

INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA: EXEQUIBILIDADE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

INTEGRITY OF HARMFUL SKIN: FEASIBILITY OF NURSING INTERVENTIONS

NADJA HELENA CORDEIRO DURANS^{1*}, ISAURA LETÍCIA TAVARES PALMEIRA ROLIM², ALICE BIANCA SANTANA LIMA³

1. Especialista em Obstetrícia e Neonatologia (UNICEUMA); 2. Professora Doutora do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA); 3. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

*Avenida Mato Grosso, Condomínio Patheron, BL 02, APTO 07, Chácara Brasil, São Luís, Maranhão, Brasil.CEP: 65066-844. nadjadurans@yahoo.com.br

Recebido em 10/04/2017. Aceito para publicação em 25/05/2017

RESUMO

Objetivo: Analisar a exequibilidade das intervenções proposta pela Nursing Intervention Classification indicadas para o diagnóstico de enfermagem Integridade da Pele Prejudicada. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório realizado com enfermeiros assistenciais em um hospital universitário no município de São Luís- MA. A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2016. A amostra foi composta por enfermeiros da área do cuidado a feridas na unidade da clínica cirúrgica do hospital universitário. Os dados foram apresentados sob forma de tabelas, através do programa Microsoft Excel, utilizou-se a estatística descritiva. A pesquisa seguiu os princípios éticos da resolução CNS/MS n°466/12 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-HUUFMA com parecer de n° 1.681.956. **Resultados:** A amostra, em sua maioria eram mulheres (60%), possuíam idade entre 25 a 49 anos, graduados entre 2001 a 2004 e 53% tem experiência com serviços de enfermagem entre 11 a 15 anos; 93% tem especialização na área. Nove intervenções foram classificadas como muito utilizadas pelos enfermeiros e sete foram consideradas relevantes para o diagnóstico. **Conclusão:** O conhecimento dos enfermeiros sobre as classificações de enfermagem é pouco o que torna, sem dúvida, um dado relevante na pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico de enfermagem, cuidados de enfermagem, pele.

ABSTRACT

Objective: To analyze the feasibility of the interventions proposed by the Nursing Intervention Classification indicated for the nursing diagnosis Impaired Skin Integrity. **Method:** This is an exploratory descriptive study carried out with nursing assistants in a university hospital in the city of São Luís-MA. Data collection was performed from July to September 2016. The sample was composed by nurses from the wound care area at the unit of the surgical clinic of the university hospital. The data were presented as tables, using the Microsoft Excel program, descriptive statistics were used. The research

followed the ethical principles of resolution CNS / MS No. 466/12 and approved by the Committee of Ethics in Research - CEP-HUUFMA with the opinion of n° 1.681.956. **Results:** The majority of the sample were women (60%), were aged between 25 and 49 years, graduated from 2001 to 2004 and 53% had experience with nursing services between 11 and 15 years of age; 93% have specialization in the area. Nine interventions were classified as widely used by nurses and seven were considered relevant for diagnosis. **Conclusion:** Nurses' knowledge about nursing classifications is little, which undoubtedly makes it relevant data in the research.

KEYWORDS: Nursing diagnosis, nursing care, skin.

1. INTRODUÇÃO

A pele é composta de epiderme, derme, hipoderme e anexos associados, é considerada o maior órgão do corpo humano e está sujeita a sofrer qualquer tipo de agressão que poderá prejudicar o funcionamento do corpo, como exemplo o aparecimento de feridas (HEDLUND, 2005).

O ferimento cutâneo, de qualquer origem, é uma alteração anatômica da pele que afeta sua fisiologia, especialmente quando acomete a camada dérmica (ISAAC *et al.*, 2010).

A assistência às pessoas com lesões de pele exige do enfermeiro uma abordagem holística, planejamento de estratégias e um conjunto de intervenções que possibilitem alcançar os objetivos propostos por meio da sistematização da assistência de enfermagem (SILVA *et al.*, 2007).

O processo de enfermagem (PE) é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado, representando uma importante conquista no campo assistencial da enfermagem uma vez que proporciona maior autonomia para o enfermeiro, respaldo seguro por meio do registro, facilita a continuidade da assistência multiprofissional e permite aproximação do enfermeiro ao usuário. O profissional

envolvido nesse processo necessita ampliar e aprofundar, continuamente, os saberes específicos de sua área de atuação (NASCIMENTO *et al.*, 2008).

A sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro. No Brasil foi desenvolvido em 1970 pela enfermeira Wanda de Aguiar Horta. Uma das modalidades de SAE é o processo de enfermagem. Esse método possui uma sequência de etapas (informações sobre o estado de saúde, identificação das condições que requerem planejamento das intervenções necessárias, implementação e avaliação das ações), com a finalidade de prestar atendimento ao cliente, seja ele indivíduo, família ou comunidade, considerando suas singularidades, de modo ampliado (CARVALHO; BACHION, 2009).

A Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC) permite o mapeamento das ações ou arranjo das atividades de enfermagem dentro de um grupo para determinação da eficiência e eficácia do cuidado em enfermagem (BULECHEK *et al.*, 2010).

A utilização de uma taxonomia da enfermagem, como a NIC, viabiliza o trabalho do enfermeiro, facilitando a execução de um plano de cuidados direcionados aos problemas vivenciados pelo paciente. Quando este encontra-se com a Integridade da pele prejudicada é considerado uma situação de estresse para ele e para seus familiares, pois pode acarretar mudanças nas suas atividades de vida diária, além de gerar medo e desconforto.

Diante do exposto esta investigação centra-se em responder ao questionamento:

Quais as atividades e intervenções propostas na NIC são utilizadas pelos enfermeiros na unidade assistencial da Clínica cirúrgica para pacientes com o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada?

Percebe-se que a execução desse trabalho é importante, pois sua relevância centra-se para os assuntos profissionais de enfermagem, pois o cuidado ao paciente com Integridade da Pele Prejudicada é comum no ambiente hospitalar e merece especial atenção. Utilizando a NIC a assistência prestada pelos enfermeiros tornar-se-á mais sistematizada, individualizada e integral o que refletirá diretamente no processo de recuperação do paciente. Desta forma é relevante para a comunidade científica o amadurecimento da implementação das intervenções, de sua exequibilidade, da aceitação do paciente e da capacidade do enfermeiro frente a situação. Logo, o presente trabalho possui como objetivos analisar a exequibilidade das intervenções de enfermagem da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) relacionadas ao diagnóstico de enfermagem Integridade da Pele Prejudicada.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo exploratório realizado com enfermeiros da Unidade da Clínica

Cirúrgica, em um Hospital Universitário do Município de São Luís-MA. A população do estudo foi de 19 enfermeiros, porém a amostra constituiu-se de 15 enfermeiros, os quatro enfermeiros foram excluídos da pesquisa pois entraram de licença férias mesmo já tendo aceito participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: participar no cuidado com a pele e feridas por pelo menos um ano e de exclusão está em licença saúde, férias e maternidade. A coleta de dados foi realizada com instrumento construído com base nas ligações existentes entre NIC-NANDA-I no período de julho a setembro de 2016. Houve agendamento prévio com os participantes para entrega dos questionários. Antes disso houve contato presencial entre a pesquisadora e enfermeiros que compuseram a amostra para apresentar os objetivos do estudo. O instrumento de coleta de dados continha dados para a caracterização dos participantes, ano de graduação, tempo de experiência profissional, maior grau de titulação, conhecimento das classificações de enfermagem, prática clínica atual, além de uma tabela que constou o título e a definição de cada uma das 17 intervenções sendo colocado entre parênteses o total de atividades para cada intervenções da NIC submetidas à avaliação. As demais colunas elencaram uma escala de likert de 1 a 5 pontos em que os enfermeiros atribuíram uma nota baseado na avaliação do nível de conteúdo de cada intervenção que havia sido utilizada para o diagnóstico de enfermagem Integridade da Pele Prejudicada. Os enfermeiros pontuaram da seguinte maneira: 1 = não utilizado, 2 = muito pouco utilizado, 3 = razoavelmente utilizado, 4 = consideravelmente utilizado e 5 = muito utilizado. Junto ao instrumento foram enviados as participantes orientações relativas ao seu preenchimento e devolução. A escala de likert é comumente utilizada para qualificar atitudes e comportamentos relacionados a saúde. Para a realização da análise quantitativa serão levados em consideração os escores: Não utilizado (NU): 0 pontos, muito pouco utilizado (MPU): 0,25, razoavelmente utilizado (RU): 0,5 pontos, consideravelmente utilizado (CU): 0,75 pontos e muito utilizado (MU): 1 ponto.

A análise dessa escala será realizada por médias ponderadas das somas dos pesos atribuídos às respostas quanto ao uso de cada atividade sugerida, divididos pelo número total de respostas das atividades existentes. Serão consideradas por esta análise as atividades que obtiverem média ponderada de 0,70 ou mais, por se acreditar que estas respondem bem ao diagnóstico. Entretanto consideram-se as intervenções de apoio, as que obtiverão média ponderada entre 0,51 e 0,69 referidas pelos enfermeiros por serem pertinentes a intervenção. Após a coleta de dados foi construído um banco de dados no programa Microsoft Excel onde posteriormente foi feita a análise do material e apresentado em forma de tabelas. Todos os dados foram tabulados na planilha Excel 2016 e a Estatística descritiva foi realizada no programa SAS (SAS, 2000). A pesquisa seguiu os princípios éticos

estabelecidos na resolução CNS/MS nº 466/12 resolução esta que considera o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção de vida aos participantes da pesquisa científica envolvendo seres humanos. Foi solicitada autorização para a Comissão Científica do Hospital Universitário-COMIC/HUUFMA e Comitê de Ética em Pesquisa-CEP- HUUFMA com aprovação pelo parecer de nº 1.681.956. Todos os participantes do estudo foram orientados quanto a realização do projeto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

