

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

BRUNA PAULSEN PANATO

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

Porto Alegre

2014

BRUNA PAULSEN PANATO

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul como requisito para a obtenção do
título de Bacharel de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Miriam de Abreu
Almeida

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Paulsen Panato, Bruna

Caracterização Clínica de Pacientes com o Diagnóstico de Enfermagem Integridade Tissular Prejudicada / Bruna Paulsen Panato. -- 2014. 86 f.

Orientador: Miriam de Abreu Almeida.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Curso de Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Diagnóstico de Enfermagem. 2. Pele. 3. Cuidados de Enfermagem. I. de Abreu Almeida, Miriam, orient. II. Título.

*Dedico esse trabalho ao meu Avô Valdir,
saudades eternas de ti.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Paulo Roberto Panato** e **Simone Paulsen Panato**, por me darem a oportunidade de seguir meus sonhos e sempre me apoiarem.

As minhas avós **Edília Rosalina Panato** e **Beatriz Irene Paulsen** por todo carinho e cuidado dado a mim.

As minhas amigas-irmãs, **Tábata Ingrid de Moura Machado**, **Jeniffer Parraga** e **Silvana de Oliveira** pela amizade, o companheirismo, a paciência e tantas noites e dias de alegria e apoio, certamente sem vocês eu teria surtado!

Ao Doutorando **Marcos Barragan da Silva**, por dividir todo seu conhecimento comigo e ser um amigo além de um colega, certamente sem você não seria possível.

As Mestrandas e Doutorandas **Isis Marque Severo**, **Aline Tsuma Gaedke Nomura** e **Ana Paula de Oliveira Siqueira** pela amizade e coleguismo.

Às colegas de Iniciação Científica, **Mariana Palma da Silva** e **Bruna Engelman**, pelo companheirismo.

À minha orientadora, **Dra^a Miriam de Abreu Almeida**, por me aceitar como bolsista de iniciação científica quatro anos atrás e despertar meu interesse em pesquisa, obrigada pelos ensinamentos e oportunidades.

RESUMO

Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um instrumento de informação que busca favorecer a implantação de padrões e critérios de assistência e estabelecer as prioridades. No cenário da SAE e do uso de linguagens padronizadas, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) já possui uma trajetória que inclui mais de vinte anos de experiência, utilizando as etapas de diagnóstico de enfermagem (DE) e cuidados baseados nas classificações NANDA International (NANDA-I) e na Nursing Interventions Classification (NIC), respectivamente. O DE Integridade Tissular Prejudicada (ITP) é um dos DE mais frequentes nos Serviços de Enfermagem Clínica (SECLIN) e Cirúrgica (SEC) e possui como características definidoras apresentar tecido destruído e/ou tecido lesado. **Objetivo:** Caracterizar os pacientes internados com o DE ITP nos SEC e SECLIN. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado em hospital universitário nos meses de abril a junho de 2014. Foram analisados 385 prontuários eletrônicos selecionados através de amostragem aleatória simples realizada no SPSS versão 18. Foram incluídos pacientes com o DE ITP no SEC e SECLIN no ano de 2013. Não foram previstos critérios de exclusão. A coleta de dados foi realizada em três etapas: na 1ª etapa foi solicitada uma *query* ao Serviço de Arquivo Médico para identificar os pacientes que receberam o DE em estudo no ano de 2013; 2ª etapa foi realizada a coleta das variáveis através de um instrumento no Microsoft Excel 2010; e a 3ª etapa o mapeamento cruzado dos cuidados com as intervenções da NIC. A análise dos dados foi feita no SPSS versão 18 e foram definidas média, mediana e desvio padrão para variáveis contínuas e frequência e percentil para as variáveis categóricas. O projeto foi aprovado pela COMPEAQ EEUFRGS e pelo CEP do HCPA sob o nº140073. **Resultados:** As características observadas no SEC foram um tempo de internação mediano de cinco dias, idade de 52,51 ($\pm 18,51$), e majoritariamente do sexo feminino (53,52%). Mais de 80% dos pacientes internou para realizar alguma cirurgia, 35,89% dos pacientes tinham HAS e 16,34% Diabetes mellitus, a maior parte dos pacientes apresentava sobrepeso ou obesidade (29%), 15,1% eram tabagistas, 26,9% estavam restrito ao leito e 25% podiam andar normalmente. Apresentavam ferida operatória 83,33% e apenas 5,44% úlcera por pressão. Observou-se no SECLIN que o tempo de internação mediano foi de 15 dias, idade de 57,83 ($\pm 12,59$) anos, prioritariamente do sexo masculino (63%). O motivo de internação foi devido a complicação clínica e realização de cirurgia, ambos com 30,1%. 42,46% tinham HAS e 21,91% Diabetes mellitus, 30,2% dos pacientes tinham algum nível de desnutrição e 19,2% eram tabagistas. Estavam restritos ao leito 38,4%, 52,05% dos pacientes apresentaram ferida operatória e 16,43% úlcera por pressão. Trauma mecânico foi a etiologia mais usada para esse diagnóstico (362 pacientes). Os cuidados prescritos para $\geq 50\%$ dos pacientes foram: Verificar sinais vitais, Implementar Cuidados na Punção Venosa, Avaliar aspecto da ferida operatória, Monitorar sangramento, Manter cabeceira elevada e Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmico, sendo mapeados aos domínios Fisiológico: básico, Fisiológico: Complexo e Segurança da NIC. **Conclusão:** Foi possível caracterizar os pacientes do SEC e SECLIN quanto ao seu perfil clínico e sócio demográfico. Observou-se a ocorrência de acurácia diagnóstica, já que os pacientes apresentavam características definidoras e alguns fatores relacionados propostos pela NANDA-I para o diagnóstico de enfermagem em estudo.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Pele

