



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PELA ESTRATÉGIA NANDA_NIC_NOC NA PRÁTICA

NURSING CARE SYSTEMATIZATION BY NANDA_NIC_NOC STRATEGY IN PRACTICE

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA POR LA ESTRATEGIA NANDA_NIC_NOC EN LA PRÁCTICA

Renata da Silva Schulz¹, Thiago Batista Faleiro², Jaqueline Jamile Guerra Ribeiro³, Mariana Batista dos Santos Pinto⁴, Monique Santos Santana⁵, Paula Elis Queiroz⁶

RESUMO

Objetivo: caracterizar a implementação da sistematização da assistência de enfermagem por meio da estratégia NANDA_NIC_NOC a uma pessoa com deiscência cirúrgica. **Método:** estudo clínico, prospectivo, aplicando a estratégia NANDA-NIC-NOC em nível ambulatorial avaliado em quatro momentos, realizado no Instituto de Saúde de uma faculdade particular que possui salas de consultórios de enfermagem e um centro de feridas. **Resultados:** os diagnósticos identificados foram: integridade da pele prejudicada e padrão de sono prejudicado. Utilizou-se a NOC para avaliar qual nível dos indicadores estava comprometido, posteriormente a NIC para as intervenções e nas reavaliações para a NOC. **Conclusão:** a estratégia NANDA_NIC_NOC possibilita ao enfermeiro mensurar a qualidade e o efeito de suas intervenções na assistência e elaborar um plano de cuidados baseado em resultados. **Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Assistência Centrada no Paciente.

ABSTRACT

Objective: to characterize the implementation of the nursing care systematization through NANDA_NIC_NOC strategy to a person with surgical dehiscence. **Method:** clinical and prospective study, applying the NANDA-NIC-NOC strategy on an outpatient evaluated in four stages, held at the Health Institute of a private university with rooms for nursing practices and a wound center. **Results:** the diagnoses were identified: Impaired skin integrity and pattern of disturbed sleep. We used the NOC to assess what level of indicators was committed, then the NIC for interventions and the reassessments for the NOC. **Conclusion:** NANDA_NIC_NOC strategy allows nurses to measure the quality and the effect of their interventions in care and develop a care plan based on results. **Descriptors:** Nursing Care; Nursing Process; Patient-Centered Care.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar la implementación de la sistematización de la asistencia de enfermería por medio de la estrategia NANDA_NIC_NOC a una persona con dehiscencia quirúrgica. **Método:** estudio clínico, prospectivo, aplicando la estrategia NANDA-NIC-NOC en nivel ambulatoria evaluado en cuatro momentos, realizado en el Instituto de Salud de una facultad particular que posee salas de consultorios de enfermería y un centro de heridas. **Resultados:** los diagnósticos identificados fueron: integridad de la piel perjudicada y patrón de sueño perjudicado. Se utilizó la NOC para evaluar cuál nivel de los indicadores estaba comprometido, posteriormente a NIC para las intervenciones y en las revaluaciones para NOC. **Conclusión:** la estrategia NANDA_NIC_NOC posibilita al enfermero medir la calidad y el efecto de sus intervenciones en la asistencia y elaborar un plano de cuidados basado en resultados. **Descriptors:** Cuidados de Enfermería; Procesos de Enfermería; Asistencia Centrada en el Paciente.

¹Enfermeira, Mestre, Especialista em clínica cirúrgica, Centro Universitário Jorge Amado - UNIJORGE. Bahia (BA), Brasil. E-mail: renata.s.schulz@gmail.com; ²Ortopedista, Especialista em cirurgia do pé e do tornozelo, Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos - HUPEs. Bahia (BA), Brasil. E-mail: thiagofaleiro@yahoo.com.br; ³Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário Jorge Amado-UNIJORGE. Bahia (BA), Brasil. E-mail: jamil.guerra@hotmail.com; ⁴Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário Jorge Amado-UNIJORGE. Bahia (BA), Brasil. E-mail: maryanabatista@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira. Mestre, Especialista em saúde coletiva, Centro Universitário Jorge Amado - UNIJORGE. Bahia (BA), Brasil. E-mail: moniquefaith@gmail.com; ⁶Enfermeira, Especialista em Emergência, Centro Universitário Jorge Amado - UNIJORGE. Bahia (BA), Brasil. E-mail: paulaelis@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consiste em uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado com base no conhecimento científico, além de promover maior segurança e qualidade durante a assistência prestada.¹

