

VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA

Anne Kayline Soares Teixeira^{1*} , Lúcia de Fátima da Silva¹ , Antonia Natielli Costa da Silva² 

RESUMO

Objetivo: Validação do conteúdo de um instrumento para consulta de enfermagem à pessoa com úlcera venosa (UV). **Metodologia:** Estudo metodológico de validação interna de conteúdo baseado no julgamento de juízes estomaterapeutas, cuja identificação se deu através de busca na Plataforma Lattes. O processo ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2019 e 24 especialistas participaram. Os dados relativos à avaliação da consulta foram compilados em planilha do Microsoft Office Excel e considerados conforme índice de concordância (IC) total e global, totalizando 209 itens e 2.400 variáveis da consulta, sendo adotadas respostas dicotômicas. **Resultados:** Com relação à caracterização dos juízes, obteve-se idade média de 36,6 anos. A maioria foi do sexo feminino e localizada no estado do Ceará. A principal titulação observada foi o mestrado (62,5%) e os juízes atuavam na assistência e coordenação de serviço de estomaterapia. Dois terços apresentavam experiência com validação de instrumentos (66,7%). Com relação à validação da consulta, obteve-se um IC global de 92% e alfa de 0,91. **Conclusão:** A consulta possui aparência adequada para ser utilizada, é de fácil aplicação, possui sequência lógica, além de possibilitar um cuidado de enfermagem sistemático.

DESCRIPTORES: Estomaterapia. Estudo de validação. Úlcera varicosa. Teoria de enfermagem. Enfermagem no consultório.

VALIDATION OF THE CONTENT OF AN INSTRUMENT FOR NURSING CONSULTATION FOR PEOPLE WITH VENOUS ULCER

ABSTRACT

Objective: To validate the content of an instrument for nursing consultation with people with venous ulcers. **Methodology:** Methodological study of internal validation of content based on the judgment of enterostomal therapist judges, whose identification occurred through a search on the Lattes Platform. The process occurred in the months of January and February 2019 and 24 experts participated. Data regarding the evaluation of the query were compiled in Microsoft Office Excel spreadsheet and considered according to total and global agreement index, totaling 209 items and 2,400 variables of the query, dichotomous responses being adopted. **Results:** Regarding the characterization of the judges, a mean age of 36.6 years was obtained. Most were female and located in the state of Ceará. The main qualification observed was Master's degree (62.5%) and the judges worked in assistance and coordination of enterostomal therapy services. Two thirds had experience with validation of instruments (66.7%). Regarding the validation of the consultation, an overall agreement index of 92% and an alpha of 0.91 were obtained. **Conclusion:** The consultation has an adequate appearance to be used, is easy to apply, has a logical sequence, and enables a systematic nursing care.

DESCRIPTORS: Enterostomal therapy. Validation study. Varicose ulcer. Nursing theory. Office nursing.

1. Universidade Estadual do Ceará – Centro de Ciências da Saúde – Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – Fortaleza/CE – Brasil.

2. Unimed Ceará – Fortaleza/CE – Brasil.

*Autora correspondente: kaylinesoares@hotmail.com

Editora de Seção: Manuela de Mendonça Figueiredo Coelho

Recebido: Ago. 08, 2022 | Aceito: Nov. 30, 2022

Como citar: Teixeira AKS; Silva LF; Silva ANC (2022) Validação do conteúdo de um instrumento para consulta de enfermagem à pessoa com úlcera venosa. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 20: e3522. https://doi.org/10.30886/estima.v20.1303_PT

VALIDACIÓN DEL CONTENIDO DE UN INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA PERSONAS CON ÚLCERA VENOSA

RESUMEN

Objetivo: Validación de contenido de un instrumento para consulta de enfermería a personas con úlceras venosas

Metodología: Estudio metodológico de validación interna de contenido, a partir del juicio de jueces estomaterapeutas. Su identificación se dio a través de una búsqueda en la Plataforma Lattes que tuvieran experiencia en la atención de personas con úlceras venosas. El proceso se llevó a cabo en enero y febrero de 2019, donde participaron 24 expertos. Los datos relacionados a la evaluación de la consulta fueron recopilados en planilla de Microsoft Office Excel y analizados según el índice de concordancia total y global, totalizando 209 ítems y 2400 variables de consulta, siendo adoptadas respuestas dicotómicas. **Resultados:** En cuanto a la caracterización de los jueces se obtuvo una edad promedio de 36,6 años. La mayoría eran mujeres, así como del estado de Ceará. La principal titulación observada fue la de maestría, (62,5%) trabajaba en la asistencia y coordinación del servicio de estomaterapia. Dos tercios tenían experiencia con la validación de instrumentos (66,7%). En cuanto a la validación de la consulta se obtuvo un índice de acuerdo global del 92% y un alfa de 0,91. **Conclusión:** La consulta tiene una apariencia adecuada para ser utilizada, es fácil de aplicar, tiene una secuencia lógica, además de permitir una atención sistemática de enfermería.

DESCRIPTORES: Estomaterapia. Estudio de validación. Úlcera varicosa. Teoría de Enfermería. Enfermería de consulta.

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa apresenta a criação e a validação do conteúdo de um instrumento de consulta de enfermagem para consolidar o cuidado clínico embasado na Teoria de King, para a pessoa com insuficiência venosa crônica (IVC). Considerada problema de saúde coletiva, a IVC é uma das patologias mais prevalentes no mundo¹.

Alterações associadas a essa doença estão presentes em 10 a 35% dos adultos nos Estados Unidos. Isso pode levar a úlceras venosas nas pernas, afetando cerca de 1% da população. Essa prevalência aumenta para 4% em pessoas acima de 65 anos². A incidência encontra-se entre 2 e 5 novos casos por 1.000 pessoas por ano. Sua prevalência é maior no sexo feminino em uma proporção de 7 a 10³.

A IVC é definida como um conjunto de manifestações clínicas causadas pela anormalidade (obstrução e/ou refluxo do vaso), que leva ao refluxo sanguíneo do sistema venoso periférico (superficial, profundo ou ambos), associada à hipertensão venosa, e acomete principalmente os membros inferiores. Tal achado clínico pode causar incapacidade, edema, dor e, em alguns casos, levar à incidência de úlceras de estase, também chamada de úlcera venosa (UV)⁴.

A ferida, considerada o estágio mais avançado da doença, ocasiona perda da integridade tecidual, com destruição da pele e solução de continuidade dos tecidos mais profundos. Tal situação deve ser evitada ao máximo, visto que de 50 a 75% dessas úlceras demoram de 4 a 6 meses para cicatrização, enquanto, pelo menos, 1/5 delas permanece aberto por mais de 2 anos¹.

Diante dos expressivos números e problemas relacionados a esse agravo, medidas voltadas para o desenvolvimento de cuidado sistemático são necessárias, de modo que os pacientes, conscientes da impossibilidade de erradicação da doença por meio da cura, possam se adaptar às condições de adoecimento e minimizar ou eliminar as possíveis complicações⁴.

Assim, considerando que a interação enfermeiro-paciente durante o tratamento será por tempo prolongado, entende-se que esse profissional deverá estar inteirado das condições pessoais, interpessoais e sociais dos pacientes, atentando para sua subjetividade, promovendo empatia, ajuda e utilizando instrumentos sistemáticos para implementar o cuidado.

Partindo dessa realidade, o enfermeiro precisa valorizar e utilizar a sistematização da assistência de enfermagem, a fim de organizar a sua assistência, além de apoiar-se em bases científicas oriundas das Teorias de enfermagem.