3. RESULTADOS

A tabela 1 vem elencar o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros onde 60% dos pesquisados são do sexo feminino, a idade deu-se entre 25 a 49 anos porém 46,7% tem entre 35 a 39 anos, 46,7% graduaram-se em enfermagem entre 2001 a 2004, e 53,3% tem experiência com serviços de enfermagem entre 11 e 15 anos; 93,3% tem especialização na área de enfermagem. Quanto ao conhecimento das classificações de enfermagem 66,7% tem pouco conhecimento e 66,7% disse ter cerca de 1 ano ou menos de prática na clínica atual.

Tabela 1. Distribuição dos enfermeiros segundo perfil sociodemográfico e profissional, São Luís-MA, 2016, (n=15)

CARACTERÍSTICAS		n	%
Sexo	Masculino	6	40,0
	Feminino	9	60,0
Faixa etária	25 a 29 anos	1	6,7
	30 a 34 anos	6	40,0
	35 a 39 anos	7	46,7
	40 a 44 anos	0	0,0
Ano de Graduação em Enfermagem	2001 a 2004	7	46,7
	2005 a 2008	5	33,3
	2009 a 2011	3	20,0
Tempo (em anos) de experiência profissional em enfermagem	3 a 6 anos	3	20,0
	7 a 10 anos	4	26,7
	11 a 15 anos	8	53,3
Maior grau de titulação obtido	Especialização	14	93,3
	Mestrado	1	6,7
Conhecimento das classificações de enfermagem	Nenhum	0	0,0
	Pouco	10	66,7
	Muito	5	33,3
Tempo de prática clínica atual (ensino e pesquisa ou assistencial)	≤1 ano	10	66,7
	1 a 4 anos	3	20,0
	5 a 8 anos	2	13,3
TOTAL		15	100,0

A segunda tabela elenca o resultado das 17 intervenções de enfermagem classificadas para DE (Diagnóstico de Enfermagem) Integridade da Pele Prejudicada. Nove intervenções obtiveram média maior igual a 0,70 sendo classificadas como muito utilizadas pelos enfermeiros são estas: Cuidados com o local da incisão, Cuidados com Ostomia, Cuidados com lesão por pressão, Cuidados da pele: local da doação,

Cuidados da pele: local do enxerto, Supervisão da pele, Cuidados com lesões, Cuidados com lesões: drenagem fechada; Irrigação de lesões. Sete intervenções alcançaram média ponderal entre 0,51 a 0,69 sendo classificadas como pertinentes ao diagnóstico Integridade da Pele Prejudicada: Cuidados na amputação; Controle de pressão; Prevenção de lesão por pressão; Controle de prurido; Cuidados da pele: Tratamentos tópicos; Sutura; Cuidados com lesões: queimaduras.

Tabela 2. Estatística descritiva do diagnóstico (Integridade da Pele Prejudicada) na opinião de enfermeiros, São Luís-MA, 2016, (n=15)

Diagnóstico (número de questões)	Desvio-padrão		
	Média	padrão	Mínimo Máximo
Cuidados com lesões: drenagem fechada (10)	0,89	0,19	0,00 1,00
Irrigação de lesões (22)	0,87	0,24	0,00 1,00
Cuidado com local de incisão (19)	0,87	0,26	0,00 1,00
Supervisão da pele (14)	0,80	0,26	0,00 1,00
Cuidados com lesões (28)	0,79	0,30	0,00 1,00
Cuidados com lesão por pressão (24)	0,76	0,32	0,00 1,00
Cuidados da pele: local do enxerto (20)	0,74	0,31	0,00 1,00
Cuidados da pele: local da doação (09)	0,73	0,31	0,00 1,00
Cuidados com ostomia (27)	0,72	0,32	0,00 1,00
Prevenção de lesão por pressão (30)	0,69	0,33	0,00 1,00
Controle de pressão (18)	0,64	0,34	0,00 1,00
Sutura (20)	0,63	0,40	0,00 1,00
Controle de prurido (17)	0,63	0,35	0,00 1,00
Cuidados com lesões: queimaduras (28)	0,60	0,40	0,00 1,00
Cuidados da pele: tratamentos tópicos (34)	0,60	0,36	0,00 1,00
Cuidados na amputação (38)	0,58	0,36	0,00 1,00
Monitoramento de extremidades inferiores (35)	0,47	0,19	0,00 1,00

4. DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico dos enfermeiros pesquisados

Observando-se estudos sobre o tema constata-se que a maioria dos enfermeiros são do sexo feminino, isso porque, a Enfermagem ao longo dos séculos vem se constituindo uma profissão de essência feminina tendo em vista o número bem significativo de mulheres que agregam à profissão. Ainda segundo Splendor & Roman (2013) no Brasil cerca de 90% das mulheres integram a profissão de Enfermagem.