No Brasil, teve seu início com os estudos da Dra. Wanda Horta² e a implementação envolve cinco fases: coleta de dados ou investigação (composta por histórico e exame físico); diagnóstico de enfermagem; planejamento da assistência; implementação da assistência; e avaliação dos resultados.³

Estudos desenvolvidos por enfermeiros nos últimos anos apontam diferentes dificuldades em sua implantação. Dentre elas, destacam-se: falta de conhecimento por parte do enfermeiro acerca da metodologia da assistência e de modelos teóricos; deficiência na abordagem da temática durante o curso de graduação; grande demanda de serviços burocráticos e administrativos, além da falta de pessoal e de recursos materiais para o cuidado.⁴

A dificuldade do manuseio da classificação pode ser entendida como resultado da ausência de conhecimento sobre esta ferramenta, que repercute diretamente na transposição dos saberes teórico-científicos à prática assistencial. O uso consciente da SAE no processo do cuidar pode contribuir para a uniformidade de termos e conceitos auxiliando aos profissionais Enfermeiros no planejamento clínico.⁵

As taxinomias classificação NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) e NOC (Nursing Outcomes Classification) são uma estratégia facilitadora da implementação da SAE, pois se completam se utilizadas juntas. A sequência do seu emprego, na prática, deve acontecer da seguinte forma: NANDA-I - NOC (resultado inicial, realizado antes das intervenções) - NIC - NOC (resultados após as intervenções).^{6,7}

O diagnóstico de enfermagem é definido pela NANDA-I como um julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de Enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é o responsável.⁸

Para a NIC, uma intervenção de enfermagem é qualquer tratamento baseado no julgamento e conhecimento clínico, que seja realizado por um enfermeiro para

melhorar os resultados do paciente/cliente. Trata-se de uma ação autônoma executada como base científica e em benefício do cliente, relacionada a um Diagnóstico de Enfermagem, com vistas a atingir os melhores resultados possíveis.⁶

A NOC, por sua vez, é considerada complementar a taxonomias NANDA-I e NIC, podendo também ser utilizada em outras classificações. Tem como papel principal descrever os resultados alcançados pelos pacientes através das intervenções de enfermagem, sendo considerada como primeira classificação padronizada e abrangente utilizada para isso. É uma ferramenta multidisciplinar apesar da abordagem voltada para as ações de enfermagem, podendo auxiliar na avaliação da eficácia das intervenções.⁶

Em 2002, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) estabeleceu a obrigatoriedade de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todas as instituições de saúde no Brasil, por meio da Resolução n.º 272/2002. Em 2009, o Cofen reformula e amplia a obrigatoriedade da SAE e a implementação do processo de Enfermagem para todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.³

As teorias de enfermagem englobam esse processo e servem para dar sustentação a SAE para que o enfermeiro se baseie em cuidados prioritários para a assistência. De modo geral, elas seguem um modelo que é fundamentado de acordo com os conceitos, pressupostos e proposições próprias de cada teoria.⁹

Neste estudo, elegemos a teoria de Wanda de Aguiar Horta, que se baseou na teoria da motivação humana, de Maslow, e em João Mohana. O primeiro classificou as necessidades humanas básicas em cinco níveis: necessidades fisiológicas, segurança, amor, estima e autorrealização; já o segundo em três grandes dimensões: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.¹⁰

Nos estágios práticos, percebeu-se dificuldades dos acadêmicos em unir a teoria com a prática na SAE. Assim, como forma de auxiliar os acadêmicos de enfermagem e enfermeiros na prática clínica e familiarizá-los com o registro de informações sobre o paciente, traçou-se como objetivo caracterizar a implementação da sistematização da assistência de Enfermagem por meio da estratégia NANDA_NIC_NOC a uma pessoa com deiscência de pontos em região suprapúbica acompanhada em nível ambulatorial.