Conforme preconiza a Resolução 359/2009, o processo de enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Os ambientes referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais

de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros. Assim, quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, o processo de enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesse ambiente como consulta de enfermagem⁵.

Nessa perspectiva, sabe-se que a base conceitual do processo de enfermagem se encontra nas teorias de enfermagem, que constituem o conjunto de fundamentos teóricos que explicam e orientam a assistência de enfermagem garantindo seu rigor científico.

Dentre as teorias de grande porte, destaca-se a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King, que enfoca a interação enfermeiro-paciente em um processo de cuidado baseado no estabelecimento e no alcance de metas. Segundo a teoria, para o alcance de metas de saúde, os pacientes necessitam de informações que enfoquem a prevenção de doenças e o cuidado integral, quando esses não têm condições de cuidar de si, sendo o relacionamento terapêutico a arte para o estabelecimento e alcance de metas⁶.

Assim, nota-se carência de publicações envolvendo a temática, o que se torna preocupante, visto que o instrumento metodológico orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação se faz necessária para o planejamento, a execução e a avaliação do cuidado, constituindo assim, ferramenta fundamental ao trabalho do enfermeiro⁷.

O objetivo deste trabalho foi construir e validar o conteúdo de um instrumento para consulta de enfermagem à pessoa com UV.

MÉTODOS

Pesquisa metodológica com vistas à confiabilidade e validade na criação de um instrumento de consulta de enfermagem que teve como embasamento teórico a Teoria do Alcance de Metas de King, sendo assim, a sua primeira etapa, a de coleta de dados, subdividida em: sistema pessoal, interpessoal e social, no qual se utilizou, como alicerce para a construção, o estudo de dissertação de Teixeira⁸, que descreveu a interação enfermeiro-paciente no cuidado às pessoas com IVC e UV, atendidas em um ambulatório especialista em estomaterapia.

O referencial teórico foi desenvolvido no início de 1960, sendo uma teoria de enfermagem de alto alcance e de fácil operacionalização. Ela traz o alcance de metas a partir da interação enfermeiro-paciente como foco de ação para buscar a qualidade de vida. A teoria descreve um relacionamento dinâmico e interpessoal em que um paciente se desenvolve para buscar e atingir certos objetivos de vida⁶.

King⁶ nomeou as cinco etapas do processo de enfermagem de Registro Meta-Orientado, sendo a primeira etapa a investigação, definida por King como a fase de coleta de base de dados. Nessa etapa são colhidas informações subjetivas e objetivas, fazendo o cliente perceber seu problema. Portanto essa é a etapa crucial para que o enfermeiro, por meio do raciocínio clínico, elenque posteriormente os diagnósticos de enfermagem.

Assim, o modelo de formulário de coleta de dados utilizado por Teixeira⁸ foi adaptado em consulta de enfermagem e adequado à nomenclatura e às etapas do processo de enfermagem conforme a Resolução 358/2009 para o processo de validação de conteúdo⁵. Os diagnósticos de enfermagem foram julgados e estabelecidos pela NANDA-I⁹. Seus resultados foram fundamentados no *Nursing Outcomes Classification* (NOC), e as intervenções segundo o *Nursing Interventions Classification* (NIC)¹⁰. O método de validação interna de conteúdo foi baseado, necessariamente, no julgamento dos juízes especialistas. Sua identificação se deu por meio da busca na Plataforma Lattes de enfermeiros estomaterapeutas que tivessem experiência no cuidado a pessoa com UV e por indicação de outros especialistas, técnica denominada *bola de neve*¹¹. Foram excluídos da amostra os especialistas que apresentaram experiência menor que um ano no cuidado a pacientes.

Por prever perdas na devolução dos instrumentos, o convite foi realizado a 54 enfermeiros estomaterapeutas, os quais foram contatados por meio de aplicativo multiplataforma de mensagens (WhatsApp), bem como por ligação telefônica e/ou correio eletrônico. O processo de validação ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2019.

Não há consenso na literatura quanto ao número de experts necessários para o processo de validação. Porém se optou por utilizar a orientação de Lopes, Silva e Araujo¹², que sugerem a fórmula da Eq. 1 para o cálculo do número mínimo de participantes:

$$n = \frac{(Z\alpha^2 \times P \times (1-P))}{E^2} \quad (1)$$

Onde $Z\alpha$ se refere ao nível de confiança adotado, considerando $Z\alpha = 1,96$ (intervalo de confiança de 95%); P representa a proporção esperada de especialistas indicando a adequação de cada item (85%); E a diferença proporcional aceitável em relação ao que seria esperado (15%). Portanto:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,85 \times 0,15}{0,15^2} = 22 \text{ especialistas}$$

Ao final do prazo estabelecido, 24 estomaterapeutas responderam no tempo previsto, os quais constituíram a amostra final do estudo.

Para facilitar a análise do conteúdo, o preenchimento do formulário de validação foi em formato de *checklist*, para que pudesse ser preenchido com brevidade e atenção. Foram considerados cinco parâmetros psicométricos que deveriam ser apreciados com respostas dicotômicas do tipo “sim” ou “não” de acordo com sua percepção.

Os critérios a serem considerados foram:

1. Clareza e objetividade: O item apresenta-se de forma clara e objetiva quanto ao que se propõe?
2. Pertinência: A existência do item é válida para o instrumento?
3. Precisão da redação: A escrita do item está de acordo com as normas literárias vigentes? Corresponde aos termos técnicos padronizados na enfermagem? É de fácil compreensão?
4. Exequibilidade: O item é executável? Essa execução é facilitada?
5. Relevância: O item é importante para que se atinjam os resultados esperados?

Para atribuir a nota desejada bastava clicar em uma das caixas de seleção, selecionando apenas uma caixa, SIM ou NÃO, para cada critério proposto (Tabela 1).

Tabela 1. Modelo de avaliação dos itens. Fortaleza (CE), Brasil, 2019.

Item	Clareza e objetividade		Pertinência		Precisão da redação		Exequibilidade		Relevância		Observações / sugestões
	SIM	NÃO									
Item 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Para a caracterização dos juízes foram utilizadas frequências absolutas e relativas. Os elementos relativos à avaliação da consulta foram compilados em março de 2019 em planilha do Microsoft Office Excel, e analisados conforme índice de concordância (IC) total e global, totalizando 209 itens e 2.400 variáveis da consulta, sendo adotadas respostas dicotômicas do tipo “sim” ou “não”, e utilizado o IC.

Esse procedimento pretende mensurar a porcentagem de especialistas que estavam em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens alcançando uma concordância mínima de 80% e, preferencialmente, maior que 90%¹³.

Também se avaliou a consulta em geral. Assim, foram elaboradas seis afirmativas, às quais deveriam ser atribuídas notas em escala de um a três pontos, de acordo com a visão geral do instrumento em questão. Para avaliação geral da consulta, foi empregada escala tipo Likert, com escore de um a três: 1. Não concordo; 2. Concordo parcialmente; 3. Concordo; sendo realizado o cálculo para o IC total: total de respostas “concordo parcialmente” e “concordo” dividido pelo total de respostas. Foi realizado também o teste estatístico alfa para verificar a concordância. O estudo foi aprovado pelo Certificado de Apreciação Ética (CAE) número 00175818.8.0000.5684, sob número de parecer 3.105.247. Aos participantes foi garantida a autonomia da participação voluntária, assegurando-lhes o direito à privacidade e ao sigilo de seus dados. Os experts receberam a denominação “E” (Estomaterapeuta), seguida do número ordinal conforme ordem de recebimento dos formulários de avaliação.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica dos juízes estomaterapeutas

A Tabela 2 mostra dados sociodemográficos e de formação, ocupação e experiência profissional dos especialistas.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos juízes. Fortaleza (CE), Brasil, 2019.

