

Sistematização da assistência de enfermagem à um paciente com lesões por erisipela: um relato de experiência

Systematization of nursing care to a patient with erysipellal injuries: an experience report

Sistematización de los cuidados de enfermería a un paciente con lesiones de erisipela: informe de una experiencia

RESUMO

OBJETIVO: Relatar a experiência no tratamento de lesão por erisipela por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência sobre a assistência de enfermagem a pacientes com lesões causada por erisipela. **RESULTADOS:** Foi implementado o processo de enfermagem em um paciente com lesões bolhosas e descamativas em membros inferiores bilateralmente, clinicamente característico de lesões por erisipela, em que foi utilizado placas de carvão ativado com prata, notando-se evolução do processo cicatricial. Além disso, a partir dos diagnósticos estabelecidos, observou-se que os diagnósticos de dor aguda e ansiedade apresentaram piora do quadro em alguns momentos na internação hospitalar, alcançando o resultado esperado no momento da alta e que apenas o diagnóstico de mobilidade física prejudicada não alcançou seu resultado esperado. **CONCLUSÃO:** Verificou-se a necessidade de um sistema físico ou eletrônico que contemplasse todas as etapas do Processo de Enfermagem.

DESCRIPTORES: Erisipela; Cuidados de Enfermagem; Ferimentos e lesões.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To report the experience in the treatment of erysipelas lesion through the Systematization of Nursing Care. **METHODS:** This is an experience report on nursing care to patients with lesions caused by erysipelas. **RESULTS:** The nursing process was implemented in a patient with bullous and desquamative lesions in the lower limbs bilaterally, clinically characteristic of erysipelas lesions, in which activated charcoal plates with silver were used, noting the evolution of the cicatricial process. Moreover, from the established diagnoses, it was observed that the diagnoses of acute pain and anxiety worsened during hospitalization, reaching the expected result at the time of discharge and that only the diagnosis of impaired physical mobility did not reach its expected result. **CONCLUSION:** The need of a physical or electronic system that contemplated all stages of the Nursing Process was verified.

DESCRIPTORS: Erysipelas; Nursing Care; Wounds and injuries.

RESUMEN

OBJETIVO: Reportar la experiencia en el tratamiento de la lesión de erisipela a través de la Sistematización de los Cuidados de Enfermería. **MÉTODOS:** Se trata de un informe de experiencia sobre los cuidados de enfermería a pacientes con lesiones causadas por la erisipela. **RESULTADOS:** Se implementó el proceso de enfermería en una paciente con lesiones bullosas y descamativas en los miembros inferiores de forma bilateral, clínicamente características de lesiones de erisipela, en la que se utilizaron placas de carbón activado con plata, observando la evolución del proceso cicatricial. Además, de los diagnósticos establecidos, se observó que los diagnósticos de dolor agudo y ansiedad empeoraron durante la hospitalización, alcanzando el resultado esperado en el momento del alta y que sólo el diagnóstico de deterioro de la movilidad física no alcanzó su resultado esperado. **CONCLUSIÓN:** Se verificó la necesidad de un sistema físico o electrónico que contemplara todas las etapas del Proceso de Enfermería.

DESCRIPTORES: Erisipela; Atención de Enfermería; Heridas y Lesiones

RECEBIDO EM: 31/08/2021 APROVADO EM: 06/10/2021

Giovanna Garcia da Silva

Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão/UFMA.
ORCID: 0000-0002-6369-7058

Vitaliano de Oliveira Leite Júnior

Graduando de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão/UFMA
ORCID: 0000-0001-5812-0150

Anne Caroline Rodrigues Aquino

Enfermeira pela Universidade Federal do Maranhão/UFMA.
ORCID: 0000-0003-0238-0118

Camila Lima Moraes dos Santos

Enfermeira. Residente em Obstetrícia pela Universidade Estadual do Maranhão/UEMA.
ORCID: 0000-0002-6208-5500

Lucas Antônio de Oliveira Cantanhede

Enfermeiro. Residente em Clínica Médica e Cirúrgica pelo Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA.

ORCID: 0000-0002-8626-7982

Marília de Almeida Pereira

Enfermeira. Residente em Clínica Médica e Cirúrgica pelo Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA.