O resultado do perfil sociodemográfico deste estudo, ficou próximo de outras pesquisas na área como nos estudos de Teixeira *et al.* (2011), dos 21 enfermeiros pesquisados, a maioria eram do sexo feminino (83%) e também dos estudos de Rangel (2004) a amostra constou de 90%; já nos estudos de Faustino *et al.* (2010) 63% dos enfermeiros pesquisados era do sexo feminino.

A idade encontrada em nossa pesquisa também se

aproximou de alguns estudos como: idade dos enfermeiros entre 30 a 39 anos (50%) encontrada em Teixeira *et al.* (2011); 31 e 40 anos (56%) nos estudos de Rangel (2004); e, média de idade de 35,8% anos na pesquisa de Faustino *et al.* (2010). O estudo mostra que os enfermeiros já possuem uma certa experiência profissional.

O tempo de experiência com serviços de enfermagem encontrada por Bavaresco & Lucena (2012) foi de 1 a 12 anos; havendo predominância da titulação de especialista em 43,75% dos pesquisados, cuja área de atuação foi a clínica assistencial em 81,25% da amostra. Já nos estudos de Teixeira *et al.* (2011) o tempo de formação predominou de 10 anos ou mais (66%), 55% dos enfermeiros informaram trabalhar em instituição pública, em atendimento ambulatorial. Também em Rangel (2004), 56% dos enfermeiros pesquisados apresentaram experiência hospitalar em serviços de enfermagem. Em relação ao estudo há uma diversidade de especialidades na profissão.

Em relação aos conhecimentos das classificações de enfermagem, os resultados deste estudo assemelharam-se aos de Miyazaki, Kalin & Santos (2010) onde 79,4% da amostra acertou sobre classificações. Sobre essa questão os autores do estudo referem que para que a enfermagem alcance a qualidade do cuidado, é necessário que sua prática seja baseada nas melhores evidências sobre o assunto. O conhecimento dessas evidências sobre lesão por pressão deve fazer parte do rol de conhecimento de todos os profissionais da área de enfermagem.

Pereira *et al.* (2014) relata que é necessário ao enfermeiro ter o conhecimento pleno sobre o uso de protocolos assistenciais e de escalas preditivas de risco de integridade da pele prejudicada, o qual, uma vez associado ao processo de enfermagem, de forma especial nas etapas do Diagnóstico de Enfermagem (DE) e intervenções, contribuem para a qualificação da assistência do paciente em risco de integridade de pele prejudicada.

Estatística descritiva do diagnóstico (Integridade da Pele Prejudicada)

Neste estudo podemos analisar que dentre as 17 intervenções de enfermagem NIC elencadas, para o DE Integridade da Pele Prejudicada 09 foram consideradas relevantes pelos pesquisados dentre essas, estão (cuidados com o local da incisão, cuidados com ostomias, cuidados com lesão por pressão, cuidados da pele: local de doação, cuidados da pele: local do enxerto, supervisão da pele, cuidados com lesões, cuidados com lesões: drenagem fechada, e irrigação de lesões) estas são apontadas pela ligação NIC-NANDA-I como prioritárias para o DE em estudo. A importância desse dado é corroborada pela literatura, que demonstra a necessidade dessas intervenções para auxiliar na minimização precoce dos fatores de risco as lesões por pressão, com destaque para o controle das fontes de pressão e supervisão constante da pele

(BAVARESCO; LUCENA, 2011; MENENCON *et al.*, 2010).

Ainda no que se refere as intervenções elencadas nesse estudo como prioritárias pelos enfermeiros assistencialistas algumas intervenções como: cuidados com local de incisão, cuidados com lesões e supervisão da pele foram classificadas no estudo de Ehnfors, Florin & Ehrenberg (2003) onde reafirmam que drenagem, curativo e avaliação da despigmentação da pele são condições essenciais para o cuidado de enfermagem em pacientes com integridade da pele prejudicada a partir de úlceras na pele. Salienta-se que tais termos são também aplicáveis e fundamentais na avaliação de pacientes com lesão venosa.

A intervenção drenagem fechada também foi considerada prioritária em estudos ao avaliar que a mesma acontece quando a ferida encontra-se com as bordas justapostas e sua limpeza consiste em curativos no leito, com soro fisiológico morno, secando as bordas da ferida montando torundas com gazes utilizando-se a pinça de pressão (SANTOS; PORTO SUZUKI, 2011).