Características	f	%
Sexo		
Masculino	3	12,5
Feminino	21	87,5
Idade		
25-29 anos	1	4,1
30-39 anos	10	41,7
> 40 anos	13	54,2
Estado		
Ceará	20	83,3
Outros	4	16,7
Titulação		
Doutorado	5	20,8
Mestrado	8	33,3
Mestrado em andamento	6	25,0
Tempo de formação		
< 10 anos	5	20,8
11-19 anos	8	33,4
> 20 anos	11	45,8
Tempo como estomaterapeuta		
< 10 anos	9	37,5
11-19 anos	11	45,8
> 20 anos	4	16,7
Ocupação		
Assistência em estomaterapia	10	41,7
Assistência e docência	14	58,3
Assistência e coordenação de serviço de estomaterapia	15	62,5
Tempo de experiência com úlcera venosa		
1-5 anos	7	29,2
6-10 anos	8	33,3
11-15 anos	3	12,5
16-20 anos	4	16,7
> 20 anos	2	8,3
Experiência com validação		
Sim	16	66,7
Não	8	33,3
Temáticas das publicações		
Estomaterapia em geral	18	75,1
Úlcera venosa	6	25,0
Processo de enfermagem	4	16,7
Teorias de enfermagem	3	12,5
Nenhuma	4	16,7
Participa de linhas de pesquisa		
Sim	15	62,5
Não	9	37,5

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Diante dos dados elencados, é possível constatar que o instrumento de consulta foi validado por especialistas estomaterapeutas e experientes na área.

Índice de concordância considerando os sistemas de King

A Tabela 3 mostra a validação dos itens da consulta de enfermagem, relacionados aos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes, tendo em vista os sistemas interatuantes de King.

Tabela 3. Validação dos itens da consulta de enfermagem. Fortaleza (CE), Brasil, 2019.

Etapas da consulta de enfermagem	Sistema pessoal IC (%) TOTAL	Sistema interpessoal IC (%) TOTAL	Sistema social IC (%) TOTAL	Exame físico IC (%) TOTAL	IC (%) GLOBAL
1. Coleta de dados	96	91	97	97	95
2. Diagnóstico de enfermagem	97	99	91	-	98
3. Metas/resultados	97	94	95	-	96
4. Intervenções	97	95	91	-	96
5. Avaliação final	-	-	-	-	96

IC: Índice de concordância. Fonte: Elaborada pelas autoras.

Com relação à entrevista, na etapa coleta de dados, a maioria dos itens da consulta obteve IC maior que 90%, revelando um IC global de 95,0.

Relacionado aos itens do exame físico direcionados à UV, obtiveram um IC total entre os especialistas de 97,0%. Dados como a classificação *Clinical signs, etiology, anatomic distribution, pathophysiology* (CEAP), tipos de desbridamentos, presença de odor, avaliação da pele adjacente e terapêutica receberam IC de 100%.

Quanto aos ICs dos juízes relacionados aos diagnósticos de enfermagem elencados na consulta, nota-se IC global de 98,0%, demonstrando resultados relevantes. Verificou-se que o menor IC foi relacionado ao diagnóstico *ansiedade* com 80,0%.

No item 3, acerca de metas/resultados elencados, pode-se verificar um IC global relevante de 96,0%. Também foi observado um valor acima do preconizado para a validação das intervenções de enfermagem, atingindo um IC global de 96,3%, indicando alta homogeneidade entre as respostas dos juízes em relação aos itens.

Conforme sugerido, os indicadores para avaliação final das metas/resultados de enfermagem atingiram um IC global de 96,0%, sendo eles: meta não atingida, meta parcialmente atingida e meta totalmente atingida. Nota-se que a avaliação dos juízes nessa fase foi árdua, sendo possível observar o envolvimento deles em contribuir com a melhoria e com o fortalecimento da consulta de enfermagem.

Índice de concordância da consulta de enfermagem em geral

Conforme apresentado na Tabela 4, a opinião dos especialistas quanto à consulta de enfermagem como um todo, mostra um IC global satisfatório.

A Tabela 4 avalia a consulta de enfermagem como um todo a fim de alcançar adequabilidade e confiabilidade. Portanto se obteve um IC global de 92,0% e valor de alfa satisfatório de 0,91.

Relacionado às sugestões para aprimoramento do instrumento, 50% dos juízes alegaram que a consulta era extensa para sua aplicabilidade. Relatos como “*Adequada, porém longa demais*” (E3); “*Abrangente, mas muito extensa*” (E10); “*Sei da necessidade de uma anamnese completa, mas seria interessante enxugar um pouco mais*” (E6); “*Sugiro uma síntese nos diagnósticos*” (E13); “*Bem estruturada, mas muito longa*” (E8); “*Considerando minha experiência prévia com a elaboração e validação de consulta*”

de enfermagem sugiro que a mesma seja mais 'enxuta', viabilizando sua execução na prática cotidiana dos serviços" (E5) foram considerados, sendo a consulta reduzida, mantendo aspectos pertinentes e imprescindíveis, mostrando-se útil para nortear o cuidado clínico de enfermagem à pessoa com UV, possibilitando uma assistência sistemática, padronizado e direcionando a intenção integral nos aspectos pessoal, interpessoal e social.

Tabela 4. Validação geral da consulta de enfermagem. Fortaleza (CE), Brasil, 2019.

Item	f	%	IC (%)
1. A consulta possui aparência adequada para ser utilizada durante um atendimento.			
Não concordo	2	8,0	
Concordo parcialmente	5	21,0	92,0
Concordo	17	71,0	
2. A consulta é de fácil aplicação e permite ao enfermeiro coletar as informações necessárias para a execução do processo de enfermagem em todas as suas etapas.			
Não concordo	2	8,0	
Concordo parcialmente	8	33,0	92,0
Concordo	14	59,0	
3. A consulta possui uma sequência lógica de suas etapas e itens de forma que não cause confusão ao enfermeiro que a aplique.			
Não concordo	2	8,0	
Concordo parcialmente	1	4,0	92,0
Concordo	21	88,0	
4. A consulta facilita e direciona o cuidado de enfermagem ao paciente com úlcera venosa proporcionando um cuidado de enfermagem holístico e de qualidade.			
Não concordo	1	4,0	
Concordo parcialmente	3	13,0	96,0
Concordo	20	83,0	
5. A consulta de enfermagem possibilita a abordagem de aspectos relacionados com a promoção do alcance de metas de saúde e da qualidade de vida dos pacientes.			
Não concordo	2	8,0	
Concordo parcialmente	1	4,0	92,0
Concordo	21	88,0	
6. A consulta de enfermagem pode ser executada nos serviços especializados de enfermagem, tais como ambulatórios, consultórios e demais modalidades de atendimentos individuais ao paciente com IVC.			
Não concordo	2	8,0	
Concordo parcialmente	7	29,0	92,0
Concordo	15	63,0	
IC Global (%)			92,0
Alfa			0,91

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Outras sugestões relacionadas à correção ortográfica e gramatical, acréscimos e redução de dados e uniformização de termos, entre outros pormenores, foram acatadas. As sugestões pertinentes advieram para alterações, correções e aperfeiçoamento da consulta.