ORCID: 0000-0003-0865-6584

INTRODUÇÃO

A pele se caracteriza como o maior órgão e tem como funções principais a proteção contra infecções, traumas e lesões, termorregulação, além da função sensorial. É composta por três camadas, sendo elas epiderme, derme e hipoderme. Sendo assim, as feridas são a interrupção da continuidade da integridade do tecido epitelial, que ocorre por traumas de etiologias diversas¹.

Dentro do contexto das lesões que acometem a pele, as dermo-hipodermites bacterianas agudas não necrotizantes (DHBANN) incluem a erisipela e a celulite infecciosa. As DHBANN apresentam uma etiologia infecciosa na maioria das vezes causadas por estreptococos e estafilococos².

A erisipela atinge, em 80% dos casos, os membros inferiores, caracterizando-se pelo aparecimento de edema, eritema, rubor e por vezes bolhas. A antibioticoterapia sistêmica é o principal foco com relação ao tratamento da doença. Em casos de lesões bolhosas ou extensas, recomenda-se a internação hospitalar e o uso de antibióticos por via endovenosa³.

Entende-se que a pele possui bactérias residentes e transitórias, que podem esta última, colonizar a pele. Os microrganismos da microbiota residente contribuem para a resistência contra a colonização de bactérias

Dentro do contexto das lesões que acometem a pele, as dermo-hipodermites bacterianas agudas não necrotizantes (DHBANN) incluem a erisipela e a celulite infecciosa. As DHBANN apresentam uma etiologia infecciosa na maioria das vezes causadas por estreptococos e estafilococos

patogênicas (estreptococos e estafilococos) ao hidrolisar lipídeos e atuar na produção de ácidos graxos livres, que são tóxicos para muitas bactérias⁴.

O diagnóstico pode ser clínico e hemoculturas são recomendadas apenas para casos graves, onde detectam presença das bactérias em 3-9% dos casos. Streptococcus beta-hemolíticos ou Streptococcus pyogenes e Streptococcus dysgalactiae são as bactérias causadoras da erisipela na maioria dos casos⁵.

A incidência da erisipela é estimada de 10 a 100 casos por 100.000 habitantes, com ampla predominância do sexo feminino e em uma faixa etária de 40 a 60 anos, acometendo mais comumente indivíduos portadores de doenças crônicas e pessoas com deficiências na circulação em membros inferiores¹.

A equipe de enfermagem tem fundamental importância na recuperação do paciente, pois sua atuação baseia-se no cuidado e acolhimento, tornando-se um instrumento de trabalho que interfere nas relações do indivíduo como um todo¹. Por ser a enfermagem uma profissão dinâmica, a sua sistematização propicia a reflexão continuada de suas ações. Neste sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) possibilita o planejamento, a execução e a avaliação do cuidado prestado, propiciando auxílio na implantação de normas e rotinas, embasando cientificamente

artigo

Silva, G. G., Júnior, V. O. L., Aquino, A. C. R., Santos, C. L. M., Cantanhede, L. A. O., Pereira, M. A. Sistematização da assistência de enfermagem à um paciente com lesões por erisipela: um relato de experiência

as ações do profissional de enfermagem⁶. A SAE é reconhecida internacionalmente como um método que organiza e direciona o trabalho profissional, tendo como principal objetivo qualificar, e acima de tudo, sistematizar o atendimento ao paciente, família e comunidade⁷.

No Brasil, a SAE é regulamentada pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), onde preconiza que a sua implantação deva ser realizada em todos os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde que ofereçam a assistência de enfermagem⁸.

Desta forma, o objetivo deste estudo é relatar a experiência no tratamento de lesão por erisipela por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um hospital de alta complexidade.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência⁹ relacionado à atuação de 03 (três) residentes de enfermagem no contexto da assistência a pacientes com lesões causada por erisipela, sob supervisão de estomaterapeuta, preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração Clínica Médica e Cirúrgica e profissionais de enfermagem da Clínica Médica. No qual descreve a sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de pacientes acometidos por lesões do tipo erisipela ocorrida nos meses de abril e maio de 2021 na Unidade De Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA).

