



A FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM FERIDAS

THE FREQUENCY OF NURSING DIAGNOSES IN PATIENTS WITH WOUND LA FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HERIDA

Isis de Carvalho Oliveira¹, Regina Célia Sales Santos Veríssimo², Maria Lysete de Assis Bastos³, Ingrid Martins Leite Lúcio⁴

RESUMO

Objetivo: identificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem com base na CIPE® Versão 2011 de pacientes com feridas. **Método:** estudo descritivo com abordagem quantitativa. Os registros foram subtraídos do formulário de entrevistas aplicado a 12 pacientes. Para a elaboração dos DE, foram retirados termos da CIPE® Versão 2011 que incluem a descrição das características referentes à anamnese, exame físico e avaliação clínica das feridas. Ao final desse processo, foi atribuído o valor do número absoluto (N) e calculado o percentual (%) da frequência dos DE. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Processo nº 023507/2011-43. **Resultados:** foram identificados 41 diagnósticos de enfermagem. Os mais frequentes: ferida com edema atual em região periférica; odor ausente; hipertensão atual; dor na ferida severa; ferida com eritema atual em região periférica. **Conclusão:** a avaliação da frequência auxilia na determinação de cuidados específicos para a problemática de feridas, favorecendo uma assistência eficaz e de qualidade. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Ferida; Cicatrização de Feridas.

ABSTRACT

Objective: to identify the frequency of nursing diagnosis based on the CIPE® version 2011 of patients with wounds. **Method:** a descriptive study with quantitative approach. The records were subtracted from the interviews form applied to 12 patients with wounds. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Alagoas, under the opinion of the process nº 023507/2011-43. **Results:** predominantly male; half are elderly; marital status with stable union; incomplete elementary education; family income between 1 to 2 minimum wages; mostly retired. There were identified 41 nursing diagnoses. The most common: wound present edema in the peripheral region; absence of odors; current hypertension; severe pain in the wound; wound erythema present in the peripheral region. **Conclusion:** the frequency assessment helps to determine specific care for the wounds problematic, favoring an efficient and quality service. **Descriptors:** Nursing Diagnosis; Nursing Process; Wound; Wound Healing.

RESUMEN

Objetivo: identificar la frecuencia de los diagnósticos de enfermería basado en la CIPE® versión 2011 de los pacientes con heridas. **Método:** se realizó un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo. Los registros se sacaron de formularios de entrevistas aplicadas a 12 pacientes con heridas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Federal de Alagoas, a juicio de la Causa nº. 023507/2011-43. **Resultados:** predominantemente hombres; la mitad son de edad avanzada; están casados; de educación primaria incompleta; entre 1 y 2 salarios mínimos; en su mayoría jubilados. Se identificaron 41 diagnósticos de enfermería. Los más comunes: edema herida presente en la región periférica; olor ausente, hipertensión corriente, dolor intenso en la herida, la herida eritema presente en la región periférica. **Conclusión:** la evaluación de la frecuencia ayuda a determinar el cuidado específico para heridas problemáticas, lo que favorece un servicio eficiente y de calidad. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermería; Proceso de Enfermería; Herida; Cicatrización de Heridas.

¹Enfermeira egressa, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió (AL), Brasil. Ex-bolsista PIBIP-AÇÃO. Email: isisdeoliveira_enf@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Mestre, Escola de Enfermagem e Farmácia/ESENFAR, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió (AL), Brasil. Email: salesregina@hotmail.com; ³Enfermeira, Professora Doutora, Escola de Enfermagem e Farmácia/ESENFAR, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió (AL), Brasil. Email: lysetebastos@gmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Doutora, Escola de Enfermagem e Farmácia/ESENFAR, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió (AL), Brasil. Email: ingridmartins30@gmail.com

INTRODUÇÃO

O registro dos dados clínicos do paciente é o principal meio de comunicação dos profissionais da equipe de saúde, pois, garante a continuidade da assistência, além de servir como comprovação escrita do cuidado prestado.¹ Igualmente, o Processo de Enfermagem (PE) constitui o principal recurso que os enfermeiros possuem para consolidar sua prática profissional.²

Por se tratar de um método de organização da prática da enfermagem, o PE é a base de sustentação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e envolve fases ou etapas interdependentes, de forma que seja possível a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento dos Diagnósticos de Enfermagem (DE), a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e ao final uma avaliação das ações.³⁻⁴ Convém ressaltar que os DE fornecem critérios mensuráveis para a avaliação da assistência prestada, proporciona suporte e direção ao cuidado, facilita a pesquisa e o ensino, delimita as funções independentes da enfermagem, estimula o cliente a participar de seu tratamento e do plano terapêutico.⁴

A inserção do DE requer que os enfermeiros tenham uma linguagem comum. Logo, a Enfermagem vem utilizando uma linguagem representada por termos clínicos que integram o contexto teórico e prático da profissão; e o estudo dos conceitos destes termos pode possibilitar a melhora da comunicação profissional. Em vigência disto, atualmente existem vários sistemas de classificação e estes sistemas estão em constante evolução.⁵