A Figura 1 mostra a versão final da consulta de enfermagem, validada pelos juízes estomaterapeutas.

CONSULTA DE ENFERMAGEM A PESSOA COM ÚLCERA VENOSA

DATA: __/__/__

ETAPA 01 – ENTREVISTA E EXAME FÍSICO

DADOS DO SISTEMA PESSOAL

Nome: _____ **Sexo:** () M () F **Idade:** _____ **Admissão:** __/__/__ **Prontuário:** _____

Contato telefônico: _____ **Procedência/município:** _____ **Transporte:** () Público () Particular **Escolaridade:** () Analfabeto () A. funcional () F. completo () F. incompleto () Médio completo () M. incompleto () Superior completo () S. incompleto **Filho(s):** () Sim () Não. Quantos? ____

Estado conjugal: () Solteiro () Casado () Viúvo () U.estável **Internações anteriores:** () Sim () Não. Motivo(s): _____

Medicamentos de rotina: () Sim () Não () Não sabe. Quais: _____

Terapia compressiva: () Sim () Não. Qual: () Bota de Unna () Faixa () Meia elástica () Multicamadas **Dor:** () Sim () Não. **Escala 0-10:** _____ **Sono preservado:** () Sim () Não () Às vezes

ITB: Pressão sistólica das artérias pediosas ou tibial posterior (o maior valor)/Pressão sistólica da artéria braquial direita ou esquerda (o maior valor)**Perna D:** ____ () ≥ 0,9-normal () 0,71 a 0,9-obstrução discreta () 0,41-0,7-moderada () ≤ 0,4-importante.**Perna E:** ____ () ≥ 0,9-normal () 0,71 a 0,9-obstrução discreta () 0,41-0,7-moderada () ≤ 0,4-importante

Peso: ____ **Altura:** ____ **IMC:** massa/altura² () 18,5-24,9: normal () 25,0-29,9: sobrepeso () 30,0-34,9: obesidade grau I () 35,0-39,9: grau II () > 40,0: grau III **Último Exame laboratorial:** __/__/__ Hemoglobina: ____ g/DL. __/__/__ HbA1c __/__/__ Glicemia: ____ g/dL __/__/__ Albumina sérica: ____ g/dL __/__/__ Leuco. __/__/__ PCR Outros: __/__/__

SSVV: FC: ____ rpm. FR: ____ bpm. T: ____ °C. PA: ____ x ____ mmHg. ____ Saturação de O₂**Doppler venoso:** () Sim () Não. Resultado: _____**Doppler arterial:** () Sim () Não. Resultado: _____**Tempo com a ferida:** ____ meses. ____ anos. Recidiva: ____ x () Não sabe () Sem**Sente-se ansioso:** () Sim () Não () Às vezes. **Irritado/estressado:** () Sim () Não () Às vezes. Motivo: _____**Mobilidade:** () Preservada () Com auxílio: () Bengala () Muleta () Andador () Outros: _____**Problemas com sua autoimagem:** () Sim () Não () Às vezes**Postura diária mais frequente:** () Sentado () Em pé () Deitado**Repouso durante o dia?** () Sim () Não () Às vezes**Realiza atividade física:** () Sim () Não. Qual? _____ Freqüência: ____ x/ semana.**Toma medicamento p/ dormir:** () Sim () Não. Quais: _____

Fatores de risco e Comorbidades: () Câncer _____ () Anemia () DM () HAS () Obesidade () AVE () Tabagista ____ anos () Deficiência física _____ () História familiar _____ () TVP () Cirurgia venosa prévia () Veias varicosas () Drogas ilícitas () Deformidade em MMII _____ () ICC () Cardiopatias () Cirurgia ou fratura da perna () Atividade laboral de risco () Alergia () Nenhuma () Outras: _____

DADOS DO SISTEMA INTERPESSOAL

DADOS DO SISTEMA SOCIAL

Tem suporte/apoio familiar: () Sim. Parentesco: _____ () Não. Por quê? _____ O cuidador tem vontade e habilidade para oferecer suporte, realizar a troca de curativos e terapia de compressão? () Sim () Não

Atividade laboral: () Sim () Não. Qual? _____ Quantas horas diárias?

Tem acompanhamento com médico (a): () Sim **Especialidade:** _____ () Não **Consegue conversar para tirar as dúvidas:** () Sim () Não () Às vezes. Por quê?: _____

Religião: () Sim () Não. Qual? _____ Frequente a igreja? () Sim () Não

Acompanhamento com enfermeiro (a): () Sim **Especialidade:** _____ () Não **Consegue conversar para tirar as dúvidas:** () Sim () Não () Às vezes. Por quê?: _____

Renda mensal: () < 1 SM () 1-2 SM () 3-4 SM () > 4 SM**Como percebe o atendimento do ambulatório?** () Ótimo () Bom () Ruim Por quê? _____ () 1º x (NA)**Recebe benefício do governo?** () Sim () Não. Qual? _____

Boa relação com amigos? () Sim () Não. Sai a passeio com eles? () Sim () Não **Que freqüência:** () Raramente () Frequentemente

Outras observações relevantes: _____**Viaja?** () Sim () Não. Com que freqüência? () Nunca () Raramente () Frequentemente**Sexualmente ativo?** () Sim () Não. **Percebe problemas na relação sexual?** () Sim () Não. Qual? _____

continua...

continuação...