As metodologias NANDA (North

American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) e NOC (Nursing Outcomes Classification)^{10,11,12} foram utilizadas como ferramentas para realizar o Processo de Enfermagem (PE), parte essencial da Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE). A SAE é uma metodologia científica que orienta as ações dos profissionais de enfermagem com o objetivo de proporcionar cientificidade, tomada de decisão e impulsionar a qualidade administrativa e gerencial do cuidado de enfermagem⁶.

O PE organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados de Enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação, Avaliação de Enfermagem¹³.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as etapas do PE, coletou-se no primeiro momento os dados do paciente para realização do histórico de enfermagem. O histórico de enfermagem ou coleta de dados se caracteriza como um processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com a ajuda de técnicas e métodos variados cuja finalidade é a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e tudo que os relaciona ao processo saúde-doença¹³. O histórico de enfermagem foi coletado em meio físico, através de um impresso e anexado junto ao prontuário clínico do paciente. Outros dados relativos ao histórico também ficam contidos em um sistema eletrônico chamado SIMON.

Tal impresso divide as informações do paciente em 3 categorias fundamentadas por Wanda de Aguiar Horta¹⁴: Psicobiológicas, psicoespirituais e psicossociais, que se inter-relacionam e fazem parte de um todo indivisível.

Trata-se de um paciente com lesões bolhosas e descamativas em membros inferiores bilateralmente, clinicamente característico de lesões por erisipela e com história prévia de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Ao momento da admissão encontrava-se com queixa algica e ansiedade intensa. Foi identificado que o paciente não conseguia deambular sem auxílio por conta das lesões e encontrava-se ansioso por causa da ameaça à sua condição de saúde. O paciente tinha acompanhante, sistema de apoio, suporte familiar e possuía um satisfatório nível de entendimento sobre sua situação de saúde.

De acordo com Neves e colaboradores¹⁵, uma das maiores dificuldades enfrentadas por alunos e profissionais durante a coleta do Histórico de Enfermagem é a abordagem integralizada do ser humano. As necessidades psicobiológicas são mais preenchidas em detrimento das necessidades psicossociais e psicoespirituais. Tal evidência traz inúmeros debates acerca da superação de um modelo biomédico a ser alcançado.

Iniciou-se a segunda etapa do PE: elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem. Conceitua-se Diagnóstico de Enfermagem como o processo de interpretação e agrupamento das informações coletadas na primeira etapa (Histórico de Enfermagem). Se caracteriza como base para a seleção das

Quadro 1: Planejamento de Enfermagem. Resultados (NOC) e Intervenções (NIC) para cada diagnóstico (NANDA) elaborado, com seus respectivos aprazamentos.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM			
DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES	APRAZAMENTO
Dor Aguda	Indicadores: 1.Dor relatada: de grave ⁽¹⁾ para nenhum ⁽⁵⁾ ; 2.Expressão facial de dor: de grave ⁽¹⁾ para nenhum ⁽⁵⁾ .	1.Administrar analgésicos; 2.Avaliar dor como sinal vital; 3.Manter ambiente calmo e confortável; 4.Avaliar eficácia farmacológica.	Conforme prescrição médica; 6/6 horas; Contínuo; Após administração de medicamentos analgésicos

Integridade Tissular Prejudicada	Indicadores: 1.Integridade da pele: de muito comprometido (2) para levemente comprometido (4); 2.Temperatura da pele: de muito comprometido (2) para não comprometido (5).	1.Realizar troca de curativo; 2.Realizar antisepsia da lesão; 3.Avaliar as características da lesão.	Diário, após o banho; Diário, após o banho; Durante a troca do curativo.
Mobilidade Física Prejudicada Risco de Queda	Indicadores: 1.Marcha: de moderadamente comprometida (3) para não comprometida (5).	1.Avaliar marcha; 2.Oferecer auxílio na deambulação; 3.Ensinar sobre o uso de bengalas ou andadores; 4.Auxiliar no banho; 5.Manter as grades do leito suspensas;	Diariamente; Caso necessário; Caso necessário; Caso necessário; Contínuo
Risco de Infecção	Sem infecção	1.Monitorar sinais de infecção; 2.Trocar acesso venoso periférico e outros dispositivos invasivos; 3.Estimular higiene corporal.	Manhã, tarde e noite; Conforme protocolo da instituição; Contínuo.
Ansiedade	Indicadores: 1.Desconforto: de substancial (2) para leve (4); 2.Nervosismo: de substancial (2) para leve (4); 3.Apreensão verbalizada: de grave (1) para leve (4).	1.Explicar previamente todos os procedimentos; 2.Oferecer informações reais acerca da situação de saúde e terapêutica do paciente; 3.Oferecer escuta ativa ao paciente; 4.Possibilitar que o paciente verbalize seus sentimentos.	Contínuo; Contínuo Quando necessário Contínuo