Entre os vários sistemas de classificação desenvolvidos a partir das diferentes fases do PE, destacam-se a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA); Classificação de Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification - NIC); Classificação de Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).⁵⁻⁶ Contudo, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) sobressaiu-se dentre os demais sistemas de classificação, tendo em vista a sua possibilidade de adequação à linguagem mundial, considerando a cultura e as particularidades de cada região ou a área de trabalho na utilização de termos técnicos.¹

Nesta pesquisa a CIPE® foi escolhida como instrumento porque ela vem se consolidando

mundialmente como uma tendência para a padronização da comunicação e troca de informações entre os enfermeiros, visando à representação da prática da enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde.⁷ Da mesma forma, por meio do seu uso, ela tem a capacidade de comunicar e comparar dados de enfermagem entre diversos contextos, países e idiomas.⁸

Em conformidade a crescente demanda de pacientes com feridas, a enfermagem ganha destaque quanto aos cuidados a este grupo de clientes, especialmente os pacientes com feridas crônicas. Este profissional tem maior contato com o paciente, acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo, bem como detém maior domínio desta técnica. Apesar disso, é difícil obter indicadores estatísticos, uma vez que os registros desses atendimentos são escassos, demonstrando assim, a deficiência referente aos dados estatísticos existentes.⁹

É fundamental que o enfermeiro realize a consulta de enfermagem no atendimento aos clientes com feridas, sejam elas agudas ou crônicas, estabelecendo uma metodologia para assistência a esta clientela.¹⁰ Então, torna-se imprescindível evidenciar essa assistência desempenhada pelo profissional de enfermagem, sendo necessário potencializar o uso da CIPE® entre estes profissionais.

A importância deste trabalho se baseia no atendimento de enfermagem sistemático aos pacientes que utilizam uma unidade ambulatorial para tratamento de suas feridas pelos profissionais de enfermagem. Assim, a ida do paciente e seu familiar à unidade de saúde para realização do curativo foi uma oportunidade para coleta de dados e avaliação clínica da ferida durante o atendimento. Consequentemente, é imprescindível conhecer as condições socioeconômicas e culturais que envolvem o cotidiano dos pacientes pesquisados.

E inserir os DE no cuidado ao paciente com ferida é uma importante contribuição para uma avaliação contínua do tratamento instituído, pois esta etapa do PE irá direcionar a prática da assistência, permitindo acompanhar a evolução da ferida e a resposta do paciente frente ao tratamento.

Esse estudo tem como objetivo:

- Identificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem com base na CIPE® Versão 2011 de pacientes com ferida.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da monografia << Frequência dos diagnósticos de enfermagem

em pacientes com feridas>> apresentado a Escola de Enfermagem e Farmácia, da Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió-AL, Brasil. 2012

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa e corte transversal. Desenvolvido no setor de curativos de uma Unidade Ambulatorial de Média Complexidade no Município de Maceió - AL. Foram convidados para participar do estudo, pacientes com feridas crônicas ou agudas que buscam este setor para a realização de seus curativos. Desse modo, a definição dos sujeitos foi proporcional à demanda espontânea no referido serviço.

O instrumento de coleta de dados utilizado objetivou colher informações para tornar possível a caracterização e avaliação das condições socioeconômicas dos pacientes e de suas feridas, permitindo assim, destacar os vários fatores que interferem no processo cicatricial.

Os registros foram subtraídos do formulário de entrevistas aplicado a 12 pacientes com feridas que frequentaram o setor de curativos durante o período de Maio a Junho de 2012. Para a tabulação e análise dos dados, empregou-se o programa Microsoft Excel, e a partir destes, foram confeccionadas tabelas.

Para a elaboração dos DE, foram retirados termos da CIPE® Versão 2011 que incluem a descrição das características referentes à anamnese, exame físico e avaliação clínica das feridas. Ao final desse processo, foi atribuído o valor do número absoluto (N) e calculado o percentual (%) da frequência dos DE.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Resolução 196/96;¹¹ sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAL, com base no parecer emitido pelo processo nº 023507/2011-43.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

♦ Caracterização Socioeconômica

Os resultados destacam que as características socioeconômicas dos pacientes com feridas desta unidade estão

representadas predominantemente pelo sexo masculino (83,3%); metade são idosos (idade >60 anos); apresentam em sua maioria, estado civil com união estável (58,3%); e 58,3% dos participantes têm até o ensino fundamental incompleto; quanto a renda familiar 83,3% recebe entre 1 a 2 salários mínimos; apesar da maioria possuir qualificação para o mercado de trabalho, muitos declararam não exercer sua profissão, pois 58,3% são aposentados.

♦ Frequência dos Diagnósticos de Enfermagem

Dos diagnósticos elaborados, foram identificados 41 diferentes DE, distribuídos em um total de 128 afirmativas diagnósticas, com uma média de aproximadamente 10,6 diagnósticos por cliente. Os dez mais frequentes foram identificados em 50% ou mais dos casos, são eles: ferida com edema atual em região periférica; odor ausente; hipertensão atual; dor na ferida severa; ferida com eritema atual em região periférica; ferida pequena; integridade de tecido corporal interrompido em extensão de tecido muscular; processo vascular comprometido; ferida com necrose atual em região periférica; secreções em nível baixo. Totalizando 69 afirmativas diagnósticas, correspondendo a 53,9% do total de diagnósticos identificados.