MÉTODOLOGIA

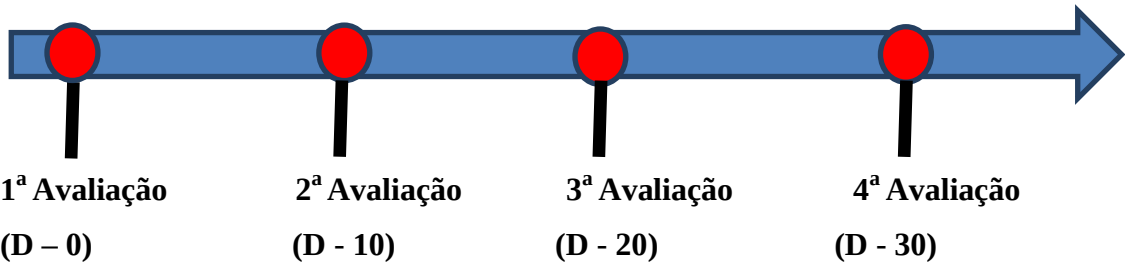
Estudo clínico e prospectivo, aplicando a estratégia NANDA-NIC-NOC em nível ambulatorial. A estruturação do processo de Enfermagem foi baseada em Wanda de Aguiar Horta. Para este estudo foram utilizadas e de igual modo necessárias as bibliografias NANDA_NIC_NOC (os três livros de forma em separado). A coleta do histórico de enfermagem foi obtida juntamente com o exame físico durante a consulta de enfermagem para, assim, dar seguimento à estruturação do planejamento com diagnósticos, intervenções e resultados esperados. Ao término foram comparados os resultados esperados com os resultados alcançados.

A NOC é utilizada na etapa planejamento e avaliação e possui diversos indicadores que são mensurados com base em uma escala tipo Likert que vai de 0 a 5 pontos. O quinto ponto

reflete a condição do paciente mais desejada em relação ao cuidado. O uso da NOC auxilia a verificação da melhora, piora ou estagnação de um indicador com mensurações que podem variar dependendo do estado do paciente em um determinado período.¹¹

Neste estudo, não inserimos a numeração para a NOC, mas, sim, o nome da mensuração de cada resultado, que também é definido na classificação, por exemplo, colocou-se os resultados: nenhum, limitado, moderado, substancial, extenso, entre outros, para não confundir com os indicadores avaliados.

A paciente do presente caso clínico foi avaliada no ambulatório de 10 em 10 dias para análise da evolução do planejamento estruturado. A paciente foi acompanhada pela equipe do ambulatório duas vezes na semana seguindo as intervenções após a realização do planejamento individual. As avaliações foram em um total de quatro conforme demonstrado na figura abaixo.



A sigla **D** corresponde aos dias escalados para a avaliação do planejamento executado. Assim, seguem D-0: dia 0; D-10: dia 10; D-20: dia 20 e D-30: dia 30.

Critérios de inclusão: paciente adulta, sexo feminino, possuir o diagnóstico integridade da pele prejudicada, ser lúcida e orientada no tempo e no espaço a fim de executar as intervenções de enfermagem programadas.

Critérios de exclusão apresentar deficit cognitivo importante; não comparecer às avaliações e consultas programadas.

O local de pesquisa foi o Instituto de Saúde de uma faculdade particular que possui salas de consultórios de enfermagem e um centro de feridas. O instituto como um todo conta com 34 consultórios, laboratórios multidisciplinares de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o projeto de pesquisa foi enviado à Comissão de ética do Centro Universitário Jorge Amado para apreciação da pesquisa obtendo aprovação da instituição parecer favorável sob o número: 113/2015.

RESULTADOS

A paciente foi admitida no Instituto de Saúde referenciada por um Hospital Estadual de Salvador para realização de curativo em deiscência em região suprapúbica secundário à histerectomia subtotal devido à atonia uterina decorrente de aborto espontâneo. Ainda no Hospital necessitou de ventilação mecânica por 15 dias na unidade de terapia intensiva.

Ao chegar ao Instituto de Saúde apresentou a seguinte evolução: J. A. M. 29 anos, casada, parda, gesta 1, para 0, aborto 1. Auxiliar de controle de qualidade em indústria, natural de Salvador, ensino médio completo, evangélica, não tabagista. Encontrava-se calma, lúcida, orientada e verbalizando, atendendo de forma colaborativa às solicitações, memórias recente e remota íntegras, referia melhora progressiva da nutrição e adaptação à mudança de rotina nega sentimentos ruins e/ou adaptações negativas quanto à perda recente.