Em relação as 07 intervenções validadas como de apoio pelos enfermeiros corrobora com a preocupação dos mesmos em relação a (cuidados na amputação, controle da pressão, prevenção de lesão por pressão, controle de prurido, cuidados da pele: tratamentos tópicos, sutura, cuidados com lesões: queimaduras). Nesse estudo o autor cita alguns cuidados sobre amputação uma das intervenções aqui listada como de apoio e reafirma que a enfermagem deve realizar no seu âmbito de cuidar, diagnósticos sobre as alterações que podem ocorrer com a amputação buscando eliminar alterações principalmente no que tange ao risco de integridade da pele, e assim, contribuir para melhorar a vida deste paciente. Assim, procedimentos simples, técnicos e éticos como a posição correta dos pacientes no leito após a amputação, é de grande importância, devendo o enfermeiro orientar o paciente para nos primeiros dois dias não mexer o coto para evitar infecções (PEREIRA, 2009).

A incidência de amputação no Brasil é alta, principalmente entre os diabéticos, em cerca de 50 a 90 para cada 10.000 pacientes com diabetes por ano. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR, 2014).

Cabe ao enfermeiro observar cuidados específicos com a amputação cuja reabilitação do paciente já se inicia no período pré-operatório onde o enfermeiro orienta o cliente em relação às correções posturais, e cuidados com a flexão de joelho, a rotação externa da coxa, a abdução, o desalinhamento dos MMII e o apoio de travesseiros sob as articulações devem ser desencorajados para prevenir encurtamentos e deformidades. Deve também estimular o paciente na execução de exercícios respiratório para evitar atelectasia pós-operatória e pneumonia hospitalar pós-cirúrgica (BRASIL, 2013).

Ainda em relação aos cuidados com a amputação ou local da incisão, após a cirurgia o enfermeiro deve

aliviar a dor cirúrgica, seja ela na incisão, inflamatória, infecciosa, de pressão sobre uma proeminência óssea, hematoma ou mesmo por uma expressão de pesar pela alteração da imagem corpórea (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Os cuidados com o local da incisão são importantes merecendo uma atenção especial do enfermeiro. Após o fechamento da incisão, com retirada da sutura e cicatrização é possível realizar o banho normalmente, caso a pele estiver com aspecto ressecado pode fazer o uso de hidratantes para evitar fissuras. No que se refere aos cuidados com o local da incisão, é importante que o cliente entenda que não deve mexer no coto nos primeiros 2 dias. O mesmo deve ser orientado a realizar movimentos para decúbito ventral e posicionando o membro residual em hiperextensão durante meia e uma hora, com o auxílio de um travesseiro sob o coto, repetindo varias vezes ao dia (MOLINARO, 2009).

Ainda reportando-se aos cuidados com o coto, o enfermeiro deve realizar o curativo cuidando para que ele seja mantido seco, e na troca deve se utilizar técnica asséptica para evitar infecções na incisão e possível osteomelite, realizado geralmente com soro fisiológico 0,9% morno em jato e fazer o uso de antibiótico, caso prescrito. Cabe também ao enfermeiro avaliar de forma periódica e continua a evolução cicatricial, atentando para utilizar os produtos de acordo com o tipo de lesão (HIROTA *et al.*, 2008; BRUNNER; SUDARTH, 2009).

Em relação aos cuidados com o coto o enfermeiro deve atentar para: lavar o coto com água e sabão neutro; não esfregar o coto exageradamente, observando qualquer alteração; massagear o coto para manter elasticidade e melhorar coloração e hidrata-lo; orientar o cliente a tomar banho de sol no coto e, trocar meias de algodão diariamente (HIROTA *et al.*, 2008).

A integridade da pele perpassa por orientações sobre pressão, onde o enfermeiro deve informar o paciente para proceder com a mudança de decúbito e levantar as nádegas a cada 15 minutos para aliviar pressão. Pelo fato de as nádegas sem sensíveis, pode ocasionar úlceras. Há a necessidade de mudar de posição com alguma frequência (CARPINELLI, 2009).

O Monitoramento das extremidades inferiores é um dos cuidados importantes do enfermeiro. Nesse sentido, a visão do enfermeiro sobre o membro inferior deve ser holística, identificando todas as necessidades e planejando todas as intervenções de enfermagem, no sentido de uma melhor reabilitação. A intervenção do enfermeiro no pós-operatório de um membro inferior amputado deve voltar-se para: manter membro operado imobilizado, com curativo compressivo; monitorar os sinais vitais de acordo com as condições clínicas do paciente; atentar para complicações anestésicas, verificar perfusão periférica, pulso pedioso, motricidade e sensibilidade no membro afetado pela amputação; observar e registrar volume e características e exudato no dreno; presença de sangramento ativo no curativo, observar as condições do membro inferior operado evitando situações que

possam levar a complicações como: edema, calor, cianose, dor intensa e outros; orientar o paciente quanto a importância de mobilização no leito, ajudando-o quando necessário (ALMEIDA, 2009).