♦ Associação às Doenças de Base

Para alcançar a real qualidade do cuidado realizado com as feridas, o passo inicial é a avaliação do paciente e planejamento de enfermagem na escolha adequada do tratamento. Com a presença de doenças de base, na terapia instituída aos pacientes com feridas, os principais objetivos são a eliminação das causas da doença, a melhoria da qualidade de vida do paciente e a eliminação dos sintomas associados com a doença.¹²

Tabela 1. Frequência das doenças de base

Diagnósticos de enfermagem	n	%
Hipertensão atual	7	58,3%
Processo vascular comprometido	6	50%
Diabetes atual	3	25%
Contratura articular comprometida	1	8,3%

Desse modo, em relação às patologias associadas (Tabela 1), além dos pacientes serem acometidos pela interrupção de sua integridade tissular, concomitante a este fator, ainda encontram-se em sua maioria,

comprometidos fisiologicamente pela interferência de doenças de base como a hipertensão arterial (58,3%), o comprometimento vascular (50%) e o diabetes mellitus (25%).

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial interferem no processo cicatricial da lesão devido ao comprometimento da circulação sanguínea, produzindo uma cicatrização deficiente das feridas, além disso, o diabetes pode favorecer infecções.¹³

Então, a identificação destes diagnósticos norteia uma conduta diferenciada do enfermeiro frente ao acometimento tissular diante da associação às doenças de base referidas. Como a circulação no membro afetado torna-se alterada, esta condição leva à suscetibilidade dos pacientes apresentarem úlcera venosa de estase, que estão associadas principalmente com a hipertensão arterial.¹⁴

O Ministério da Saúde vem adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira, que culminam no aparecimento de lesões, tais como as úlceras vasculares. Então, as políticas de promoção e prevenção utilizadas são medidas antitabagistas, alimentação saudável, as ações de atenção na rede básica de saúde aos hipertensos e diabéticos, garantindo os medicamentos básicos através da rede pública, dessa forma, sendo possível fazer o controle mensal destas doenças crônicas.¹⁵

Agregado à lesão, existem outros fatores que implicam na adequada cicatrização, sendo primordial a realização da SAE no cuidado da lesão e avaliação do paciente

como um todo. Assim, o profissional de enfermagem deve conhecer o histórico do paciente, desde as possíveis patologias, aspectos psicológicos, a condição socioeconômica, familiar e cultural do cliente para possivelmente tomar decisões cabíveis e otimizar a recuperação do cliente.¹⁶

♦ Presença de Dor/Desconforto

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão.³ Não existe uma relação exclusiva entre dor e lesão tecidual, os aspectos sensitivos, emocionais e culturais também fazem com que essa percepção seja uma experiência subjetiva e pessoal.

Então, um mesmo estímulo pode ser insuportável a um paciente e tolerável para outro. Apesar disso, a implantação do manejo da dor é de extremo valor; visando tratar o paciente de forma mais humanizada, a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor introduziram a avaliação da dor como o quinto sinal vital, devendo esta conduta fazer parte da assistência de enfermagem juntamente com os outros sinais vitais: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial.¹⁷

Tabela 2. Frequência da presença de dor/desconforto

Diagnósticos de enfermagem	n	%
Dor na ferida severa	7	58,3%
Dor ausente em região corporal comprometida	5	41,6%
Dor na ferida branda	4	33,3%
Dor severa em região corporal comprometida	3	25%
Dor branda em região corporal comprometida	2	16,6%
Dor moderada em região corporal comprometida	2	16,6%
Dor na ferida ausente	1	8,3%

Diante do exposto, a CIPE® descreve o foco dor na ferida como: sensação de dor originada pela ferida e área circundante.¹⁸ Diante dos julgamentos propostos, observam-se os extremos na prevalência dos DE (Tabela 2), no qual 58,3% relataram apresentar dor na ferida severa e 8,3% declaram a dor na ferida ausente.

A dor é uma das principais queixas de quem tem uma lesão de continuidade na pele. Em uma literatura encontrada, foi avaliada a percepção da dor diante de uma ferida, constatando-se que os pacientes com úlceras venosas em membros inferiores relatam a dor como a principal queixa, diferente dos pacientes com pé diabético, na qual esta lesão é indolor, isso se deve ao acometimento neuropático ocasionado pelo diabetes mellitus.¹⁹ A explicação para a maioria apresentar dor severa na ferida, se deve ao

fato dos participantes serem também majoritariamente paciente com úlceras venosas, em comparação aos pacientes com pé diabético.