Título: Caracterização Clínica de Pacientes com o Diagnóstico de Enfermagem Integridade Tissular Prejudicada

ABSTRACT

Introduction: The Nursing Assistance Systematization (NAS) is an information tool that favors assistance criteria and patterns implementation, and priorities establishment. Regarding NS and the use of standardized languages, the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) has over 20 years' worth of experience, using the nursing diagnosis (ND) stages and the cares based on NANDA-I and Nursing Interventions Classification (NIC), respectively. The Impaired Tissue Integrity (ITI) ND is one among the most frequent in the Clinical Nursing Services (SECLIN) and Surgical (SEC), presenting as defining characteristics destroyed tissue and/or injured tissue. **Objective:** To characterize the hospitalized patients with ITI ND in SEC. **Methodology:** This is a retrospective descriptive-exploratory study with a quantitative approach carried out in a university hospital from April to June, 2014. In all, 385 electronic records (collected through a simple random sampling carried out in the SPSS version 18) were assessed. Patients who received ITI ND on SEC and SECLIN in 2013 were included. No exclusion criteria were predicted. The data collection was carried out in three steps: on step 1 Medical Archive Service was requested a query in order to identify patients who received the ND in 2013; on step 2 variables were collected with a tool in Microsoft Excel 2010; and on step 3 the crossed mapping of cares and NIC interventions. The data analysis was carried out on SPSS version 18, with the definition of average, median and standard deviation for continuous variables and frequency percentage for categorical variables. The project was approved by the University Research Commission and by the Hospital Ethics Commission (140073). **Results:** The characteristics observed on SEC were: median length of hospitalization of five days, age 52.51 (± 18.51), and greatest composition of female patients (53.52%). Over 80% of patients were hospitalized to undergo some surgery, 35.89% presented with SAH, and 16.34% with Diabetes mellitus. Most patients had overweight or obesity (29%), 15,1% were smokers, 26,9% were restricted to their beds, and 25% could walk normally. 83.33% presented post operative wound, and only 5.44% pressure ulcer. It was observed in SECLIN that the average length of hospitalization was 15 days, age 57.83 (± 12.59), mostly males (63%). The reason for hospitalization was due to clinical complication and surgery, both with 30.1%. 42.46% had SAH and 21.91% Diabetes mellitus, 30.2% of patients presented some level of malnutrition and 19.2% were smokers. 38,4% were restricted to their beds and 52.05% of patients presented post operative wound, and 16.43% pressure ulcer. 362 patients received the Mechanical Trauma etiology. The cares prescribed for $\geq 50\%$ of patients were: Assess vital signs, Implement Venous Puncture Cares, Assess aspect of post operative wound, Monitor bleeding, Keep headboard of the bed elevated and Inspect skin for hyperemia or ischemic spots, and they were mapped in Physiological: basic, Physiological: Complex and Security NIC domains. **Conclusion:** It was possible to characterize SEC and SECLIN patients regarding clinical and socio-demographic profile. Diagnostic accuracy was noticed, since patients presented the defining characteristics and some related factors proposed by NANDA-I for the studied nursing diagnosis.