Os cuidados com ostomias deve preceder a intervenção da enfermagem, sendo esse um procedimento que envolve uma série de procedimentos importantes. A ostomia é um procedimento abdominal, realizada através de uma intervenção cirúrgica, para a saída das fezes ou urina. Os cuidados com a pele ao redor do estoma devem prever a limpeza da pele ao redor do estoma deve ser feita com água e sabonete neutro, sem esfregar com força, nem usar esponjas ásperas; aparar os pelos ao redor do estoma com tesoura, orientando o paciente a expor a pele ao redor do estoma ao sol pela manhã bem cedo cerca de 15 a 20 minutos por dia, salientando a importância de proteger o estoma com gaze umedecida. (JUARES, 2015; BRASIL, 2003).

Os Cuidados com prurido são parte da intervenção da enfermagem no que se refere à integridade da pele prejudicada. O cliente que sofreu uma incisão por exemplo, fica mais vulnerável ao aparecimento de pruridos como a dermatite (eczema), uma inflamação das camadas superiores da pele que produz bolhas, rubor, edema, secreção, formação de crostas, descamação e, geralmente, prurido e que, ao coçar, pode provocar o espessamento e o endurecimento da mesma. O cuidado consiste na remoção e na prevenção de situações que possam causar a dermatite de contato. A prevenção da infecção perpassa pela limpeza da área afetada regularmente com água e sabão suave, utilizando-se o curativo seco para ajudar na prevenção contra as infecções, cremes ou pomadas de corticosteróides geralmente aliviam os sintomas da dermatite de contato leve, exceto quando o indivíduo apresenta uma quantidade muito grande de vesículas, como no caso do contato com a hera venenos. (SOUZA, 2010).

As queimaduras são um evento que merece atenção em casos de recuperação da pele prejudicada. Os procedimentos realizados pela enfermagem ao paciente queimado variam a cada caso de queimadura, de acordo com o fator de exposição e ao fenômeno. Em queimaduras causadas por eletricidade, o enfermeiro deve avaliar as condições cardiológicas imediatas e observar riscos de lesões profundas, além de lavagem abundante com água corrente, no mínimo 30 minutos. Em lesões por substância básica, nos olhos, deve-se irrigar continuamente por 8 horas no mínimo. O enfermeiro pode prescrever a analgesia indicada pelo médico anestesista; logo após, o rompimento das bolhas e vesículas deve ser realizadas; em seguida, a balneoterapia é realizada com assepsia das feridas, com auxílio de água corrente, sabão neutro e sabão líquido degermante; e, por último, feito o curativo fechado com sulfadiazina de prata 1%, compressas e atadura de crepom (SOUZA; BRAVO, 2013).

Uma vez internado, os cuidados da enfermagem com a pele queimada, deve realizar o curativo todos os

dias, com o paciente em jejum de oito horas e consta fundamentalmente de analgesia, abertura do curativo, limpeza das extensões queimadas, debridamento das áreas necrosadas, higienização do paciente e curativo com sulfadiazina (SOUZA; BRAVO, 2013).

Em se tratando de enxerto, o membro é ocluído e, após três dias, o curativo é aberto com utilização de água corrente, estando o paciente sob efeito de analgésicos; em seguida, é feita a limpeza e higienização do membro; oclui-se a área enxertada com gaze vaselinada e atadura; oclusão da área doadora com pomada, compressa e atadura.

O cuidado dispensado a área doadora consiste em aplicação diária de PVPI até que ocorra epitelização da área doadora e consequente descolamento do curativo não aderente colocado sobre esta área, área receptora do enxerto hidratada com TCM que promove quimiotaxia (atração de leucócitos) e angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos), mantém o meio úmido e acelera o processo de granulação tecidual. No plano de cuidados, durante todo o período de internação, foram elaboradas as seguintes prescrições de enfermagem: monitorização de sinais vitais documentando e registrando alterações; acompanhamento do autocuidado de higiene e alimentação realização de curativos uma vez ao dia pelo Enfermeiro (sendo avaliada nos outros turnos a necessidade da troca); acompanhamento de exames laboratoriais pela equipe de enfermagem; orientação e acompanhamento da higienização da colostomia, bem como da importância dos cuidados com o estoma; manutenção de cuidados com procedimentos invasivos visando à prevenção de infecções (SOARES *et al.*, 2013).

As suturas são retiradas em diferentes intervalos de tempo dependendo da localização do ferimento. O enfermeiro deve atentar que o cuidado com a integridade da pele é primordial. Por isso, as lesões não devem ser lavadas por 24 horas após as suturas. Após este período, o enfermeiro deve lavar o ferimento cuidadosamente com água quente e sabão líquido uma ou duas vezes ao dia, passar uma pomada antibiótica para evitar a formação de uma crosta grossa sobre os pontos. Os pontos devem ser retirados no dia indicado e, caso estes se desfaçam muito rápido, o enfermeiro deve chamar um médico e até que obtenha atendimento faça um curativo ou coloque uma bandagem que não permita que o ferimento permaneça aberto. Não retire a fita adesiva até que os pontos sejam retirados (SECCO; PUIG, 2004).