Ao referir um local do evento doloroso distinto (Tabela 2), a partir de relatos dos participantes, o DE dor ausente em região corporal apresentou uma frequência de 41,6% dos diagnósticos identificados; enquanto que o diagnóstico, dor severa em região corporal esteve presente em 25%, não se apresentando tão frequente quanto o anterior.

Convém ressaltar que a dor está relacionada com o processo fisiológico, quando não controlada resulta em alterações respiratórias, hemodinâmicas e metabólicas, predispondo o doente à instabilidade cardiovascular, maior consumo energético e proteico, dificuldade na deambulação, favorecendo o surgimento de trombose venosa

profunda, principalmente em idosos. Dentre esses fatores, o sono também é prejudicado, resultando em maior desgaste físico, fadiga e menor motivação para cooperar com o tratamento.²⁰

Estas sensações de intensidades distintas dos DE refletem o propósito de estimular e preparar a equipe de enfermagem para atuar junto ao paciente diante da expressão da dor. De posse deste conhecimento, o enfermeiro deve investigar a resposta dolorosa do indivíduo frente ao acometimento de sua integridade tissular.

Como estratégia para controlar a dor, faz-se necessário avaliar sua intensidade e como recurso, os profissionais da saúde podem utilizar a escala de dor para incrementar esta avaliação. Outra forma de minimizar esse desconforto é reduzir a ansiedade deste paciente, simplesmente fornecendo-lhe explicações sobre o procedimento instituído e prepará-lo para o nível de dor esperado.¹³

♦ Etiologia, Tempo do Início da Lesão e Recorrência

A ferida é qualquer tipo de lesão que resulta em solução de continuidade da pele. Pode ter diversas etiologias tais como trauma mecânico, físico ou químico; pode ser intencional, como no caso de cirurgia; decorrente de isquemia tissular, a exemplo da úlcera arterial de perna; ou ser causada por pressão, o que acontece nas úlceras de decúbito.²¹

Então, os DE identificados descrevem qual a real condição das lesões encontradas entre os pesquisados, quanto à ocorrência da etiologia das feridas foram encontradas em sua maioria, as úlceras venosas (50%), seguida do pé diabético (25%), de um caso onde o surgimento da lesão foi ocasionado por queimadura (8,3%), outro de origem traumática (8,3%) e uma lesão que iniciou devido a uma infecção (8,3%).

As feridas podem ser classificadas em agudas ou crônicas, quando fecham espontaneamente em até três semanas as feridas são definidas como agudas; e crônicas, quando consegue cicatrizar após três semanas. Alguns autores pregam que somente após três ou quatro meses de não resolução essas feridas seriam consideradas crônicas.²²

Os DE identificados descrevem qual a real condição das lesões encontradas entre os pesquisados, quanto à ocorrência da etiologia das feridas foram encontradas em sua maioria, as úlceras venosas (50%), seguida do pé diabético (25%), de um caso (8,3%) onde o surgimento da lesão foi ocasionada por queimadura, outro de origem traumática

(8,3%) e uma que deu início devido a uma infecção (8,3%).

Com relação ao tempo transcorrido, desde o surgimento da lesão até a cicatrização, foram classificadas como agudas e crônicas, as quais no momento da coleta de dados as agudas (41,6%) tiveram início a menos de três meses e as crônicas (58,3%) exibiam mais de três meses. Foram evidenciados também casos, nos quais a lesão permanece por mais de dez anos (16,6%). Quanto à recorrência, 25% cicatrizaram e abriram novamente, somente uma vez e em 8,3% dos pesquisados este mesmo fato ocorreu três vezes ou mais.

Dentre os diagnósticos mais frequentes, se repetem os DE úlcera venosa aguda atual, úlcera venosa crônica presente frequentemente, ferida diabética crônica presente no pé, representando 16,6% cada um. Estes DE refletem como a clientela é diversificada, desse modo, a assistência prestada a eles também deverá ser diferenciada, pois foram encontrados pacientes com feridas que se enquadram em variadas classificações.

Um longo tempo de convivência com uma ferida crônica ocasiona uma série de dificuldades a serem enfrentadas, podendo ocasionar algumas problemáticas no decorrer da vida, tanto de ordem física quanto emocional.

O tempo transcorrido desde o surgimento da ferida até sua total cicatrização e a possibilidade de recorrência, sofre influência também da terapêutica adotada para o tratamento¹³. O tratamento consiste na limpeza da ferida diariamente e na escolha de um produto adequado ao estágio de cicatrização em que se encontra a lesão. Esta realidade onera o sistema público de saúde, pois, além do custo alto do material utilizado na troca de curativos, as limitações impostas pela lesão contribuem para o afastamento dos pacientes, muitas vezes ainda em idade produtiva, de suas atividades laborais; bem como, este tempo pode flutuar de meses a anos, a depender da terapia instituída.²³