Fonte: Dados do estudo, 2021.

ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados¹³.

De acordo com a NANDA10, seis Diagnósticos de Enfermagem foram elencados durante a admissão do paciente, são estes: Dor aguda, caracterizado por autorrelato verbal de dor relacionado à agente lesivo biológico; Integridade tissular prejudicada, caracterizado por dano tecidual relacionado à agente lesivo biológico; Risco de infecção. Fatores de risco: alteração na integridade tissular e exposição aumentada à patógenos; Mobilidade física prejudicada, caracterizado por alteração na marcha relacionado à dor; Risco de queda: fator de risco: alteração da marcha. Ansiedade, caracterizado por mudanças em eventos da

vida relacionado à ameaça a condição atual.

Elencados os Diagnósticos, buscou-se a etapa subsequente: Planejamento de Enfermagem. Este Planejamento é definido como a determinação dos resultados que se esperam alcançar e as intervenções que serão realizadas com base nos diagnósticos levantados para aquele indivíduo, família ou coletividade¹³.

Há uma fragilidade encontrada no hospital do presente estudo, pois não há um sistema (físico ou eletrônico) com base em alguma metodologia para a construção dos resultados esperados dentro da etapa do Planejamento, fazendo com que as terminologias fossem reduzidas em “Presente, Mantido, Melhorado e Piorado” para cada

diagnóstico elaborado.

Optou-se pelas metodologias NOC12 e NIC11. A NOC classifica os resultados em escores de “1” a “5”, onde “1” caracteriza o maior dano possível e “5” a ausência daquele diagnóstico/problema. A NIC elenca as intervenções de enfermagem necessárias para cada diagnóstico.

Para certos diagnósticos não se estabeleceu o escore 5 como resultado esperado pois a melhora substancial do problema já garantia ao paciente critério para alta hospitalar. Um exemplo é o diagnóstico de integridade tissular prejudicada que não demandou um escore 5, onde há a ausência de lesão, para que o paciente obtivesse critério de alta hospitalar.

Após realizar a etapa de planejamento, é necessário colocar em prática as intervenções elaboradas na etapa anterior para que os resultados esperados sejam alcançados. Iniciou-se então a etapa de Implementação ou Intervenções de Enfermagem.

O HU-UFMA dispõe de um sistema eletrônico (AGHU) que possui a ferramenta de prescrição de enfermagem para cada paciente internado com base na metodologia NIC11.

Conceitua-se Prescrição de Enfermagem como um roteiro diário, aprazado, que coordena as ações da equipe de enfermagem junto aos pacientes. É de fato a dinamização da etapa de Planejamento¹³.

Segundo Barreto et al⁷, a resistência em aderir ao plano de cuidados por parte dos técnicos de enfermagem, a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho e pelo fato de alguns médicos prescreverem cuidados, são fatores que dificultam a implementação da SAE.

O quadro 1 aborda os principais diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, assim como seus respectivos aprazamentos para cada diagnóstico selecionado.

A etapa de Avaliação de Enfermagem consiste em um processo contínuo que deve ocorrer diariamente. A avaliação significa observar se as intervenções de enfermagem propiciaram o alcance dos resultados esperados e se há a necessidade de mudanças nas etapas anteriores do PE¹³. Na prática hospitalar, a etapa de avaliação se configura como um método avaliativo que permitirá mudanças nas intervenções realizadas para cada resultado esperado não alcançado, total ou parcialmente, na etapa de planejamento.