Descriptors: Nursing Diagnosis, Nursing Care, Skin

Title: Clinical Characterization of Patients with the Impaired Tissue Integrity Nursing Diagnosis

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Exemplo de escala Likert utilizada na NOC. | 23 |
| Figura 2 - Print screen do instrumento de coleta e as primeiras variáveis do instrumento..... | 30 |
| Figura 3 - Aspecto das Feridas Operatórias SEC e SECLIN..... | 42 |
| Figura 4 - Aspecto das Úlceras por Pressão no SEC e SECLIN..... | 43 |
| Figura 5 - Etiologias para o DE Integridade Tissular Prejudicada | 46 |

LISTA DE QUADROS E TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Perfil sócio demográfico de pacientes com o DE Integridade Tissular Prejudicada. | 34 |
| Tabela 2 - Perfil clínico dos pacientes do SEC e SECLIN..... | 37 |
| Tabela 3 - Frequência de procedimentos invasivos e sinais encontradas nas evoluções dos pacientes do SEC e SECLIN. | 39 |
| Tabela 4 - Tipos de Lesão observados no SEC e SECLIN. | 41 |
| Tabela 5 - Diagnósticos Médicos apresentados pelos pacientes do SEC..... | 44 |
| Tabela 6 - Tipos de Cirurgia realizadas pelos pacientes do SEC..... | 44 |
| Tabela 7 - Diagnósticos Médicos apresentados pelos pacientes do SECLIN | 45 |
| Tabela 8 - Tipos de Cirurgia apresentadas pelos pacientes do SECLIN..... | 46 |
| Tabela 9 - Cuidados encontradas nos prontuários do SEC..... | 47 |
| Tabela 10 - Cuidados encontradas nos prontuários do SECLIN. | 48 |
| | |
| Quadro 1 - Localização das variáveis no prontuário on-line..... | 29 |
| Quadro 2 - Divisões de domínios e classes, encontradas no mapeamento, de acordo com a NIC. | 49 |
| Quadro 3 – Correspondência entre os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com Integridade Tissular Prejudicada e as intervenções de enfermagem da NIC. | 50 |

LISTA DE SIGLAS

CD – Característica Definidora

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DE – Diagnóstico de Enfermagem

FR – Fator Relacionado

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

ITP – Integridade Tissular Prejudicada

NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*

NANDA-I – NANDA Internacional

NIC – *Nursing Interventions Classification*

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

PE – Processo de Enfermagem

RE – Resultado(s) de Enfermagem

SEC – Serviço de Enfermagem Cirúrgica

SECLIN – Serviço de Enfermagem Clínica

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 OBJETIVO | 14 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 14 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 14 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 15 |
| 3.1 PELE E CUIDADOS DE ENFERMAGEM | 15 |
| 3.2 PROCESSO CICATRICIAL DAS FERIDAS | 17 |
| 3.2.1 Tipos e fases do processo cicatricial | 17 |
| 3.2.2 Feridas agudas | 19 |
| 3.2.3 Feridas crônicas | 19 |
| 3.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM E A TAXONOMIA DA NANDA INTERNATIONAL..... | 22 |
| 3.3.1 INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA | 24 |
| 4 MÉTODOS | 26 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 26 |
| 4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO | 26 |
| 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA | 27 |
| 4.3.1 Critérios de inclusão | 27 |
| 4.3.2 Critérios de exclusão | 27 |
| 4.3.3 Cálculo da amostra | 27 |
| 4.4 COLETA DE DADOS | 28 |
| 4.4.1 Primeira etapa do estudo | 28 |
| 4.4.2 Segunda etapa do estudo | 28 |
| 4.4.2.1 Instrumento de coleta de dados e manual de orientação..... | 30 |
| 4.4.2.2 Treinamento dos coletadores | 31 |