5. CONCLUSÃO

Neste estudo foi possível analisar de forma eficaz a exequibilidade das intervenções de enfermagem para o DE (Diagnóstico de Enfermagem) Integridade da Pele Prejudicada. São necessárias medidas pouco complexas mais de grande impacto para a sua aplicabilidade. O uso da taxonomia existente entre NIC-NANDA-I otimiza todo o processo de cuidado em enfermagem.

Algumas dificuldades tais como a extensão do instrumento de coleta de dados, a demora na devolução dos instrumentos constituíram as limitações para a realização deste estudo.

O estudo mostra que o conhecimento dos enfermeiros sobre as classificações de enfermagem é pouco o que torna, sem dúvida, um dado relevante na pesquisa uma vez que o agir profissional do enfermeiro confere aos profissionais, segurança na tomada de decisões relacionadas ao paciente.

Percebeu-se que a maioria dos pesquisados reconheceu as intervenções de enfermagem como um suporte para que o trabalho da enfermagem seja aplicado corretamente, baseado em um levantamento apropriado de informações e aplicação de cuidados adequados.

Das 17 intervenções elencadas nove foram consideradas muitíssimo utilizadas, sete foram consideradas como intervenções de apoio pelos pesquisados. É importante enfatizar que há necessidade em se ampliar e aprofundar o estudo a fim de subsidiar a assistência em enfermagem de forma efetiva e fundamentada cientificamente. Ao compararmos as atividades indicadas pelos enfermeiros com as atividades sugeridas pela NIC entendemos que as intervenções de enfermagem fazem parte de um processo assistencial que deve ser utilizado para direcionar as atividades nela contida quer seja durante a internação hospitalar ou durante o seguimento ambulatorial. Considera-se que as intervenções de enfermagem para o DE (Diagnóstico de Enfermagem) Integridade da Pele Prejudicada na clínica atual se inter-relacionam e necessitam em sua exequibilidade principalmente das ações educativas dos enfermeiros. É importante enfatizar que há necessidade em se ampliar e aprofundar o estudo a fim de subsidiar a assistência em enfermagem de forma efetiva e fundamentada cientificamente

Acredita-se que o resultado deste estudo possa contribuir para a assistência de enfermagem prestada a estes indivíduos com Integridade da Pele Prejudicada, institucionalizados e atribuir maior cientificidade à prática profissional.

E que, além disso, sirva para o crescimento da enfermagem enquanto ciência.

Contribuições individuais

Nadja Helena Cordeiro Durans realizou a pesquisa para o estudo com coleta de dados, análise do material, interpretação dos resultados e estruturação do artigo científico; Isaura Letícia T.P. Rolim contribuiu na concepção, estruturação e desenho do estudo, assim como na análise e interpretação dos dados; Alice Bianca contribuiu na elaboração do projeto de pesquisa e correção do artigo científico.

Conflitos de interesse

Não houve conflitos de interesse que possa ter enviesado o estudo.

Agradecimentos

Aos profissionais enfermeiros assistenciais por sua participação, a Goiabeira YNLA por sua colaboração na organização do projeto de pesquisa e submissão do mesmo a Plataforma Brasil e ao Hospital Universitário Presidente Dutra por ter sediado pesquisa.