O diagnóstico de dor aguda cursou com variações em seu grau de comprometimento, pois durante o tempo de internação hospitalar, o paciente em estudo foi submetido a duas cirurgias de desbridamento das lesões, o que acarretava na piora do quadro algico.

O desbridamento cirúrgico consiste na remoção completa de tecido necrótico e até mesmo tecido viável, na tentativa de transformar uma lesão crônica em aguda e acelerar o seu processo cicatricial. Deve ser

realizado por um cirurgião e sua vantagem principal consiste na rapidez da retirada do tecido desvitalizado e entre suas desvantagens estão o custo elevado, o risco anestésico e o risco de infecção¹⁶.

Após as cirurgias de desbridamento das lesões, optou-se pela utilização de coberturas especiais para os curativos. Utilizou-se então placas de carvão ativado com prata com trocas programadas de 48 a 76 horas, onde notou-se evolução do processo cicatricial com predominância de tecido de granulação e maior aproximação das bordas.

O carvão ativado possui um elevado grau de absorção de odor, exsudato e bactérias, exercendo um efeito de limpeza. A prata confere ação bactericida complementar a do carvão, estimulando a granulação e aumentando a velocidade de cicatrização¹⁷.

À medida em que a lesão avançava para a cicatrização, os diagnósticos de mobilidade física prejudicada e ansiedade davam sinais de alcance dos seus respectivos resultados esperados. O uso correto de bengalas foi ensinado ao paciente, conferindo-lhe assim maior autonomia, assim como a sua inclusão no processo de melhoria das lesões contribuiu significativamente para que os indicadores de nervosismo e desconforto obtivessem melhora.

Para receber alta hospitalar, o cliente foi submetido à cirurgia plástica de enxerto. No pré-operatório, observou-se que o diagnóstico de ansiedade apresentou piora com relação aos resultados esperados, porém no pós-operatório houve restabelecimento imediato após previsão de alta dada ao paciente pela equipe.

O objetivo do tratamento cirúrgico de lesões em membros inferiores é a recuperação funcional máxima dos membros afetados e retorno às atividades laborais. Sendo assim, muitos estudos recomendam a enxertia precoce de feridas complexas a fim de evitar infecção local e sistêmica, além de diminuir o tempo de internação¹⁸.

Durante a avaliação de enfermagem no momento da alta, observou-se que apenas o diagnóstico de mobilidade física prejudicada não obteve o seu resultado esperado, pelo fato do paciente ter recebido alta da instituição em pós-operatório de cirurgia

A SAE à pacientes com lesões tissulares por qualquer etiologia confere ao enfermeiro e sua equipe cientificidade e respaldo necessários para evolução satisfatória das lesões. Dessa forma, conhecimentos específicos como coberturas especiais para curativos, técnicas assépticas e fisiologia cicatricial são parte essencial do processo sistemático do cuidado

plástica e ter mantido assim o item “3” (moderadamente comprometido) para o indicador de marcha (quadro 1).

CONCLUSÃO

A SAE à pacientes com lesões tissulares por qualquer etiologia confere ao enfermeiro e sua equipe cientificidade e respal-

do necessários para evolução satisfatória das lesões. Dessa forma, conhecimentos específicos como coberturas especiais para curativos, técnicas assépticas e fisiologia cicatricial são parte essencial do processo sistemático do cuidado.

Apesar das intercorrências enfrentadas durante o período de internação, a equipe de enfermagem proporcionou cuidados

para que a lesão mantivesse um bom padrão cicatricial, minimizando os riscos cirúrgicos de infecção. Além disso, identificou-se a necessidade de um sistema físico ou eletrônico que contemplasse todas as etapas do PE, para possibilitar a sistematização dos registros dos resultados a serem alcançados para os diagnósticos de enfermagem selecionados.