Tendo como queixa principal: emagrecimento, inapetência e dificuldade de dormir a noite inteira, de forma consistente, devido a interrupções no sono. Relata que

continua com lembranças da internação anterior para administração de medicações durante a madrugada. Em uso de Vitamina B1.

Ao ser examinada, apresentou o couro cabeludo íntegro, sem abaulamento, sem infecções dermatológicas ou infestações, cabelos negros, opacos, acuidade visual preservada, fechamento palpebral completo, ausência de edemas de pálpebra, pupilas isocóricas com reação pupilar positiva bilateralmente, escleróticas anictéricas e mucosas normocrômicas. Acuidade auditiva preservada (realizado teste de Weber e Rinne), pavilhão auricular com presença de cerume. Seios paranasais, sem presença de secreções e sem desvio de septo, cavidade oral com boa higiene, mucosa hidratada e normocrômicas. Região cervical sem presença de gânglios visíveis e palpáveis.

Membros superiores simétricos com preenchimento capilar, turgor e elasticidade mantidos. Tórax com boa expansividade, simétrico, murmúrios vesiculares universalmente audíveis, sem ruídos adventícios, ausculta cardíaca rítmica, sem sopro em 2 tempos, mamas simétricas. Abdome plano, com ruído hidroaéreos, indolor à palpação. Apresentando ferida operatória em região suprapúbica limpa e seca. Curativo com as seguintes características: presença de exsudato de cor amarelada, inodoro, pequena drenagem, área perilesional íntegra. Tamanho da lesão: 5,5 cm de altura por 2,5cm de largura por 2 cm de profundidade. Genitália íntegra, eliminações vesicais e intestinais normais. Membros inferiores simétricos, com turgor e elasticidade mantidos, preenchimento capilar presente, palpação do pulso tibial e pedioso bilateralmente presentes. Dados antropométricos: altura 1.62m, peso 47,0 kg, perímetro torácico 81 cm, perímetro abdominal 72 cm, perímetro do braço direito 21 cm, IMC 17,93. Sinais Vitais PA 113x80 mmhg, FR 18 inc/min, T 36,4° C, HGT: 100 mg/dL no desjejum. Como sofreu um trauma psicológico recente de uma gravidez desejada foi encaminhada ao serviço de psicologia e mesmo com a melhora do apetite foi encaminhada ao serviço de nutrição devido ao baixo IMC.

Após levantamento do histórico por meio da anamnese e exame físico, traçou-se alguns diagnósticos principais nesse primeiro momento e com esses trabalhamos a estratégia NANDA_NIC_NOC. As Tabelas 1 e 2 demonstram como ocorre a sistematização do processo após o caso mencionado acima.

Caso: J.A.M

Padrão do sono prejudicado <i>caracterizado</i> por mudança no padrão normal do sono e <i>relacionado</i> à interrupção do mesmo.				
NOC Inicial D-0		NIC		NOC
a) <i>Qualidade do sono - MTC</i>	✓	Determinar os efeitos dos medicamentos do paciente sobre o padrão do sono;		a) D10 MC
b) <i>Rotina do sono - MTC</i>	✓	Monitorar/registrar o padrão de sono do paciente e o número de horas de sono do paciente;		b) MC
c) <i>Ato de dormir durante a noite inteira - MTC</i>	✓	Monitorar o padrão de sono do paciente e observar circunstâncias psicológicas;		c) MC
d) <i>Sono interrompido - S</i>	✓	Encorajar o paciente a estabelecer uma rotina para a hora de dormir visando facilitar a transição da vigília para o sono;		d) M
	✓	Ajudar a eliminar situações estressantes antes de dormir;		D20
	✓	Orientar o paciente a evitar alimentos e bebidas na hora de dormir que interfiram no sono;		a) LC
	✓	Iniciar/implementar medidas de conforto, como massagens, posicionamento e toque afetivo.		b) LC
				c) LC
				d) L
				D30
				a) LC
				b) LC
				c) LC
				d) L

Figura 1. Estruturação do plano de cuidados de enfermagem baseado na estratégia NANDA-NIC-NOC para o diagnóstico: padrão do sono prejudicado e avaliação do resultado sono. Salvador - BA, 2015.

Legenda: MTC= muito comprometido; MC= moderadamente comprometido; M= moderado, S= substancial; LC= levemente comprometido; L= limitado; D-0= avaliação inicial; D-10= segunda avaliação; D-20= terceira avaliação; D-30= quarta avaliação.