DATA: ___/___/___		Avaliação da(s) Lesão (ões)																					
ÚLCERA VENOSA 1:					ÚLCERA VENOSA 2:																		
Localização: _____, Dimensões: L___ x C___: ___cm ²					Localização: _____, Dimensões: L___ x C___: ___cm ²																		
Edema: () Sim Cacifo: () + () ++ () +++ () ++++ () Não					Edema: () Sim Cacifo: () + () ++ () +++ () ++++ () Não																		
Leito da ferida					Leito da ferida																		
() Necrose preta /úmida ou seca ___% () Esfacelos ___%					() Necrose preta /úmida ou seca ___% () Esfacelos ___%																		
() Exsudato fibrinoso () Tecido de granulação ___% ()					() Exsudato fibrinoso () Tecido de granulação ___% ()																		
Hipergranulação ___% () Epitelização Outros: _____.					Hipergranulação ___% () Epitelização Outros: _____.																		
Borda () Regular () Irregular () Aderida () Descolada					Borda () Regular () Irregular () Aderida () Descolada																		
Limpeza					Limpeza																		
() SF 0,9% () Clorexidina degermante () PHMB solução					() SF 0,9% () Clorexidina degermante () PHMB solução																		
() Outra: _____					() Outra: _____																		
Desbridamento					Desbridamento																		
() Instrumental () Mecânico () Autolítico () Enzimático					() Instrumental () Mecânico () Autolítico () Enzimático																		
() Outro: _____					() Outro: _____																		
Odor: () Ausente () Discreto () Acentuado					Odor: () Ausente () Discreto () Acentuado																		
Exsudato					Exsudato																		
Quantidade: () Abundante () Moderado () Leve () Ausente					Quantidade: () Abundante () Moderado () Leve () Ausente																		
Aspecto: () Seroso () Purulento () Piosanguinolento () Sanguinolento () Sero sanguinolento					Aspecto: () Seroso () Purulento () Pio-sanguinolento () Sanguinolento () Sero sanguinolento																		
Cor: () Esverdeado () Marrom () Outro: _____					Cor: () Esverdeado () Marrom () Outro: _____																		
Pele adjacente					Pele adjacente																		
() Íntegra () Sinais flogísticos () Bolhas () Macerada () Ressecada () Edema () Lipodermatosclerose () Telangectasia () Veia varicosa () Pigmentação () Eczema de estase () Atrofia branca () Celulite/erisipela () Coroa flebectásica () Dermatite alérgica () Descamativa () Outra: _____					() Íntegra () Sinais flogísticos () Bolhas () Macerada () Ressecada () Edema () Lipodermatosclerose () Telangectasia () Veia varicosa () Pigmentação () Eczema de estase () Atrofia branca () Celulite/erisipela () Coroa flebectásica () Dermatite alérgica () Descamativa () Outra: _____																		
Terapia tópica e compressiva					Terapia tópica e compressiva																		
() Hidrocolóide () Hidrogel () Papaína ___% () Tela não aderente () Tela de silicone () Alginato de cálcio () Protetor creme/spray () Espuma () AGE óleo () Hidrofibra com prata () Sulfadiazina de prata () Bota de unha () Faixa elástica () Outro: _____					() Hidrocolóide () Hidrogel () Papaína ___% () Tela não aderente () Tela de silicone () Alginato de cálcio () Protetor creme/spray () Espuma () AGE óleo () Hidrofibra com prata () Sulfadiazina de prata () Bota de unha () Faixa elástica () Outro: _____																		
Escala de cicatrização – PUSH:																							
										Exsudato													
										0 1 2 3													
										Ausente Pequeno Moderado Grande													
										Tecido													
										0 1 2 3 4													
										Fechado Epitelial Granulação Esfacelo Necrótico													
EVOLUÇÃO DA LESÃO 1												EVOLUÇÃO DA LESÃO 2											
Data												Data											
CxL												CxL											
Exsudato												Exsudato											
Tecido												Tecido											
Total												Total											
17												17											
16												16											
15												15											
14												14											
13												13											
12												12											
11												11											
10												10											
9												9											
8												8											
7												7											
6												6											
5												5											
4												4											
3												3											
2												2											
1												1											

continua...

continuação...

DIAGNÓSTICOS, METAS/RESULTADOS ESPERADOS (NOC) , INTERVENÇÕES E AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM				
Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)	Metas/Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Aprazamento	Avaliação final
SISTEMA PESSOAL				
1. Ansiedade () Sim () Não	Relatar aumento no conforto psicológico e fisiológico.	Usar abordagem tranquilizadora durante os atendimentos, esclarecendo dúvidas.		
		Escutá-lo, encorajando a expressão de sentimentos, percepções e medos.		
		Monitorar mudanças no nível de ansiedade.		() Não atingida
		Garantir privacidade e sigilo.		() Parcialmente
		Orientar a prática de exercício físico como caminhada leve, quando possível.		() Totalmente
2. Atividades de Recreação diminuída () Sim () Não	Apresentar interesse e envolver-se em atividades de lazer.	Proporcionar música durante os atendimentos e realização do curativo.		
		Encorajar a mudar de ambiente, como sair para caminhar, conversar.		() Não atingida
		Estimular o envolvimento familiar nas práticas de recreação.		() Parcialmente
		Orientar caminhada leve, ao ar livre, quando possível.		() Totalmente
		Sugerir o envolvimento em grupos de apoio.		
3. Autonegligência () Sim () Não	Relatar desejo de mudar ou iniciar a mudança.	Estimular manifestações verbais de sentimentos, percepções e receios sobre assumir responsabilidades sobre a própria saúde.		
		Auxiliar no envolvimento do seu próprio cuidado e a aceitar novos desafios.		() Não atingida
		Discutir as consequências por não lidar com as próprias responsabilidades.		() Parcialmente
		Oferecer feedback positivo pela aceitação de mudar o comportamento.		() Totalmente
4. Baixa autoestima crônica () Sim () Não	Expressar uma visão positiva sobre o futuro.	Transmitir confiança na sua capacidade para lidar com a situação.		
		Estimular cuidado com a aparência pessoal.		() Não atingida
		Estabelecer metas e auxiliar o paciente a listar e priorizar as alternativas possíveis.		() Parcialmente
		Elogiar o progresso do paciente na direção ao alcance das metas.		() Totalmente
		Sugerir o envolvimento em grupos de apoio.		
5. Conhecimento deficiente () Sim () Não	Relatar melhora satisfatória com a habilidade de comunicar-se e compreender as orientações repassadas.	Promover ensino e orientações acerca do processo de saúde-doença.		
		Usar abordagem calma e tranquilizadora e sempre esclarecer dúvidas.		() Não atingida
		Utilizar linguagem apropriada conforme letramento do paciente e cuidador.		() Parcialmente
				() Totalmente
6. Deambulação prejudicada () Sim () Não	O indivíduo deverá aumentar a distância caminhada demonstrando segurança ao movimentar-se.	Auxiliar a usar calçado que facilite a deambulação e evite lesão.		
		Orientar sobre disponibilidade de dispositivos auxiliares.		() Não atingida
		Estabelecer o controle da dor em MMII.		() Parcialmente
		Ensinar exercícios para melhorar retorno venoso.		() Totalmente
		Encaminhar para especialista para investigação e cuidados adicionais se ITB < 0,8 ou > 1,3.		
7. Distúrbio na imagem corporal () Sim () Não	Verbalizar e demonstrar aceitação da aparência.	Determinar as expectativas do paciente quanto à imagem corporal.		
		Identificar ações que melhorem a aparência como: roupas apropriadas e confortáveis, higiene.		() Não atingida
		Estimular autoestima, autoconfiança.		() Parcialmente
		Ajudar a identificar partes de seu corpo com percepções positivas associadas a elas.		() Totalmente
		Determinar o padrão de sono e número de horas de sono.		
8. Distúrbio no padrão de sono () Sim () Não	Comunicar o equilíbrio entre o repouso e a atividade.	Identificar medicamentos para dormir e os seus efeitos no padrão do sono, ajustar os horários de administração.		
		Observar circunstâncias físicas que interrompam o sono.		() Não atingida
		Orientar a adaptação do ambiente para promover o sono.		() Parcialmente
		Encorajar a estabelecer uma rotina para facilitar a transição da vigília para o sono.		() Totalmente
		Orientar a evitar alimentos e bebidas na hora de dormir que interfiram no sono.		
		Oferecer informações sobre técnicas para melhorar o sono.		

continua...

continuação...