Para tanto, o enfermeiro irá identificar a influência direta da “história da ferida”, realizando a inspeção, para determinar qual o procedimento mais adequado àquela lesão, ainda faz-se necessária a avaliação clínica quanto às características do leito da ferida, onde será detectado o tipo de lesão, que pode se classificar pela origem ou pelo tipo de agente causal; extensão; o grau de comprometimento, profundidade da lesão e a presença ou ausência de infecção. Esta etapa constitui um importante passo para a

elaboração dos DE, para então finalmente ser possível escolher o tratamento.²⁴

◆ **Condições da Pele Perilesional**

Define-se pele perilesional aquela que envolve ou circunda a lesão com extensões dependentes.²⁵ É importante salientar que a região perilesional fornece informações referentes às condições da etiologia e do processo de cicatrização.¹⁴

Algumas alterações da área perilesional estão destacadas na Tabela 3, sendo elas: descamação, maceração comumente resultante da ação do excesso de exsudato, o prurido provocado evidenciado pela ação de coçar a região perilesional, o eritema que pode ser percebido como um avermelhamento da região, podendo ser acompanhado dos demais sinais flogísticos como o rubor e calor.

O edema corresponde ao inchaço ou aumento de volume, provocando a deformidade do tecido pelo acúmulo de líquidos, ele torna-se prejudicial quando limita o metabolismo celular, pois dificulta a difusão do suprimento de oxigênio disponível entre a comunicação dos capilares com as células, produzindo hipóxia no tecido. O edema pode vir ainda acompanhado dos sinais inflamatórios: rubor, dor e calor.²⁶

Quando tecidos adjacentes à lesão sofrem um momento de isquemia, surge uma área com necrose, devido à morte celular, e tem como característica a formação de uma crosta de cor preta ou marrom.¹⁴

Tabela 3. Frequência das condições da pele perilesional

Diagnósticos de enfermagem	n	%
Ferida com edema atual em região periférica	8	66,6%
Ferida com eritema atual em região periférica	7	58,3%
Ferida com necrose atual em região periférica	6	50%
Ferida com maceração atual em região periférica	4	33,3%
Ferida com prurido atual em região periférica	3	25%
Ferida com integridade da pele periférica atual	2	16,6%
Ferida com pele seca atual em região periférica	1	8,3%

Entre os DE referentes às condições da pele perilesional, a Tabela 3 destaca como os mais frequentes: a presença de edema atual em região periférica (66,6%), ferida com eritema atual em região periférica (58,3%) e ferida com necrose atual em região periférica (50%).

Devido às condições circulatórias alteradas em membros inferiores, em especial as elevadas pressões venosa e capilar, ocorre o extravasamento de líquido dos capilares para o interstício. Esse evento, por sua vez, impede a difusão adequada de nutrientes dos capilares para as células cutâneas e musculares, contribuindo assim para o déficit no estado nutricional local, evidenciado por dor e fraqueza muscular, além de alterações tissulares isquêmicas.²⁷ As associações encontradas podem indicar que em sua maioria, as feridas estão sofrendo dificuldade no processo de epitelização, além de favorecerem o surgimento de novas lesões.

◆ **Quantidade do Exsudato**

A presença de exsudato no leito da ferida é um processo fisiológico presente na fase inflamatória, devido ao extravasamento de plasma em decorrência da vasodilatação de pequenos vasos, provocados por traumas.¹⁴

Tendo em vista que a compreensão da fisiologia da pele favorece a compreensão do processo de cicatrização, vale salientar que o exsudato é produzido pelo aumento da permeabilidade vascular, resultando de

reações próprias do processo de cicatrização, então a fase inflamatória tem como característica o aumento de proteínas no leito da lesão. Após agressão tecidual serão liberados mediadores químicos que aumentam da permeabilidade vascular, e assim, estes mecanismos irão proporcionar a reparação do tecido.²⁶

A quantidade de exsudato deve ser controlada de forma que mantenha a umidade no leito da lesão, mas essa quantidade não pode ser excedida a ponto de comprometer a integridade da pele em região adjacente pelo seu extravasamento. Caso contrário, o resultado desta ação na pele ocasiona macerações, escoriações, hiperemia e dor.²⁵

Desse modo, uma ferida muito exsudativa pode representar uma fase inflamatória prolongada ou infecção. A presença de grande quantidade de exsudato pode ser evidenciada nas fases posteriores à inflamação, este fato torna-se prejudicial para a lesão, retardando o processo de cicatrização.²⁸

Tabela 4. Frequência da quantidade do exsudato

Diagnósticos de enfermagem	n	%
Secreções em nível baixo	6	50%
Secreções em nível esperado	4	33,3%
Secreções em nível alto	1	8,3%
Secreção ausente	1	8,3%

Para elaborar estes DE, a quantidade de exsudato foi mensurada, pelo número de gases utilizadas para limpeza da lesão. De acordo com a CIPE®, não existe termos que classifiquem os tipos de exsudato, por esse motivo, não faz parte dos DE essa classificação. Porém, no que diz respeito à quantidade de exsudato existente no leito da ferida (Tabela 4), observou-se como mais frequentes as feridas com secreções em nível baixo (50%).

Contudo, é importante destacar que as características do exsudato podem variar durante o processo de cicatrização, por esse motivo, durante a reavaliação da ferida pelo profissional de enfermagem é importante fazer o controle tanto do quantitativo, quanto do qualitativo desse exsudato liberado.

