PELE AO REDOR				
	ÍNTERA	MACERADA	RESSECADA	DERMATITE	EDEMA
	TEMPERATURA	LINFEDSWA	CASCA DE LARANJA	ECZEMA	
	PELE E UNHAS				
	CALOSIDADE	FISSURA	NEUROPATIA	QUERATOSE	
	RESSECAMENTO	ONICOMICOSE	PERFUSÃO	TEMPERATURA	
	HÁLUX EM MARTELO			DEDO EM GARRA	
	MEDIDAS DOS MEMBROS		PULSOS	ITS	
	TORNOZELO D	E	MID		
	PANTURRILHA D	E	MIE		
	BORDAS				
	DELIMITADA	MACERADA	FRIÁVEL	DESLOCADA	ACERIDA
	REGULAR	ESPESSADA	CERATOSE	OUTRAS	
	LEITO DA FERIDA				
	ESCARA	ESPAÇO	GRANULAÇÃO	MISTO	%
	EXUDATO		QUANTIDADE	ODOR	
	FRIÁVEL		TÚNEIS	DOR	
	MEDIDAS				
	ALTURA		LARGURA	PROFUNDIDADE	
	ÁREA				
	TRATAMENTO PROPOSTO				
	OBSERVAÇÕES				
	MÉDICO (A)			ENFERMEIRO (A)	

ANEXO B – Folha de rosto Plataforma Brasil

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa SISTEMA DE COMPRESSÃO VENOSA: UM ESTUDO SOBRE DIAGNOSTICO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 40			
3. Área Temática			
4. Área do Conhecimento Grande Área 4 - Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome MAURIA CAVALCANTE VIEGAS			
6. CPF 690.526.977-87		7. Endereço (Rua, n.º): RETIRO DOS ARTISTAS 855 PECHINCHA Bloco 5 apt 304 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 22776-102	
8. Nacionalidade BRASILEIRO	9. Telefone 21995281049	10. Outro Telefone:	11. Email mauraviegas@gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: 19, 12, 2017		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO		13. CNPJ 34.023.077/0001-07	14. Unidade/Orgão
15. Telefone (21) 1542-7771		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: Alexandre Sousa da Silva		CPF: 278.613.148-04	
Cargo/Função: Coordenador			
Data: 19, 12, 2017		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica			

ANEXO C – Parecer Plataforma Brasil

UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SISTEMA DE COMPRESSÃO VENOSA: UM ESTUDO SOBRE DIAGNOSTICO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM.

Pesquisador: MAURIA CAVALCANTE VIEGAS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 80499917.9.0000.5285

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.708.908

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação de mestrado profissional que pretende propor uma intervenção a pacientes com úlceras venosas atendidos pelo HUGG. A proposta comporá a intervenção guiada por protocolo, treinamento para os enfermeiros do HUGG e uso da intervenção na clientela, conforme a indicação clínica.

Objetivo da Pesquisa:

a) fazer diagnóstico de enfermagem sobre cuidados realizados no sistema de compressão de úlceras venosas; b) destacar no diagnóstico registrado o que trata de cuidados específico para compressão e gerais para o cliente com úlcera venosa;

Objetivo Secundário:

a) apresentar um protocolo sobre a Sistemática e Sistematização do Cuidado ao cliente com úlcera venosa destacando o sistema de compressão a partir do fazer no Ambulatório de cirurgia do Hospital

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos podem variar, porém eles são descritos pelo pesquisador: "Essa pesquisa pode gerar

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 2.708.908

desconforto

inerente ao tratamento com como: dormência, parestesias, alteração da cor da pele e dor. Esses sintomas cessarão com a remoção da bandagem e posteriormente contatar pesquisador.*

Como benefícios, a pesquisadora descreve: "Melhora da qualidade do cuidado prestado ao cliente com ulcera venosa e consequentemente redução do tempo e cicatrização."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que se propõe a sistematizar a assistência de enfermagem a uma clientela com um problema clínico crônico e com possíveis benefícios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta:

Folha de rosto - precisa de nova assinatura

Instrumentos de coleta de dados

TCLE

Termo de compromisso

Autorização da co-participante

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1027662.pdf	27/05/2018 21:46:35		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_2_assinada.pdf	27/05/2018 21:46:07	MAURIA CAVALCANTE VIEGAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_A_TCLE_2.doc	27/05/2018 21:44:37	MAURIA CAVALCANTE VIEGAS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	05/01/2018 16:37:37	MAURIA CAVALCANTE VIEGAS	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 2.708.908

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_MP_2017.docx	05/01/2018 16:34:48	MAURIA CAVALCANTE VIEGAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeanuencia.pdf	05/01/2018 16:33:43	MAURIA CAVALCANTE VIEGAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodecompromisso.pdf	05/01/2018 16:32:54	MAURIA CAVALCANTE VIEGAS	Aceito
Outros	Instrumento_2_apendice_d.docx	07/11/2017 14:38:45	MAURIA CAVALCANTE VIEGAS	Aceito
Outros	Instrumento_3_apendice_e.docx	07/11/2017 14:37:55	MAURIA CAVALCANTE VIEGAS	Aceito
Outros	Instrumento_1_apendice_c.docx	07/11/2017 14:36:18	MAURIA CAVALCANTE VIEGAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 12 de Junho de 2018

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO D – Termo de anuência

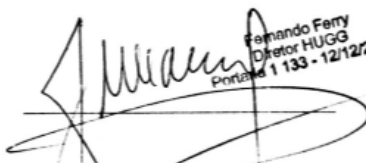


UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE - HUGG

TERMO DE ANUÊNCIA

O Hospital Universitário Gaffrée e Guinle-HUGG está de acordo com a execução do projeto ***"SISTEMA DE COMPRESSÃO VENOSA: UM ESTUDO SOBRE DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM"***, coordenado pelo pesquisador **Máuria Cavalcante Viégas**, aluna do Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 20 de dezembro de 2017



Fernando Ferry
Diretor HUGG
Portaria 1133 - 12/12/2014

Fernando Raphael de Almeida Ferry
Superintendente do HUGG
Carimbo com identificação ou CNPJ

ANEXO E – Termo de compromisso

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO
HOSPITALAR
MESTRADO PROFISSIONAL

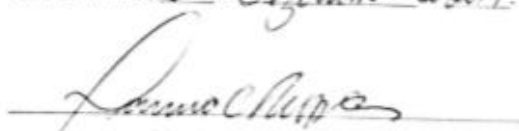
TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

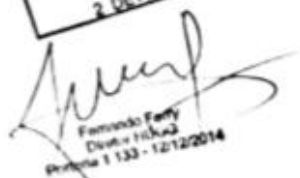
Eu, Máuria Cavalcante Viégas, portador (a) do RG nº 095282059 (DETRAN), vinculado (a) a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO assumo o compromisso com a instituição Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, a realizar a pesquisa sob o título de: **"SISTEMA DE COMPRESSÃO VENOSA: UM ESTUDO SOBRE DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM"**. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento.

Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2017.


Máuria Cavalcante Viégas
Pesquisador (a)


Rio, Tel. 21/14
1 CIENTE
2 DE ACORDO
Fernando Faria
Diretor Fichas
Protocolo 1.133 - 12/12/2014