| | |
|--|-----------|
| 4.4.3 Terceira etapa do estudo | 31 |
| 4.5 ANÁLISE DOS DADOS | 31 |
| 5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 33 |
| 6 RESULTADOS | 34 |
| 6.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES | 34 |
| 6.2 PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES | 36 |
| 6.3 TIPOS E ASPECTOS DE LESÕES REGISTRADAS | 41 |
| 6.4 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS E CIRURGIAS | 43 |
| 6.5 ETIOLOGIAS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA... | 46 |
| 6.7 MAPEAMENTO CRUZADO ENTRE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES NIC | 49 |
| 7 DISCUSSÃO | 53 |
| 8 CONCLUSÕES | 63 |
| REFERÊNCIAS | 65 |
| ANEXO A – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DA QUERY | 73 |
| ANEXO B - INSTRUMENTO PARA MAPEAMENTO CRUZADO | 74 |
| ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HCPA | 75 |
| ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS | 76 |
| APENDICE A - MANUAL DE COLETA | 77 |

1 INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) consiste em um conjunto de etapas sistematizadas e inter-relacionadas, orientadas para a organização e o planejamento do cuidado. Em 2009, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) legitimou o PE através da Resolução 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que deve estar presente em todos os ambientes públicos ou privados onde ocorre o cuidado profissional de enfermagem. A SAE é um instrumento de informação que busca favorecer a implantação de padrões e critérios de assistência e estabelecer as prioridades assistenciais (BACKES et al, 2008). Para que a SAE seja efetiva, é de extrema importância o uso de uma linguagem padronizada durante as etapas do PE.

Seu uso oportuniza avanços na qualidade da assistência e evidencia a participação da enfermagem no processo do cuidado (TRUPPEL; CHRISTEL, 2009). Pode ser utilizado para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e documentar a prática profissional; ou para identificar, compreender, descrever e/ou prever as necessidades de indivíduos e famílias; e para determinar que aspectos dessas necessidades exigem uma intervenção (BACKES et al, 2008; GARCIA; NOBREGA, 2009).

No cenário da SAE e do uso de linguagens padronizadas, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) já possui uma trajetória que inclui mais de vinte anos de experiência. Em 2000, através dos Diagnósticos de enfermagem (DE) da classificação *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), em conjunto à Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, pôde-se introduzir o modelo informatizado do PE no hospital. O HCPA utiliza, atualmente, o PE constituído de cinco etapas, sendo elas: anamnese e exame físico, definição dos DE, prescrição dos cuidados, implementação e evolução; sendo que os cuidados prescritos se baseiam na *Nursing Interventions Classification* (NIC) (BUTCHER; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2010).

Apesar desses avanços, ainda não é possível mensurar e descrever os resultados obtidos pelo paciente sujeito aos cuidados de enfermagem, pois apenas se registra se um DE está mantido, melhorado, piorado ou encerrado.

Buscando preencher essa lacuna, em 2008, o projeto intitulado “Validação de resultados de enfermagem segundo a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) na

prática clínica de um hospital universitário”, teve como objetivo geral realizar a validação de conteúdo dos Resultados de Enfermagem (RE) e os indicadores propostos pela NOC para os diagnósticos mais prevalentes nos diversos serviços de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, através de três etapas. A primeira etapa do projeto buscou identificar, através de uma *query*, esses DE e determinar sua frequência nos serviços de enfermagem cirúrgica, clínica, intensiva, materno-infantil, emergência, psiquiatria e pediatria do hospital. As outras etapas consistiam em validar os resultados e indicadores mais utilizáveis na prática para os DE mais prevalentes em cada serviço (ALMEIDA; SEGANFREDO; UNICOVSKY, 2010; SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011; ALMEIDA et al, 2013; LUCENA et al, 2013).

Em 2011, iniciou-se um novo estudo com a elaboração do projeto de pesquisa “Aplicabilidade dos resultados de enfermagem segundo a Nursing Outcomes Classification (NOC) na prática clínica de um hospital universitário”. Esse projeto possui como objetivo realizar a aplicação clínica desses RE na prática, determinando assim sua aplicabilidade nos diversos cenários clínicos.