DIAGNÓSTICOS, METAS/RESULTADOS ESPERADOS (NOC), INTERVENÇÕES E AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM				
Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)	Metas/Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Aprazamento	Avaliação final
SISTEMA PESSOAL				
9. Dor crônica () Sim () Não	Implementar medidas não medicamentosas para alívio da dor e relatar diminuição da intensidade e da frequência da dor.	Realizar uma avaliação completa da dor. Aplicar escala de dor.		
		Implementar analgesia durante a troca do curativo, conforme prescrição médica.		
		Investigar os fatores que aliviam/pioram a dor.		
		Orientar caminhada leve.		
		Durante limpeza e desbridamento da lesão aplicar analgésico tópico.		() Não atingida
		Estimular repouso adequado, com elevação de pernas, 3 vezes ao dia, por uma hora.		() Parcialmente
		Orientar sono com MMII elevados.		() Totalmente
		Encaminhar para especialista para investigação e cuidados adicionais se ITB < 0,8 ou > 1,3.		
		Ensinar exercícios para melhorar retorno venoso.		
		10. Integridade tissular prejudicada () Sim () Não	Relatar redução do tamanho ou cicatrização total das lesões. Evitar recidivas.	Examinar, comparar e registrar a cada consulta as características e mudanças na lesão.
Auxiliar o paciente e a família a obter os suprimentos necessários para a troca do curativo.				
Selecionar o tipo de cobertura e decidir a frequência de troca de curativo.				
Orientar o paciente e a família sobre armazenagem e descarte de curativos e materiais.				() Não atingida
Observar e/ou gerenciar odor, exsudato na lesão.				() Parcialmente
Desbridar a lesão, sempre que necessário.				() Totalmente
Orientar repouso adequado, com elevação de pernas, 3 vezes ao dia, por uma hora.				
Orientar cuidados e hidratação da pele periférica.				
Orientar evitar traumas.				
Estimular utilização da terapia de compressão e orientar cuidados.				
11. Risco de glicemia instável () Sim () Não	Compreender os valores ideais de glicemia e as medidas corretivas em casos de instabilidade.	Encorajar a utilização de meias de compressão para prevenção de recidiva.		
		Orientar acerca da doença e dos medicamentos.		
		Orientar alimentação adequada e sugerir consulta com nutricionista.		
		Encorajar o consumo de quantidades adequadas de água.		() Não atingida
		Encorajar o automonitoramento dos níveis de glicose sanguínea e auxiliar o paciente e cuidadores a interpretar os valores, reconhecendo as condutas na hiperglicemia/hipoglicemia.		() Parcialmente
12. Risco de pressão arterial instável () Sim () Não	Compreender os valores ideais de pressão arterial e as consequências da sua elevação para a saúde.	Sugerir consulta com endocrinologista ou médico saúde da família.		() Totalmente
		Orientar acerca da doença, complicações e uso de medicamentos.		
		Orientar alimentação adequada, sugerir consulta com nutricionista.		() Não atingida
		Monitorar pressão arterial na presença de sinais e sintomas de picos hipertensivos.		() Parcialmente
		Sugerir acompanhamento regular por cardiologista ou médico saúde da família.		() Totalmente
13. Risco de infecção () Sim () Não	Descrever os fatores de risco associados com a infecção e as medidas de precaução necessárias. Ausência de infecção.	Orientar técnica de lavagem das mãos antes e após o manuseio da ferida ao paciente e cuidador.		
		Orientar cuidados de higiene e manejo da ferida.		
		Orientar/ Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção.		
		Utilizar coberturas antimicrobianas para infecção local ou para a prevenção da infecção em lesões de alto risco (colonização crítica).		() Não atingida
		Encaminhar ao médico para prescrição de ATB s/n e desestimular automedicação.		() Parcialmente
		Observar e/ou gerenciar odor, exsudato e sinais flogísticos na lesão.		() Totalmente
		Monitorar glicemia se paciente diabético.		
		Estimular o repouso com elevação de pernas, 3 vezes ao dia, por uma hora.		
Suspender terapia de compressão quando suspeita ou a infecção esteja presente.				

continua...

continuação...

DIAGNÓSTICOS, METAS/RESULTADOS ESPERADOS (NOC) , INTERVENÇÕES E AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM				
Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)	Metas/Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Aprazamento	Avaliação final
SISTEMA PESSOAL				
14. Risco de quedas () Sim () Não	Relatar poucas quedas e menos medo de cair.	Revisar o histórico de quedas com o paciente e a família.		
		Sugerir dispositivos auxiliares (p. ex.: bengala e andador) .		() Não atingida
		Sugerir adaptações em casa para aumentar a segurança.		() Parcialmente
		Sugerir calçados seguros.		() Totalmente
15. Sobrecarga de estresse () Sim () Não	Verbalizar melhor aceitação e diminuição do nível de estresse decorrente do estado de saúde.	Manter medidas de diminuição e controle da dor em MMII.		
		Avaliar os sistemas de apoio disponíveis (p. ex.: família, envolvimento na comunidade, filiações religiosas) .		
		Avaliar a necessidade/desejo individual de apoio social.		
		Encorajar a pessoa e a família a conversarem sobre preocupações com a ferida.		
		Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas fisiológicos e psicológicos de estresse (ansiedade, depressão, aumento de demandas e desesperança) .		() Não atingida
		Encorajar atividades de lazer, como caminhadas ao ar livre, escutar música, conversar.		() Parcialmente
16. Sobrepeso () Sim () Não	Compreender as consequências do excesso de peso para a sua condição de saúde e demonstrar desejo de mudança.	Avaliar o impacto da ruptura do estilo de vida e das limitações causadas pela ferida.		
		Proporcionar música durante a realização das trocas do curativo.		
		Desencorajar a tomada de decisão, quando o paciente estiver muito estressado, quando possível		
		Estimular a motivação para mudar os hábitos alimentares e prática de exercícios.		
		Determinar com o paciente uma meta (realista) para a redução de peso.		() Não atingida
		Pesar o paciente e anotar o progresso (encorajar o indivíduo a fazer o mesmo) .		() Parcialmente
17. Enfrentamento familiar incapacitado () Sim () Não	Manter um sistema funcional de apoio mútuo com os familiares.	Encorajar o uso de substituto do açúcar.		() Totalmente
		Encorajar o consumo de quantidades adequadas de água.		
		Encorajar consulta com nutricionista (quando possível) .		
		Identificar o grau de apoio e de suporte financeiro da família.		
18. Interação social prejudicada () Sim () Não	O paciente deverá comunicar aumento da satisfação com a socialização.	Avaliar os comportamentos de enfrentamento que não são saudáveis para os membros da família.		() Não atingida
		Solicitar a presença de um acompanhante/familiar em todas as consultas.		() Parcialmente
		Encorajar melhoria do envolvimento em relações já criadas.		() Totalmente
		Promover relações com pessoas com interesses e metas comuns.		
		Encorajar participação em grupos de apoio.		
19. Padrão de sexualidade ineficaz () Sim () Não	Retomar a atividade sexual anterior ou engajar-se em atividade sexual alternativa satisfatória.	Oferecer feedback sobre envolvimento em atividades.		() Não atingida
		Encorajar o paciente a mudar de ambiente, como sair para caminhar com amigos/cônjuges/familiares.		() Parcialmente
		Estimular retorno ao trabalho quando possível.		() Totalmente
		Encorajar a participação em interações com familiares e amigos.		
20. Religiosidade prejudicada () Sim () Não	Expressar continuidade da harmonia espiritual.	Discutir o comportamento sexual e as formas adequadas de expressar os próprios sentimentos e necessidades ao parceiro.		() Não atingida
		Estimular a participação em grupos de apoio.		() Parcialmente
		Encorajar a frequência a reuniões espirituais, se desejado.		() Totalmente
		Auxiliar o paciente a expandir sua espiritualidade.		
SISTEMA SOCIAL				

Figura 1. Versão validada da consulta de enfermagem. Fortaleza (CE), Brasil, 2019.

DISCUSSÃO

O cuidado de Enfermagem em Estomaterapia envolve não apenas tecnologias duras, mas eleva as tecnologias leves, como a sistematização da assistência de enfermagem e a forma pela qual o especialista utiliza o aprendizado necessário acerca do uso de equipamentos, coberturas e dos exercícios para viabilizar a melhora da pessoa¹⁴.