REFERÊNCIAS

1. Silva M. Importância dos cuidados de enfermagem no processo de cicatrização de ferida por erisipela bolhosa: um relato de experiência. 2ª ed. Goiânia: Revista rede de cuidados em saúde; 2020.
2. Rodrigues M, Caetano M, Amorim I, Selores M. Dermo-Hipodermite Bacterianas Agudas Não Necrotizantes: Erisipela e Celulite Infeciosa. 3ª ed. Porto: Acta médica portuguesa; 2021.
3. Ribeiro L. Estudo clínico de pacientes com diagnóstico de erisipela internados no hospital servidor público municipal no período de 2014-2015 [Tese de Pós-graduação]. São Paulo: Hospital do Servidor Público Municipal; 2015.
4. Pires C, Santos M, Oliveira B, Souza C, Belarmino L, Martins M. Infecções bacterianas primárias da pele: perfil dos casos atendidos em um serviço de dermatologia na Região Amazônica, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*. [Internet] 2015 [cited 2021 ago 3];6(2): 45-50. Available from: <https://biblat.unam.mx/en/revista/revista-pan-amazonica-de-saude/articulo/infecoes-bacterianas-primarias-da-pele-perfil-dos-casos-atendidos-em-um-servico-de-dermatologia-na-regiao-amazonica-brasil>
5. Trell K, Rignér S, Wierzbicka M, Nilson B, Rasmussen M. Colonization of -hemolytic streptococci in patients with erysipelas—a prospective study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. [Internet] 2019 Oct [cited 2021 ago 3]; 38(10):1901-1906. Available from: doi: 10.1007/s10096-019-03625-9.
6. Caveião C, Oliveira A, Schnitzler R, Waldrigues M, Silva J. Sistematização da assistência e processo de enfermagem: conhecimento de estudantes de enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*. [Internet] 2020 jan/dez [cited 2021 ago 3];12:1093-1098. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7998>
7. Barreto, Mayckel da Silva et al. Sistematização da assistência de enfermagem: a prática do enfermeiro de hospital de pequeno porte. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2020, v. 24, n. 4 [cited 2021 ago 3] e20200005. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0005>. Epub 29 Jun 2020. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0005>.
8. Santos F, Martins J, Souza M, Carvalho D, Santos A, Pimentel I. Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe de enfermagem de um hospital público do Norte do Brasil. *Revista Nursing* [Internet].2019 [cited 2021 ago 3]; 22(256): 3155-3159. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1026021>
9. Pereira A, Shitsuka D, Parreira F, Shitsuka R. Metodologia da pesquisa científica [Internet]. 1ª ed. Santa Maria; 2018 [cited 2021 jun 1]. Available from: <https://repositorio.ufsm.br/>
10. Herdman T, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I Definições e Classificações. 11ª ed. Machado RG, translator. Porto Alegre: Artmed; 2018.
11. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem. 5ª ed. Imon SO, translator. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
12. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem.4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
13. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009 (BR). 2009 [cited 2021 ago 3]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html
14. Cianciarullo T. Teoria das necessidades humanas básicas — um marco indelével na enfermagem brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet] 1987 [cited 2021 ago 3] 21(nº especial):100-107. Available from: <https://doi.org/10.1590/0080-62341987021ESP00100>
15. Neves R, Melo F, Marques M. Implementação do processo de enfermagem entre estudantes de enfermagem em uma unidade de internação cirúrgica. *Revista Enfermagem em Foco*. [Internet] 2021 dez [cited 2021 ago 3] 11(6): 214-221. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/hansen/resource/pt/biblio-1223600?src=similar docs>
16. Thuler S, Paula M. Guia de boas práticas. Preparo do leito da lesão. Desbridamento.[Internet] São Paulo; 2017 [cited 2021 ago 3]. 1ª ed:15 p. Available from: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Preparo-do-leito-da-ferida_SOBEST-e-URGO-2016.pdf
17. Ministério da Saúde. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. 1st ed. Rio de Janeiro;2009.
18. Macedo J, Rosa S, Botelho D, Santos C, Queiroz M, Gomes T. Reconstrução de membros inferiores: perfil, manejo e evolução dos pacientes do Hospital Regional da Asa Norte do Distrito Federal. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. [Internet] Brasília; 2017 [cited 2021 Set 4] 44(1): 9-16. Available from: <https://doi.org/10.1590/0100-69912017001003>. ISSN 1809-4546. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017001003> p. 009-016.