Integridade da pele prejudicada <i>caracterizada</i> por rompimento da superfície da pele e <i>relacionada</i> a fatores mecânicos.				
(NOC) Inicial D-0		NIC		(NOC) D10
a) <i>Formação de cicatriz (M)</i>	✓	Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor;		a) M
b) <i>Tamanho reduzido da ferida (M)</i>	✓	Medir o leito da lesão, conforme apropriado;		b) L
c) <i>Drenagem serossanguinolenta: (M)</i>	✓	Limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado;		c) L
	✓	Aplicar o unguento adequado à pele/lesão, conforme apropriado;		D20
	✓	Examinar a lesão a cada troca de curativo;		a) S
	✓	Encorajar a ingestão de líquidos, conforme apropriado.		b) L
				c) L
				D30
				a) E
				b) N
				c) N

Figura 2. Estruturação do plano de cuidados de enfermagem baseado na estratégia NANDA-NIC-NOC para o diagnóstico: integridade da pele prejudicada, avaliando o resultado de cicatrização de feridas: segunda intenção - BA, 2015.

Legenda: M= moderado, S= substancial; L= limitado; E= extenso; N= nenhum D-0= avaliação inicial; D-10= segunda avaliação; D-20= terceira avaliação; D-30= quarta avaliação.

Paciente permaneceu em tratamento no Instituto por 31 dias, do dia 05 de maio de 2015 a 05 de junho de 2015, quando recebeu alta devido ao fechamento de bordas total com tecido epitelial.

Trata-se de um caso clínico de fácil desdobramento aparentemente, porém que serve para estruturar e elucidar a estratégia NANDA_NIC_NOC.

DISCUSSÃO

Na primeira avaliação (D-0), a ferida apresentava tecido de granulação recobrimdo totalmente o leito da lesão, bordas regulares. Presença de exsudato de cor amarelada, inodoro, pequena drenagem, área perilesional íntegra. Paciente não referia dor durante a

troca do curativo, porém apresentava certa apatia, em decorrência do sono muito comprometido.

O primeiro passo da estratégia NANDA_NIC_NOC é identificar os problemas presentes no caso clínico e assim averiguar quais domínios da classificação NANDA estão comprometidos. Pela descrição do caso, os domínios afetados foram: domínio 4 de atividade e repouso e o domínio 11 de segurança e proteção, que estão, respectivamente, relacionados à Classe 1 (sono/repouso) e Classe 2 (lesão física).¹²

Após a identificação dos domínios e classes, destacou-se os seguintes diagnósticos: PADRÃO DO SONO PREJUDICADO caracterizado por mudança no padrão normal do sono e

relacionado à interrupção do mesmo (devido ao trauma do internamento) e INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA caracterizada por rompimento da superfície da pele e relacionada a fatores mecânicos (pós-parto cirúrgico, infecção deiscência de pontos).¹²

A seguir, é importante levantarmos qual é a real situação do caso e quem pode nos facilitar esse processo é a NOC por meio dos seus indicadores reais para o diagnóstico. Alguns acadêmicos e enfermeiros, desconhecendo a estratégia, acabam confundindo o processo, buscando intervir antes de saber a real situação apresentada pelo paciente. É preciso saber como está a drenagem, por exemplo, para depois intervir e logicamente por isso, levanta-se o quanto prejudicado ou melhorado o paciente está para os indicadores no momento.

Assim, a ligação NANDAI_NOC é realizada para a escolha dos resultados sugeridos e dentre os diagnósticos mencionados os pertinentes ao caso clínico foram: SONO e CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: SEGUNDA INTENÇÃO.¹¹

O resultado sono na NOC possui a definição de: “suspensão periódica natural da consciência durante a qual o corpo se recupera”. E apresenta graduações gerais em 5 níveis. Para o sono vão desde o nível gravemente comprometido ao não comprometido para os indicadores “qualidade de sono”, “rotina de sono” e “ato de dormir durante a noite inteira, de forma consistente” e de modo semelhante do grave a nenhum para o “sono interrompido”.¹¹

Dispõe de 23 indicadores, porém 4 deles foram utilizados na mensuração do sono da paciente conforme a Tabela 1.