As tecnologias leves também vêm sendo priorizadas pelo enfermeiro estomaterapeuta, sendo que o cuidado perpassa por um bom relacionamento interpessoal entre profissional e paciente, fazendo parte de toda a assistência realizada em busca de alcançar as metas pactuadas¹⁴.

A partir dessa contextualização, os enfermeiros estomaterapeutas vêm galgando crescimento e excelentes resultados na área, comportando-se como potentes formadores de opinião e fazendo parte da comunidade científica, no intuito de intervirem na concretização de um cuidado humanizado e de qualidade.

Para a construção da consulta de enfermagem, todas as etapas foram subdivididas nos sistemas interatuantes de King, sendo os sistemas pessoal, interpessoal e social.

No sistema pessoal, encontram-se os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes, além de dados relacionados à saúde como sono, repouso e atividade física, também dados relacionados à saúde emocional/mental como percepção da sua autoimagem, ansiedade, tristeza e estresse. As enfermidades mentais estão entre as doenças crônicas não transmissíveis que mais diretamente acarretam incapacidade e pioram a qualidade de vida. Entre elas, a mais predominante em idosos é a depressão¹⁵. Assim, o enfermeiro, durante a anamnese, deverá ficar atento às perguntas e respostas dos pacientes, pois, diante do contexto vivido, eles podem relatar ansiedade, depressão e também sentimentos negativos quanto à imagem corporal, associados a tristeza, autodepreciação e restrição da libido¹⁶.

No sistema interpessoal, são sugeridos dados que busquem o equilíbrio na interação com a família, profissionais de saúde e amigos. Logo, para King⁶, esses grupos podem se comunicar de forma verbal e não verbal, ajudando-os no estabelecimento de metas em conjunto. Questionamentos referentes à relação com familiares, médicos e enfermeiros foram colocados nessa etapa da consulta, bem como companheirismo com amigos e cônjuge e atividades de lazer.

No sistema social, os dados colhidos são relacionados ao sistema laboral, renda, sistema de saúde e sistema religioso. Dessa maneira, segundo King, é nesse sistema que os pacientes organizam a vida e as atividades para o alcance de metas.

Ainda parte da fase de coleta de dados, tem-se o exame físico específico para avaliação da UV, que inicia com a avaliação das lesões, a classificação CEAP, que é considerada a classificação mais indicada para a doença.

Por conseguinte, optou-se pela escala de P para avaliação do processo de cicatrização, e a escala de cicatrização de *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH) foi recomendada com a finalidade de avaliação do processo de cicatrização. Estudo de revisão mostrou que, dentre as escalas empregadas para esse tipo de avaliação, a escala PUSH foi a mais prevalente nos estudos analisados. Portanto ela se trata de uma ferramenta que avalia de maneira rápida e segura contemplando o tamanho e a profundidade da ferida, quantidade de exsudato e tipo de tecido presente no leito da lesão. Relacionando sua forma de mensuração e interpretação, vai de uma pontuação de 0 a 17, onde valores menores representam ferida mais próxima da cicatrização¹⁷. Ao ser submetida à adaptação transcultural para a língua portuguesa, a escala PUSH apresentou IC excelente (kappa entre 0,90 e 1,0) entre as observações de enfermeiros e estomaterapeutas para todas suas subescalas e para o escore total¹⁸.

Dando continuidade ao exame físico, foram propostas avaliações quanto a aspecto, tipo de desbridamento, característica do exsudato, pele adjacente e terapêutica implementada, deixando espaço para duas avaliações, caso o paciente possuísse lesões múltiplas.

Alguns autores apontam que “na prática, o processo de pensamento que leva ao raciocínio clínico deve ocorrer em todas as fases do processo de enfermagem”^{19:691}. Ademais, a interpretação da etapa de coleta de dados se torna crucial para o seguimento do processo.

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo⁹. Já para King⁶, o diagnóstico se refere à lista de problemas identificada pelo enfermeiro na etapa de coleta de dados.

Problemas de enfermagem são identificados na fase de coleta de dados (entrevista e exame físico) como: falha na comunicação, úlcera(s) venosa(s), risco e infecção de ferida, risco para novas lesões, falta de atividade física, edema em membros inferiores, circulação prejudicada, ausência de acompanhamento médico, dor em membros inferiores, interação social prejudicada, imagem corporal prejudicada, ansiedade relacionada tristeza, desesperança ao tratamento, divergências familiares, déficit de conhecimento acerca da doença, dos medicamentos prescritos e dos cuidados com as feridas e também acerca da alimentação, obesidade, hipertensão, recusa uso da terapia compressiva, entre outros⁸.

Para a construção da primeira versão da consulta, a pesquisadora fez aproximação dos achados com a classificação NANDA-I e seus resultados, fundamentados no NOC e no NIC.

Após leituras exaustivas e análise da literatura, os diagnósticos de enfermagem foram julgados e estabelecidos pela NANDA-I, NOC e NIC^{9,10,20}. Utilizada como base nesta pesquisa, a NOC define resultado de enfermagem como estado, conduta ou percepção da pessoa, da família ou da comunidade, que é medido ao longo de um continuum na resposta aos cuidados de enfermagem.

Desse modo, conforme NOC, foram definidos os resultados esperados dos 20 diagnósticos de enfermagem elencados no estudo. Nessa etapa, denominada por King como plano de cuidados, foram catalogadas as intervenções de enfermagem (NIC), definida como qualquer tratamento, com base no julgamento e no conhecimento clínico, realizada por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente, denotando ligação muito forte entre NOC e NIC, pois o cuidado, implementado com base em julgamento e conhecimento clínico, intensificará os resultados positivos obtidos²⁰.

A NIC pode ser usada pelos enfermeiros com qualquer grande teoria existente, em qualquer instituição e especialidade da enfermagem, ou modelo de prestação de saúde, independentemente da orientação filosófica²⁰.

Logo, as intervenções incluem tanto a assistência direta como a indireta. Na pesquisa, optou-se por intervenções de cuidado direto, realizado por meio da interação direta com o paciente, que incluem tanto ações fisiológicas e psicossociais, quanto as ações manuais e as de natureza de apoio e aconselhamento.

Deverão ser utilizadas escalas de medida de Likert e referências selecionadas, utilizadas no desenvolvimento do resultado¹⁰. A seleção dos indicadores a serem analisados em cada paciente fica a critério do responsável pelo cuidado. Segundo Moorhead et al.¹⁰, a avaliação final dos resultados valida se os pacientes estão respondendo positivamente as intervenções de enfermagem e ajuda a determinar se são necessárias mudanças na prática do cuidado.

Com o intuito de avaliar os resultados, a autora utilizou o vocabulário de Imogene King, dividida em três respostas, quais sejam: meta não atingida, parcialmente atingida e totalmente atingida. Estudo com pacientes que apresentavam IVC e UV ativa evidenciou que, durante a avaliação final, depois de realizada as etapas do processo de enfermagem, foram obtidas em destaque 59,2% de metas totalmente atingidas, mostrando meios eficazes para alcançar os resultados esperados⁷.

Estudo mostra que o uso de protocolos sistematizados para a assistência a pacientes com ferida venosa melhora as taxas de cicatrização, diminui os gastos com o tratamento e auxilia o profissional na escolha do tratamento mais adequado²¹. Assim, é importante salientar que ferramentas para a avaliação de feridas devem ser de fácil acesso aos profissionais e de baixo custo²².