Diversos autores identificam o DE *Integridade Tissular Prejudicada* como um dos mais prevalentes nos ambientes clínicos e cirúrgicos (ROSSI et al, 2000; DALRI; ROSSI; DALRI, 2006; FONTES; CRUZ, 2007; SILVA; VIANA; VOLPATO, 2008; SEGANFREDO et al, 2010). As lesões constituem problemas graves e caros no cuidado prestado ao paciente (ALVES et al, 2008; CAVALCANTE et al, 2010). Devido a isso a equipe de enfermagem deve possuir um olhar clínico para identificar, minimizar e/ou sanar fatores de risco e a existência de lesões durante a internação do paciente (FERNANDES; TORRES; VIEIRA, 2008). Os enfermeiros não devem atentar apenas para a lesão em si, mas contemplar o paciente como um todo e estar atento a todos os fatores que interagem entre si, como os relacionados aos pacientes e a instituição (FERNANDES; TORRES; VIEIRA, 2008, FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008). O cuidado a feridas é muito mais do que um simples cuidado de enfermagem, é o cuidado do paciente como um todo e sempre uma busca constante por conhecimento (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008).

Além do DE *Integridade Tissular Prejudicada* ser um dos mais prevalentes nos serviços de enfermagem cirúrgica e clínica (SEGANFREDO et al, 2010), a escolha deste DE ocorreu devido ao fato que dentro do grupo de pesquisa outros DE (Dor Aguda, Risco de Quedas, etc) já estavam sendo pesquisados. Averiguou-se também que para identificar os RE que fossem mais adequados para a prática

clínica desse DE e que fosse possível realizar a aplicabilidade clínica desses resultados é importante conhecer o perfil desses pacientes nos diferentes serviços e suas características mais comuns.

No entanto, percebe-se que poucos estudos de enfermagem focalizam a caracterização clínica dos pacientes com diagnósticos de enfermagem específicos, como é o caso do DE *Integridade Tissular Prejudicada*. Os estudos publicados se referem à validação de características definidoras presentes na NANDA-I ou para populações específicas (COSTANZI, 2011, BARROS, 2012, RIBEIRO; LAGES; LOPES, 2012, RIBEIRO 2012).

Neste sentido, torna-se necessário avaliar o perfil clínico dos pacientes que recebem os diferentes diagnósticos de enfermagem em cada serviço para que seja feita a identificação dos resultados mais adequados e que abranjam em sua maioria as avaliações da prática clínica. Assim, esses resultados poderão ser futuramente testados e inseridos no processo de enfermagem da instituição, melhorando a qualidade da assistência. Esse estudo busca proporcionar subsídios para o julgamento clínico das respostas do indivíduo aos problemas de saúde atuais e potenciais durante a internação, estabelecer a base sobre a qual o enfermeiro deve selecionar as intervenções de enfermagem que possam atingir os melhores resultados possíveis, direcionar a criação de protocolos específicos ao atendimento de enfermagem a estes pacientes e servir como veículo de mudança e transformação da prática clínica, ampliar o escopo de literatura sobre a aplicação prática dos diagnósticos de enfermagem.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar os pacientes com o Diagnóstico de Enfermagem *Integridade Tissular Prejudicada* internados nos Serviços de Enfermagem Cirúrgica e Clínica de um hospital universitário.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Realizar levantamento dos dados clínicos (listar as variáveis) e sócio demográficos (listar) dos pacientes em estudo;
- b) Identificar os cuidados prescritos para estes pacientes relativos ao diagnóstico de enfermagem *Integridade Tissular Prejudicada*;
- c) Verificar a correspondência dos cuidados prescritos com maior frequência com as Intervenções de enfermagem da NIC.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo são abordados os temas que dão sustentação ao estudo proposto. Inicia-se com a descrição da pele e cuidados de enfermagem, o processo cicatricial das feridas, finalizando com o Processo de Enfermagem e a Taxonomia da *NANDA International* que contém o diagnóstico de enfermagem Integridade Tissular Prejudicada.

3.1 PELE E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A pele é um dos melhores indicadores de saúde geral e as alterações encontradas servem como diagnóstico diferencial para quase todas as doenças. É o maior órgão do corpo humano, correspondendo a 12 a 15% do peso corporal, sendo uma interface entre o meio interno e externo, e tem como função proteger o corpo dos efeitos ambientais (radiação, escoriações, microrganismos, etc), conter as estruturas do corpo e de substâncias vitais, regular a temperatura corporal, sensibilidade, síntese e armazenamento de vitamina D (MOORE; DALLEY, 2007). A pele também pode apresentar diversas variações de acordo com idade, sexo, raça, clima e estado de saúde (SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 15).

Ela é também chamada de tegumento, constituindo-se de três camadas distintas e interligadas: epiderme, derme e hipoderme.