Já a classificação “cicatrização de feridas: segunda intenção” apresenta definição de “alcance da regeneração de células e tecidos em ferimento aberto” e dentro da NOC possui 18 indicadores dos quais foram utilizados 3 para a mensuração de acordo com a Tabela 2. A graduação desses indicadores vai de nenhum a extenso para “formação de cicatriz” e “tamanho reduzido da ferida”, bem como de extenso a nenhum para a “drenagem serossanguinolenta”.¹¹

Após a ligação NANDAI _NOC, faz-se a ligação com a NIC para a busca de intervenções apropriadas.^{13,14} As intervenções para a primeira avaliação estão contidas na Tabela 1 e na Tabela 2 e foram reforçadas ao longo das subsequentes avaliações.

Para que esse processo seja efetivo, a coleta do histórico de enfermagem é essencial. Assim, a anamnese, o exame físico e possíveis exames devem ser listados e

discutidos para toda a execução do plano de cuidados.¹⁵

Na avaliação inicial D-0, o produto para cobertura primária foi uma gaze 100% algodão estéril, contendo PHMB (polihexametileno de biguanida 0,2%).

O Polihexametileno de Biguanida (PHMB) a 0,2% impregnada em gaze 100% algodão é um antimicrobiano bastante eficaz no tratamento de lesões devido ao amplo espectro. A solução de PHMB vem sendo estudada há décadas como ingrediente ativo em formulações desinfetantes e no controle de micro-organismos patogênicos, como *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*. Possui ampla gama antimicrobiana prevenindo infecções em feridas cirúrgicas, agudas e/ou crônicas, e em qualquer tipo de acesso intracorporal suscetível à infecção.^{16,17}

Para a cobertura secundária, utilizamos gaze comum e estéril. Também estiveram presentes as orientações quanto à preservação da integridade do curativo evitando molhar e realizar a troca da cobertura secundária em caso de aumento do exsudato; já na segunda avaliação (D- 10), a lesão apresentava tecido de granulação em todo leito, bordas regulares e secas, medindo 4 cm de altura por 2 cm de largura e 1 cm de profundidade. Exsudato de cor acastanhada, inodoro e a drenagem continuava com pequena quantidade. Percebemos uma evolução satisfatória da lesão e o uso da cobertura primária continuou com a gaze impregnada de P.H.M.B em razão da presença do exsudato mesmo que pequeno.

Questionada sobre o sono, a mesma informou que ainda tinha dificuldades para dormir, mas apresentava melhora dos indicadores atribuídos na NOC. Foram reforçadas as orientações de manter uma alimentação adequada, principalmente à noite, e manter o ambiente propício para o sono.

Na terceira avaliação no D-20, a lesão exibia bordas íntegras, presença de tecido de epitelização recobrimdo aproximadamente 80% da área com coloração rosa claro e não apresentava mais exsudato. Nesse momento, com a evolução da lesão, começou a ser utilizado o óleo AGE que é dermoprotetor e pode conter um ou dois ácidos graxos essenciais (ácido linoleico e ácido linolênico) misturados a outras substâncias, como a vitamina A, E, óleo de copaíba, melaleuca, entre outros.¹⁸

Além disso, esse óleo possui a função de revitalizar a pele, hidratar aumentando a resposta imune, promovendo o processo inflamatório e posteriormente trazendo a epitelização e cicatrização da pele.¹⁸

A troca diária foi recomendada para dar maior autonomia à paciente e melhorar o processo cicatricial. Em relação ao sono, a paciente relatou melhora do mesmo e referiu satisfação com o tratamento.

Na quarta e última avaliação (D - 30), houve o fechamento total das bordas, com tecido epitelial cicatrizado, o que possibilitou a alta do Instituto de saúde. As orientações foram reforçadas e dúvidas da paciente foram esclarecidas referentes à volta das atividades diárias.

No decorrer do tratamento, podemos observar uma melhora progressiva da lesão. Percebeu-se contração das bordas da lesão e, conseqüentemente, diminuição do tamanho da ferida, progressiva formação de tecido epitelial a cada avaliação, ocorrendo a cicatrização completa da lesão durante 31 dias de tratamento.

O êxito do tratamento se deu em virtude da resolutividade das coberturas utilizadas e da adesão da paciente às orientações recebidas tanto para a lesão quanto para o sono.