Ademais, a Resolução COFEN 159/1993²³ define em seu artigo 1º que a consulta de enfermagem, em todos os níveis da assistência à saúde, sejam em instituições públicas ou privadas, deve ser obrigatoriamente desenvolvida na assistência de enfermagem; já a Resolução COFEN 358/2009 estabelece a obrigatoriedade da implantação do processo de enfermagem em toda instituição de saúde pública ou privada, e que todas as pessoas atendidas nas salas de curativos de unidades devem ter acesso à consulta de enfermagem, derivando dela o respectivo plano terapêutico. Não obstante o processo de validação por consenso ser eficaz por possibilitar maior riqueza na discussão dos enunciados entre os especialistas, esta investigação revelou algumas dificuldades no tocante à disponibilidade das especialistas de outros estados, em virtude, talvez, do longo tempo utilizado para responder aos instrumentos, considerando sua extensão.

CONCLUSÃO

A realização da investigação permite destaque para as seguintes conclusões: A validação do conteúdo do instrumento de consulta atingiu um IC global maior que 90%; em relação à validação do conteúdo do instrumento como um todo

quanto a sua aparência, aplicabilidade, sequência lógica, direcionamento e exequibilidade, foi alcançado um IC global de 92% e alfa de 0,91.

Nesse ínterim, os especialistas concordaram que a consulta possuía aparência adequada para ser utilizada durante o atendimento; é de fácil aplicação; possui sequência lógica, pois a pesquisadora buscou adequá-la a todas as etapas do processo de enfermagem; possibilita um cuidado de enfermagem holístico, de qualidade e o alcance de metas de saúde para elevação da qualidade de vida, acreditando que a consulta pode ser executada nos serviços de enfermagem.

Por ser a primeira consulta de enfermagem voltada a essa população, validada por especialistas estomaterapeutas e embasada na Teoria do Alcance de Metas de Imogene King, confirma-se a necessidade de mais pesquisas que possibilitem fortalecer a enfermagem como ciência, além de permitir trocas de saberes especializados, pertinentes à prática profissional.

Portanto é urgente que a enfermagem e seus pesquisadores utilizem os saberes revelados pela sistematização da assistência de enfermagem, para melhorar o próprio processo de cuidado clínico, e conseqüentemente, aumentar os níveis de melhoria da qualidade de vida dos pacientes com doença venosa crônica.

Por isso, acredita-se na valiosa contribuição desta pesquisa para o cuidado clínico de enfermagem à pessoa com UV, visando o aprimoramento do atendimento ambulatorial em diversos aspectos, não focado apenas na ferida em si, mas auxiliando o enfermeiro quanto ao raciocínio diagnóstico como ferramenta para o alcance de metas e controle dos sinais e sintomas da doença.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Contribuições científicas e intelectuais substantivas para o estudo: Teixeira AKS, Silva LF e Silva ANC; **Concepção e desenho:** Teixeira AKS, Silva LF e Silva ANC; **Coleta, análise e interpretação dos dados:** Teixeira AKS e Silva LF; **Redação do artigo:** Teixeira AKS e Silva ANC. **Aprovação final:** Teixeira AKS.

DISPONIBILIDADE DE DADOS DE PESQUISA

Os dados estarão disponíveis mediante solicitação.

FINANCIAMENTO

Não aplicável.

AGRADECIMENTOS

Não aplicável.

REFERÊNCIAS

1. Presti C, Miranda Junior F, organizadores. Insuficiência venosa crônica: Diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascul; 2015. [citado 20 fev 2021]. Disponível em: <https://sbacvsp.com.br/wp-content/uploads/2016/05/insuficiencia-venosa-cronica.pdf>
2. Lal BK. Venous ulcers of the lower extremity: Definition, epidemiology, and economic and social burdens. *Semin Vasc Surg* 2015;28(1):3-5. <https://doi.org/10.1053/j.semvascsurg.2015.05.002>
3. Rabe E, Berboth G, Pannier F. Epidemiologie der chronischen Venenkrankheiten. *Wien Med Wochenschr* 2006;166(9):260-3. <https://doi.org/10.1007/s10354-016-0465-y>
4. Barcelos ACF, Souza NM, Garcia TRU, Aparecida C, Scudeler MIP, Castro CGC et al. Manifestações dermatológicas da insuficiência venosa crônica. *Cad Bras Med* 2015;27(3):1-58.
5. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e

- dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. [citado 20 jan 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-COFEN-3582009_4384.html
6. King IM. A theory for nursing: Systems, concepts, process. New York: John Wiley & Sons; 1981.
 7. Teixeira AKS, Silva LF, Silva ANC, Freire EDA, Menezes HKL, Farias MS et al. Análises das produções científicas sobre cuidados de enfermagem a pessoas com úlcera venosa: Revisão integrativa. *Rev Enferm Atual In Derme* 2019;88(27). <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.89-n.27-art.477>
 8. Teixeira AKST. Cuidado clínico de enfermagem à pessoa com úlcera venosa: Fundamentação na Teoria de Imogene King [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínico em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2016.
 9. Nanda Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.
 10. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem: Mensuração dos resultados em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
 11. Polit DF, Beck CT. Delineamento de pesquisa em enfermagem. In: Polit DF and Beck CT, editores. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2018.
 12. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowl* 2012;23(3):134-9. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x>
 13. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015;20:925-36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>
 14. Shoji S, Souza NVDO, Maurício VC, Costa CCP, Alves FT. O cuidado de enfermagem em Estomaterapia e o uso das tecnologias. *ESTIMA Braz J Enterostomal Ther* 2017;15(3):169-77. <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700030008>
 15. Silva ÍR, Leite JL, Trevizan MA, Mendes IAC, Silva, TP, Lins SMSB. Aprender pela pesquisa: Do ensino da ciência ao campo assistencial da enfermagem. *Esc Anna Nery* 2017,21(4):e20160329. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0329>
 16. Barbosa MLG, Salomé GM, Ferreira LM. Avaliação da ansiedade e da depressão em pacientes com úlcera venosa tratados com acupuntura. *Rev Enferm UFPE on line* 2017;11(supl. 9):3574-82. <https://doi.org/10.5205/reuol.10620-94529-1-SM.1109sup201710>
 17. Garbuio DC, Zamarioli CM, Silva NCM, Oliveira-Kumakura ARS, Carvalho EC. Instrumentos para avaliação da cicatrização de lesões de pele: Revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm* 2018;20:40. <https://doi.org/10.5216/ree.v20.49425>
 18. Dal Santos M, Franco S, Sanches FLZ, Rosalva R, Hack J, Meotti N, Magro M. Caracterização nutricional de pacientes com úlceras crônicas de membros inferiores em tratamento no ambulatório de feridas do Campus Cedeteg da UNICENTRO, Guarapuava-PR. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* 2015;17(1):13-9. <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2015v17n1p13-19>
 19. Carvalho EC, Oliveira-Kumakura ARS, Morais SCR. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Rev Bras Enferm* 2017;70(3):662-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509>
 20. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
 21. Fonseca PMM, Soares TB. 10. A atuação da equipe de enfermagem frente aos cuidados do paciente portador de ferida venosa. *Revista Científica UMC* 2019;4(1):1-15.
 22. Cunha JB, Dutra RAA, Salomé GM, Ferreira LM. Computational system applied to mobile technology for evaluation and treatment of wounds. *J Nurs UFPE online* 2018;12(5):1263-72. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230677p1263-1272-2018>
 23. Resolução COFEN nº 159/1993. Revogada pela Resolução COFEN nº 544/2017. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 1993 [citado 20 jan 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html