A epiderme é a mais fina, superficial e a mais externa das camadas com espessura de 0,4 a 1,5mm, é avascular e costuma regenerar-se em quatro a seis semanas. A epiderme possui quatro estratos, sendo eles: germinativo, espinhoso, granuloso e córneo. As células encontradas nessa camada são os queratinócitos, melanicócitos, célula de Langerhans e células de Merkel. A epiderme é imprescindível para evitar a perda de água e proteger o organismo de agentes tóxicos ou microbianos. Fisiologicamente a epiderme atua como isolamento e proteção, controle térmico, controle hidroeletrolítico e na síntese e metabolismo de proteínas, lipídeos, glicanos e vitamina D (SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 15-16). Há algumas técnicas nos cuidados de enfermagem que visam à preservação da epiderme, como o fato de colocarmos o lençol móvel, também chamado lençol auxiliar.

A união dermoepidérmica é uma interface entre a derme e a epiderme formada por uma membrana basal altamente especializada. Essa zona de coesão determina a orientação e o crescimento das células basais no processo de cicatrização (SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 16).

A derme, camada da pele composta de tecido conjuntivo rico em fibras, apêndices dérmicos, vasos sanguíneos e numerosas terminações nervosas. São encontrados nessa camada os fibroblastos, monócitos, células dendríticas dérmicas e mastócitos. Fornece suporte, resistência, sangue e oxigênio à pele. A perda de integridade da derme causa dor e sangramento, devido às terminações nervosas e aos vasos sanguíneos. Suas células sintetizam diversos mediadores que participam nos processos fagocitários no início do processo de cicatrização (SOUZA, 2011; SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 19).

A hipoderme é a camada mais profunda da pele; formada por tecido conjuntivo mole, fibras colágenas e células adiposas. As células adiposas funcionam principalmente como isolante térmico em mudanças bruscas de temperatura (SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 19). Funciona como um depósito de calor, protege o organismo de traumas e mantém a temperatura corporal (SOUZA, 2011).

As diversas funções da pele podem ser alteradas na presença de lesões incapacitantes e de difícil cicatrização. A presença de doenças crônicas, especialmente as cardiovasculares, respiratórias e metabólicas podem contribuir para o aparecimento de feridas como úlceras arteriais, úlceras diabéticas, úlceras venosas, úlceras por pressão (CAVALCANTE et al, 2010).

As lesões de pele são uma preocupação dos dias atuais, uma vez que demandam grande parcela dos cuidados da equipe de enfermagem. O cuidado com lesões de pele minimiza o risco de aparecimento de complicações em indivíduos e diminui os gastos com a saúde (CAVALCANTE et al, 2010). Devemos olhar clinicamente para os clientes emagrecidos, desnutridos, desidratados e com pouca mobilidade, atentando para os mecanismos de proteção interna e externa, assim como orientar e compartilhar informações com o paciente e sua família/cuidador (SOUZA, 2011).

Ferida é uma interrupção da integridade e da função dos tecidos do corpo, podendo ser causada por traumas, processos inflamatórios, degenerativos, circulatórios, por distúrbios do metabolismo ou por defeito de formação (CUNHA, 2006). Podem ser agudas, quando respondem com mais facilidade ao tratamento,

cicatrizando sem complicações, e crônicas, quando não respondem facilmente ao tratamento e têm maior duração (CUNHA, 2006). Lesão tecidual, deformidade ou solução de continuidade que pode atingir as camadas da pele, na membrana mucosa ou em qualquer outra estrutura do corpo é considerada ferida (MACIEL, 2010). Podem ser ocasionados por traumas, processos inflamatórios e infecciosos, degenerativos, circulatórios, metabólicos e por defeitos da própria integridade.

O melhor momento para a avaliação do tegumento é durante o exame físico, pois é através dele que se pode detectar se há lesão, o tipo de lesão, se ela está pouco ou bastante contaminada, qual o procedimento mais adequado àquela lesão, se há odor proveniente daquela ferida, se há edemas, analisar em relação à temperatura naquela região ou do paciente (quando há um aumento na temperatura há indícios de inflamação) e a coloração (SOUZA, 2011).