Odor

O odor é uma experiência subjetiva e seu julgamento pode ser influenciado pela frequência com que uma pessoa experimenta o odor. O registro do odor exalado pelas feridas faz parte da avaliação do estado em que se encontra a lesão, pois os odores desagradáveis podem indicar a presença de infecção ou tecido necrótico. Por esse motivo a CIPE® traz o foco odor fétido em sua nomenclatura e define-o como cheiro agressivo ao sentido do olfato.¹⁸

O odor fétido proveniente das feridas é uma situação constrangedora para o paciente, interfere em suas relações de trabalho e sociais, pois a sociedade discrimina quem possui uma ferida, principalmente se esta exala odor desagradável, então as pessoas acometidas por essa característica se excluem por se sentirem envergonhadas ou são excluídas do meio social, por não atender aos padrões dessa coletividade preconceituosa.¹⁹

Entre os pesquisados, identificou-se como DE prevalente o odor fétido ausente (66,6%), enquanto o diagnóstico odor fétido severo está presente (8,3%). Para a avaliação da presença e intensidade do odor exalado, outro estudo apresenta semelhança apontando que

9% apresentavam exsudato com odor fétido e 91% identificaram ausência de odor.²⁸

Além da grande quantidade de exsudação, o odor fétido também se configura como um dos sinais clínicos com potencial indicador de que o leito da lesão está sendo colonizado por microrganismos. Desse modo, torna-se imprescindível classificar a presença do odor nas feridas, pois esta avaliação gera subsídios para que junto ao paciente, o profissional de enfermagem elabore estratégias de enfrentamento deste fator desagradável.

• Grau de Comprometimento Tissular/Tecidual

A pele tem como função proteger o organismo humano contra a ação de agentes externos, eliminar excretas, participar do metabolismo, regular a temperatura corporal e promover estímulos sensoriais. Por ser um órgão de revestimento, está sujeita a sofrer qualquer tipo de agressão. Convém ressaltar que o comprometimento tecidual pode prejudicar o funcionamento destas funções no corpo.²⁴ A perda do tegumento não é representada apenas pela ruptura da pele e do tecido celular subcutâneo, mas também, em alguns casos pode atingir até músculos, tendões e ossos.²⁹

Então, esse grau de comprometimento tecidual é capaz de classificar a ferida em: grau I (epiderme); grau II (derme); grau III (subcutâneo); grau IV (músculo). No qual, a epiderme e derme são as camadas mais superficiais da pele, e o tecido subcutâneo e muscular são mais profundos.

Tabela 5. Frequência do grau de comprometimento tissular/tecidual

Diagnósticos de enfermagem	n	%
Integridade de tecido corporal interrompido em extensão de tecido muscular	7	58,3%
Integridade de tecido corporal interrompido em extensão de tecido subcutâneo	3	25%
Integridade de tecido corporal interrompido em extensão da pele	2	16,6%

Na Tabela 5 observa-se que entre as lesões encontradas, houve uma predominância, de um comprometimento tecidual mais profundo, no qual o DE integridade de tecido corporal interrompido em extensão de tecido muscular representa uma frequência de 58,3%, enquanto o diagnóstico integridade de tecido corporal interrompido em extensão de tecido subcutâneo esteve presente em 25% dos participantes, e o diagnóstico onde o comprometimento se apresenta mais superficial, descrito como integridade de tecido corporal interrompido em extensão da pele em 16,6%.

Sabe-se ainda que a restauração da pele, ou seja, processo cicatricial ocorre por meio de um processo dinâmico, contínuo, complexo e interdependente, composto por uma série de fases sobrepostas, como a inflamação, reconstrução, epitelização e maturação.²⁸

Apesar do tratamento de feridas cutâneas ser um processo dinâmico e dependente da evolução das fases de cicatrização, o profissional de enfermagem precisa ter à disposição a melhor opção de curativo, para assim, proporcionar um melhor e mais eficaz prognóstico para o paciente. Entretanto, as unidades ambulatoriais do serviço público de saúde nem sempre oferece diversidade de produtos, fazendo com que os enfermeiros utilizem o curativo disponível, considerando as condições da lesão de cada paciente e sempre adaptando para mais próximo do ideal.

♦ **Tamanho da Ferida**

O tamanho e o formato da ferida alteram-se durante o processo de cicatrização. O monitoramento da evolução da ferida torna-se relevante para auxiliar na escolha da cobertura adequada ao estágio de cicatrização.¹⁴ Uma ferramenta muito útil para monitorização cronológica de cada lesão é a mensuração da profundidade, exsudato, tamanho, inflamação / infecção; tecido de granulação e tecido necrótico; sendo assim, é possível comparar se esta lesão está progredindo ou regredindo.³⁰

A mensuração contínua deve ser realizada a fim de haver comparações com um padrão de medida estabelecido anteriormente. A mensuração quantitativa é simples e pode ser realizada através de réguas graduadas, esta consiste em medir a distância existente entre as bordas da lesão.²⁵ Neste estudo, com o auxílio de um paquímetro, foi realizada a mensuração linear simples, a partir da medida vertical e horizontal da extensão da lesão, obtendo-se a sua área em cm², e classificadas em pequena (< 50 cm²); média (50 - 100 cm²); e grande (> 100 cm²).