CONCLUSÃO

A estratégia NANDA_NIC_NOC necessita ser realizada, repensada e alterada, se necessário, em todas as reavaliações que forem executadas. Também permite ao enfermeiro mensurar a qualidade de suas intervenções, bem como o efeito que elas produzem no paciente.

Ao realizar a estratégia por meio do quadro, estruturando todo o plano de cuidados, compreende-se de uma forma mais fácil e didática como unir os três em um mesmo momento. Ao mesmo tempo, facilita o entendimento de como a maioria das fases do processo de enfermagem interage entre si.

A limitação do estudo foi abordar os diagnósticos presentes apenas na primeira fase proposta por Wanda de Aguiar Horta da necessidade fisiológica, mas cumpriu o objetivo deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Souza NR, Costa BMB, Carneiro DCF, Barbosa HSC, Santos IRV. Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades referidas por enfermeiros de um hospital universitário. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2015 [cited 2015 Aug 30];9(3):7104-10. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6337>
2. Dos Santos WN. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto

histórico, o processo e obstáculos da implantação. J Manag Prim Health Care. 2014 [cited 2015 Aug 30]; 5(2):153-8. Available from:

<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/197>

3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos e privados. 2009.

4. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL. Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem através da Grounded Theory. Rev Eletrônica de enferm. 2013 [cited 2015 Aug 30];15(1):44-53. Available from:

<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/15323>

5. Sampaio RS, Santos I, Amantéa ML, Nunes AS. A classificação das intervenções de Enfermagem na prática clínica de enfermeiros brasileiros. Acta Paul Enferm 2011 [cited 2015 Aug 30];24(1):120-6. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023869018>

6. Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MC. Processo de Enfermagem na Prática Clínica: estudos realizados clínicos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 1 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

7. Smith KJ, Craft-Rosenberg M. Using NANDA, NIC and NOC in a undergraduate nursing practicum. Nurse Educ. 2010 [cited 2015 Aug 30];35(4):162-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20548185>

8. Carpenito-moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 12 ed. São Paulo: Artmed; 2007.

9. Hermida, PMV. Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev bras enferm [Internet]. 2004 [cited 2015 Aug 30];57(6):733-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600021

10. Lucena ICD, Barreira, IA. Revista enfermagem em novas dimensões: Wanda Horta e sua contribuição para a construção de um novo saber da enfermagem (1975-1979). Texto contexto enferm. Florianópolis. 2011 [cited 2015 Aug 30];20(3):534-40. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300015

11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos resultados de

enfermagem (NOC) (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

12. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009- 2011. Porto Alegre: Artmed; 2010. 452 p. Português, Inglês.

13. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC) (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier; 2010

14. Hahn JE. Using nursing intervention classification in an advance practice registered nurse-led preventive model for adults aging with developmental disabilities. J Nurs Scholarsh. 2014 [cited 2015 Aug 30];46(5):304- 13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24754732>

15. Schulz RS, Santana RF, Faleiro TB, Gonçalves RCS, Alves LAF. Nursing interventions for the needs to eat and drink in surgical elderly people. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 30];7(4):1182-8. Available from: <file:///C:/Users/USU%C3%81RIO/Downloads/3741-38991-1-PB.pdf>

16. Hanszman GC. O uso de polihexametileno biguanida em lesões cutâneas no atendimento pré- hospitalar: um ensaio clínico de enfermagem sobre prevenção de infecções. Rio de Janeiro. Dissertação[Mestrado em Enfermagem] - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2012.

17. Martyn B. PHMB: an effective antimicrobial in wound bioburden management. Br J of nurs. 2012 [cited 2015 Aug 30];21(12):S16-S21. Available from: http://www.activahealthcare.co.uk/casestudies-files/123-PHMB_an_effective_a.pdf

18. Ferreira AM, Souza BMV, Rigotti MA, Loureiro MRD. Utilização dos ácidos graxos no tratamento de feridas: uma revisão integrativa da literatura nacional. Rev esc enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2015 Aug 30];46(3):752-60. Available from: <http://200.129.202.51:8080/jspui/handle/123456789/2134>

Submissão: 03/11/2015

Aceito: 18/04/2016

Publicado: 01/06/2016

Correspondência

Renata da Silva Schulz.

Av. Princesa Isabel, 275 / Ap. 301

Bairro Barra

CEP 40030-030 – Bahia (BA), Brasil