REFERÊNCIAS

- [01] ALMEIDA, Barbara Regina Fernandes de. Atenção Especializada em tratamento cirúrgico do joelho. Cadernos de enfermagem em ortopedia. v. 2, maio, 2009.
- [02] BAVARESCO, Taline; LUCENA, Amalia de Fátima. Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. Rev. Latino-Am. Enfermagem., Ribeirão Preto, v.20, n.6, Nov./Dez. 2012.
- [03] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa amputada. 1. ed. 1. reimp. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.
- [04] _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de câncer. Orientações sobre Ostomias. Cartilha. N 184. Brasília (DF), 2003.
- [05] BRUNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- [06] BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERAMN, J.M.; Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- [07] CARPINELLI, A. R. Pâncreas Endócrino. In: CURY, R.; PROCÓPIO, J. A. F. Fisiologia Básica. Rio de Janeiro: Guanabara, 2009. Cap. 53.
- [08] CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem-intenção de uso por profissionais de enfermagem. Rev. Eletr. Enf., v. 11, n. 3, p. 466, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.br/revista/v12/n4/v12n4a19.htm>>. Acesso em: 15 maio. 2015.
- [09] EHNFOR, M.; FLORIN, J.; EHREBERG, A. Applicability of the International Classification of Nursing Practice (ICNP) in the áreas of the nutritin and skin care. Int. J. Nurs. Terminol. Classif., v. 4, n.1, p. 5-18, 2003.
- [10] FAUSTINO, Andrea Mathes; *et al.* O conhecimento de enfermeiros acerca dos novos descritores de classificação para úlcera por pressão: estudo descritivo. Brazilian Journal of Nursing, v. 9, n. 1, 2010.
- [11] HIROTA, C. M. O. ; HADDAD, M. C. L; GUARIENTE, M. H. D. M. Pé diabético: o papel do enfermeiro. Ciên. Cuid. Saúde, v.7, n.1, p. 114-120, 2008.
- [12] HEDLUND, C.S. Cirurgia do Sistema Tegumentar In: FOSSUNT, T W. Cirurgia de pequenos animais. 2. ed. São Paulo: Roca, 2005. p. 1170.
- [13] ISAAC, C. *et al.* Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica. Rev. Med., v. 89, p.125-131, 2010.
- [14] JUARES, C. Cuidados básicos com ostomias no hospital. Conteúdos de enfermagem, n 6, 2013. Disponível em: <<http://www.conteudodeenfermagem.com/2013/06/cuidados-basicos-com-ostomias.html>>. Acesso em: 12 Mar. 2016.
- [15] MARQUES, Pollyanna Cristina Sbalqueiro. Gerenciamento de qualidade de úlcera por pressão em UTI. TCC (Pós-Graduação em Auditoria e Gestão em Saúde) - Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, 2011.
- [16] MENEGON, D.B.; et al. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas do Sistema Tegumentar. In: SILVA, E.R.R.; LUCENA, A.F. Diagnósticos de Enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 259-82.
- [17] MIYAZAKI, Margareth Yuri; KALIN, Maria Helena Larcher; SANTOS, Claudia Benedita dos. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 18, n. 6, nov./dez., 2010.
- [18] MOLINARO, R. Reabilitação em amputados de membros inferiores. Texto de apoio ao curso de especialização. Atividade física adaptada a saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wpcontent/uploads/2009/11/amputacao-reabilitacao.pdf>>. Acesso em: 12 Mar. 2016.
- [19] NASCIMENTO, K.C. *et al.* Sistematização de assistência de enfermagem vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Rev Esc Enferm., v. 42, n. 4, p. 643-648, 2008.
- [20] PEREIRA, Ana Gabriela Silva; *et al.* Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. Rev Esc Enferm USP, v. 48, n. 3, p.454-61, 2014.
- [21] PEREIRA, V. L.S. C. Doente submetido a amputação de membros inferiores: O enfermeiro da reabilitação no processo de transferir. In: Investigação em enfermagem de reabilitação: Um novo conceito para guiar a prática do cuidado. Esc. Sup. Enf. Por., Lisboa, p. 46-53, 2009.
- [22] RANGEL, E.M.L. Conhecimento práticas e fontes de informação de enfermeiros de um hospital sobre a prevenção e tratamento da úlcera de pressão. Ribeirão Preto: [s.n.], 2004. 74 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.
- [23] SANTOS, Joseane Brandão dos; PORTO, Sheila Ganzer; SUZUKI, Lilyam Midori. Avaliação e tratamento de feridas. Orientações aos profissionais da saúde. Manual. 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34755/000790228.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2017.
- [24] SECO, M.C.; PUIG, M.N. Qualidade de vida e cicatrização são possíveis: cuidado clínico. São Paulo: n° 4, p. 24 – 34, fev. 2004.
- [25] ISAAC, C. *et al.* Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica. Rev. Med., v. 89, p.125-131, 2010.
- [26] SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, I.B.M.; MEIRELES, I.B. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.
- [27] SOARES, Rhea Silvia de Avila; *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com Síndrome de Fournier. In: II Jornada Internacional de Enfermagem. UNIFRA. 2013. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/T_rabalhos/4189.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2017.
- [28] SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR. Estimativas, 2014. Disponível em: <<http://www.sbacv.com.br/index>>.

- php/imprensa/estimativas/html>. Acesso em: 24 jan. 2017.
- [29] SOUZA, Gerson de. Enfermagem. Dermatites. Enfermagem em saúde Coletiva e saúde DA. 2010. Disponível em: <<http://enfermeiropsf.blogspot.com.br/2010/01/dermatite.html>>. Acesso em: 18 jan. 2017.
- [30] SOUZA, H.A.; BRAVO, M.R. Centro de Tratamento de Queimados Rotinas de Curativos. Espírito Santo. Secretaria Estadual. Hospital Dr. Dório Silva, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp?pagina=17306>>. Acesso em: 18 jan. 2017.
- [31] SPLENDOR, Vanessa Lidiane; ROMAN, Arlete Regina. A Mulher, a Enfermagem e o Cuidar na Perspectiva de Gênero. Revista Contexto & Saúde, Unijuí, Ano 2, n. 4, Jan./Jun. 2013.
- [32] STATISTICAL ANALYSIS SYSTEM - SAS. SAS software: user's guide. Version 8.2. Cary: 2000. 291p.
- [33] TEIXEIRA, Carla Regina de Souza; *et al.* Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.45, n.1, Mar., 2011.