Ao destacar as medidas subsequentes, com a finalidade de acompanhamento da evolução da lesão, estas devem ser realizadas preferencialmente pela mesma pessoa, e com regularidade entre duas a 4 semanas, caso seja realizada antes desse tempo é provável que pouca mudança seja observada.¹⁴

A medida expressa nas feridas deste estudo corresponde à mensuração realizada na primeira consulta. Apesar das feridas apresentarem-se em sua maioria com o maior grau de comprometimento tecidual, foi evidenciado menor extensão, fato este observado diante do DE ferida pequena ter atingido 58,3% de frequência. Nos dois pacientes (16,6%) em que suas feridas foram avaliadas como grandes, observou-se mais de uma lesão em um mesmo membro, apresentando então, uma área média de 115,46 cm². Consequentemente, a documentação da mensuração permite avaliar com maior fidelidade a evolução do processo cicatricial, além disso, este recurso encontra-se facilmente ao alcance da enfermagem, esses fatores demonstram o quanto é importante realizar esta avaliação perante a clientela em destaque.

CONCLUSÃO

No presente estudo buscou-se caracterizar a situação socioeconômica dos pacientes com feridas e através dos dados referentes à anamnese, exame físico e avaliação clínica da ferida, foi possível identificar os diagnósticos de enfermagem direcionados a esta clientela, bem como, sua frequência.

Para que a enfermagem obtenha um melhor e mais reconhecido desempenho, se faz necessário o uso do PE para organizar e dar qualidade as suas atividades assistenciais, tornando o trabalho da enfermagem sistemático e contínuo, pois esse instrumento possibilita a avaliação da prática profissional. Destaca-se ainda que como a CIPE® permite uma linguagem universal, sua utilização no cotidiano da enfermagem promove a fundamentação de suas atividades e assim, favorece os registros de enfermagem, gerando subsídio para as pesquisas.

Frente aos resultados percebe-se que a população investigada enfrenta uma grande insegurança social, pois em sua maioria são idosos, com um baixo nível de escolaridade, renda familiar precária, apesar de possuírem qualificação para o mercado de trabalho, muitos declararam não exercer sua profissão devido as incapacidades provocadas pela lesão.

Além do sofrimento causado pelas incapacidades e perdas provocadas pela

ferida, estes pacientes ainda são fragilizados pelo próprio meio social, pois em condições precárias, estes pacientes apresentam maior dificuldade para alcançar uma resposta satisfatória durante a evolução da ferida.

Diante dos DE mais frequentes, há presença de interferências que impedem o processo cicatricial normal da lesão, comprovando o fato destas lesões apresentarem um longo período de permanência, recorrências e dificuldades nos processos de epiteliação devido às alterações nos seus tecidos adjacentes. Isto demonstra que o acompanhamento sistemático do paciente com lesão é fundamental para se estabelecer não só o tratamento da ferida, mas também o controle e a prevenção de futuras complicações provocadas por diversos fatores que interferem no processo de cicatrização.

Este estudo mostra implicações importantes para a prática da enfermagem, e a avaliação auxilia na determinação de cuidados específicos, para a problemática de feridas, e o uso destes diagnósticos podem favorecer uma assistência eficaz e de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Andrade LL, Costa KN, Nóbrega MM, Oliveira CS, Accioly CC. Termos identificados em uma clínica médica e classificados como não constantes na CIPE®. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2012 [cited 2012 Nov 21];14(2):330-6. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/pdf/v14n2a13.pdf>
2. Lima CL, Nóbrega MM. Nomenclatura de intervenções de enfermagem para clínica médica de um hospital escola. Brasília. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [cited 2012 Nov 21];62(4):570-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/13.pdf>
3. Silva GR, Xavier AT, Silva PC. Diagnósticos de enfermagem identificados em uma unidade clínica médica: proposta de resultados e intervenções. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2012 June 02];6(5):986-93. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2364/pdf_1057
4. Carmo LL, Ramos RS, Oliveira OV, Maciel RO. A identificação de diagnósticos de enfermagem em pacientes de uma unidade de clínica médica: fortalecendo práticas e definindo direções rumo à sistematização da assistência de enfermagem. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto, UERJ [Internet]. 2011 [cited 2012 Dec 15];10(1):73-82. Available from: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=125
5. Tannure MC, Chianca TC, Garcia TR. Construção de um banco de termos da linguagem especial de enfermagem. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2009 [cited 2012 Nov 21];11(4):1026-30. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a29.pdf>
6. Nóbrega RV, Nóbrega MM, Silva KL. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 [cited 2012 Apr 10];64(3):501-10. Brasília, Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a14.pdf>
7. Cubas MR, Silva SH, Rosso, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2010 [cited 2012 Nov 14];12(1):186-94. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a23.pdf>
8. Rosso M, Silva SH, Scalabrin EE. Sistema baseado em conhecimento para apoio à identificação dos focos do processo corporal da CIPE®. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2009 [cited 2012 Nov 14];18(3):523-531. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a16v18n3.pdf>
9. Moraes GF, Oliveira SH, Soares MJ. Avaliação de feridas pelos Enfermeiros de instituições Hospitalares da rede pública. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008 [cited 2012 Nov 07];17(1):98-105. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/11.pdf>
10. Oliveira BG, Lima FF. Perfil sócio demográfico e clínico de clientes portadores de lesões cutâneas. Online braz j nurs [Internet]. 2007 [cited 2012 Oct 06];6(10):[about 8 screens]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/651/152>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 16 de outubro de 1996.
12. Herberger K, Rustenbach SJ, Grams L, Münter KC, Schäfer E, Augustin M. Quality-of-care for leg ulcers in the metropolitan area of Hamburg - a community-based study. JEADV [Internet]. 2012 [cited 2012 Jan 16];26:495-502. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.2011.04110.x/pdf>
13. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia prático para as enfermeiras. 3st ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
14. Resende DM, Bachion MM, Araújo LA. Integridade da pele prejudicada em idosos:

estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Acta Paul Enferm [Internet]. 2006 [cited 2012 Dec 15];19(2):168-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v19n2/a08v19n2.pdf>

15. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica; Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Available from:

http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_CRONICAS.pdf

16. Franco D, Gonçalves L F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2008 [cited 2012 Nov 27];35(3):203-206. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n3/a13v35n3.pdf>

17. Nascimento LA, Kreling MC. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011 [cited 2012 Dec 06];24(1):50-4. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/apv/v24n1/v24n1a07.pdf>

18. International Council of Nurses. Supporting the development of resources for the International Classification for Nursing Practice. ICNP - Brasileiro; 2011. Available from: <http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/download-langs/?product=PDF>

19. Waidman MA, Rocha SC, Correa JL, Brischiliari A, Marcon SS. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2011 [cited 2012 Dec 15];20(4):691-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/07.pdf>

20. Saça CS, Carmo FA, Arbuleia JP, Souza RC, Alves AS, Rosa BA. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão no Sistema Único de Saúde (SUS). J Health Sci Inst [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 15];28(1):35-41. Available from: http://www.unip.br/comunicação/publicações/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p35-41.pdf

21. Souza MK, Matos IA. Ferida crônica e sexualidade. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 15];18(1):19-24. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a04.pdf>

22. Smaniotto PH, Galli R, Carvalho VF, Ferreira MC. Tratamento clínico das feridas - curativos. Rev Med (São Paulo) [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 06];89(3/4):137-41. Available from: <http://revistademedicina.org.br/ant/89-3/8-curativos.pdf>

23. Mata VE, Porto F, Firmino F. Tempo e custo do procedimento: curativo em úlcera vasculogênica. Rev Pesq: Cuid Fundam online [Internet]. 2011 [cited 2012 Nov 25];3(1):1628-

37. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/1209/pdf_359

24. Carneiro CM, Sousa FB, Gama FN. Tratamento de feridas: assistência de enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde. Rev Enferm Integ Ipatinga: Unileste-MG [Internet]. 2010 [cited 2012 Aug 31];3(2):494-505. Available from:

http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/03-tratamento-de-ferias-assistencia-de-enfermagem.pdf

25. Fornells MG, González RF. Cuidados de la piel perilesional. Espana: Fundación 3M y Drug Farma, S.L. [Internet]; 2006 [cited 2012 Dec 05]. Available from:

<http://sobenfee.org.br/site/download/artigos>

26. Douglas CR. Tratado de fisiologia: aplicada às Ciências Médicas. 6th ed Guanabara Koogan; 2006.

27. Hall JE, Guyton AC. Tratado de fisiologia médica. 11th ed. Elsevier; 2006. 28. Oliveira BG, Nogueira GA, Carvalho MR, Abreu AM. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2012 [cited 2012 Nov 25];14(1):156-63. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a18.pdf>

29. Ferreira MC, Tuma Júnior P, Carvalho VF, Kamamoto F. Complex wounds. Clinics [Internet]. 2006 [cited 2012 Apr 10]; 61(6):571-78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322006000600014

30. Matsui Y, Furue M, Sanada H, Tachibana T, Nakayama T, Sugama J, et al. Development of the DESIGN-R with an observational study: An absolute evaluation tool for monitoring pressure ulcer wound healing. Wound Rep Reg [Internet]. 2011 [cited 2012 Jan 18]; 19 309-15. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524-475X.2011.00674.x/pdf>

Submissão: 09/10/2013

Aceito: 08/05/2014

Publicado: 01/07/2014

Correspondência

Isis de Carvalho Oliveira
Escola de Enfermagem e Farmácia
Universidade Federal de Alagoas
Campus A. C. Simões
Av. Lourival Melo Mota, s/n
Bairro Tabuleiro dos Martins
CEP 57072-900 — Maceió (AL), Brasil