3.2 PROCESSO CICATRICAL DAS FERIDAS

As feridas podem ser classificadas de acordo com o tempo de reparação tissular. As feridas agudas tem uma cicatrização rápida e normalmente são causadas por traumas ou cirurgias, as feridas crônicas tem um tempo de cicatrização maior e apresentam mais complicações. Enquanto uma ferida aguda demora dias ou semanas, as feridas crônicas podem demorar de semanas a anos.

3.2.1 Tipos e fases do processo cicatricial

A cicatrização pode ser considerada de três tipos (SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 33):

- 1ª Intenção: quando as bordas das feridas são aproximadas, pode-se utilizar alguma técnica de sutura ou fixação. As feridas de cicatrização de 1ª intenção possuem uma cicatrização rápida já que a quantidade de tecido a ser repostado é mínima, exigindo menos do organismo.
- 2ª Intenção: quando o dano a pele é grande e impede que os bordos sejam unidos é necessária a formação de uma nova matriz de tecido conjuntivo. As feridas crônicas, em sua maioria, cicatrizam por segunda intenção.

- 3ª Intenção: Normalmente utilizada em feridas contaminadas. É a combinação de um período de cicatrização de segunda intenção e depois de primeira intenção.

O processo cicatricial possui quatro fases distintas, sendo elas: Hemostasia, Fase inflamatória, Fase proliferativa e Fase de remodelagem. Essas diferentes fases podem se sobrepor durante a cicatrização, mas para que o processo de cicatrização ocorra de forma ideal é necessário que elas ocorram de maneira ordenada (SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 35).

A fase de hemostasia tem início imediatamente após a lesão, quando ocorre vasoconstrição durante cinco a dez minutos que propicia o fechamento dos vasos lesados. Essa fase é a primeira manifestação do organismo para controle de uma possível hemorragia. Após a vasoconstrição inicia a formação de um tampão no local através da agregação plaquetária (SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 35)..

Na fase inflamatória tem início no momento da lesão e dura cerca de três dias. Ocorre então uma infiltração de leucócitos atraídos pelo tecido desvitalizados e células mortas. Após ser controlada a hemorragia acontece uma vasodilatação para que facilitar a chegada desses leucócitos no leito da ferida. Nas primeiras 24h acontece a atuação dos neutrófilos e após os macrófagos começam a atuar, tendo importante papel na “limpeza” do leito da ferida. Após isso células especializadas iniciam a formação de uma matriz provisória de tecido conjuntivo (SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 36). Nessa fase inicial pode ser notado vermelhidão, calor, dor e secreção sero-hemática (FERREIRA & ANDRADE, 2006).

Cerca de dez dias após a lesão a fase proliferativa tem início. Fibroblastos começam a substituir a matriz de fibrina por tecido de granulação. Em um primeiro momento o ácido hialurônico tem um papel fundamental, já que ele facilita a migração e proliferação dos fibroblastos. Após o ácido hialurônico é substituído pelo sulfato de condroitina que impede a migração e proliferação dos fibroblastos mas estimula a diferenciação para miofibroblastos, formando o tecido conjuntivo. Os miofibroblastos atraem-se entre si aproximando os bordos da lesão (SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 37). Pode-se notar cor rosa claro no leito da ferida e não deve aparecer sinais de inflamação ou qualquer tipo de drenagem (FERREIRA & ANDRADE, 2006).

A última fase do processo de cicatrização é a de remodelagem. Essa fase pode demorar meses ou até anos e é quando o tecido começa a adquirir características semelhantes ao tecido vizinho. Ocorre lentamente a diminuição de macrófagos, fibroblastos e miofibroblastos, da atividade metabólica e a normalização da circulação. O novo tecido possui força tensora menor e não apresenta glândulas sebáceas ou folículos pilosos (SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 38). O tecido possui uma cor de rosa pálido que evolui para branco/cinza claro e depois se aproxima do tom de pele do indivíduo (FERREIRA & ANDRADE, 2006).

É importante ressaltar que cada fase acontece em certo período em feridas de primeira intenção. Nas feridas de segunda intenção cada fase pode ter uma duração maior. O tecido proveniente de feridas crônicas tende a ser mais vulneráveis e em caso de novas lesões o processo de cicatrização é mais complexo e demorado (SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 39).

3.2.2 Feridas agudas

As feridas agudas são lesões que tem o processo de cicatrização em tempo normal, durando apenas dias ou semanas, onde todas as fases ocorrem sem especificidades (CUNHA, 2006). Normalmente são cirúrgicas ou incisivas, quando produzidas por um objeto cortante, perfurantes, quando acontecem pequenas aberturas na pele, ou contusas, quando produzidas por ação contundente de objetos rombos (GEOVANINI; OLIVEIRA; PALERMO, 2007, pag.40-41; TAZIMA; VICENTE; MORIYA, 2008).

3.2.3 Feridas crônicas

As feridas crônicas são lesões ulcerativas que não cicatrizam espontaneamente, levando um período maior para recuperar o tecido lesado. É importante para o tratamento reconhecer a etiologia das feridas crônicas. As mais comuns são: as úlceras por pressão; as úlceras vasculares; as úlceras arteriais; e as queimaduras.

As úlceras por pressão são provocadas pela falta de suprimento sanguíneo devido a pressão contínua exercida no local. A incidência de UP também é considerado um indicador da qualidade da assistência da equipe de enfermagem,

servindo para que medidas de prevenção sejam estabelecidas (MOURA et al, 2009). Fatores intrínsecos (imobilidade, idade, estado nutricional, etc) e extrínsecos (umidade, superfície de apoio, etc) podem influenciar no aparecimento de UP.

A forma de classificar as UP se divide em quatro graus diferentes, sendo eles: Grau I, quando a pele segue íntegra, mas pode apresentar hiperemia, calor/frio, edema e sensações de dor e/ou queimação; Grau II, quando a pele apresenta isquemia, afetando a derme e epiderme; Grau III, apresenta perda total da espessura da pele implicando em necrose ou lesão do tecido; e Grau IV, ocorre lesão de músculos, osso ou estruturas de sustentação (SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 191). Estão normalmente localizadas em áreas de saliência óssea como região sacra, calcânea e trocântérica.

As úlceras venosas (UV) são resultado de insuficiência venosa grave. Devido à insuficiência venosa ocorre um acúmulo de sangue nas extremidades inferiores e há um aumento da pressão nessas áreas. O sangue acumulado passa para as veias mais superficiais que acabam provocando acúmulo de líquido na região afetada. Esse acúmulo provoca o aumento de exsudados nos espaços intersticiais, provocando uma falha no sistema linfático e causando edema. O tecido subcutâneo começa a ficar endurecido e a pigmentação da pele começa a ficar da cor ocre. As UV são de difícil cicatrização e podem voltar a aparecer após cicatrização se não resolvida a causa da lesão. São classificadas em três graus, sendo eles: Grau I, quando há a apresentação de pequenas veias na área do arco plantar e região peri maleolar e presença de edema; Grau II, quando a mudanças na pigmentação da pele, edema e presença de áreas com pouca elasticidade; e Grau III, quando já é possível observar lesão, normalmente localizada na região peri maleolar (SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 266-8).

As úlceras arteriais têm como principais características: dor intensa, ausência de exsudato no leito da lesão, coloração alterada, ausência de tecido de granulação, bordas definidas e profundidade. Ocorrem devido a processos isquêmicos crônicos e inicialmente apresentam extremidades frias e pálidas, dormentes, e rígidas, posteriormente aparecem manchas cianóticas com áreas de isquemia que podem ter conteúdo sero-hemático. Quando é rompida e entra em contato com o ar torna-se de cor cinza-esverdeada e se a isquemia persiste pode evoluir para necrose. As UA podem ser de três tipos: Hipertensivas, com bordas irregulares, dor e difícil cicatrização; Arteriosclerótica, geralmente planas com fundo

amarelado, apresentam dor, unilaterais com isquemia do pé e ausência de pulso nas extremidades inferiores; e Angeítica, localizadas normalmente nas pontas dos dedos são pequenas e planas, muito dolorosas e ocorre a ausência de pulsos distais (SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 269-70).

As queimaduras são lesões tissulares produzidas por calor ou outra energia destrutiva (frio, produtos químicos, energia elétrica, radiação, etc.) que resulta em lesão ou morte celular. Nessas lesões podem-se observar três áreas ou regiões com diferentes graus de comprometimento, podendo ser considerada: necrótica ou de coagulação, quando apresenta necrose coagulativa com obliteração completa da rede vascular e onde houve a dose mais elevada de energia; estase vascular, referente a área ao redor da zona de necrose e caracteriza-se pela dilatação da rede capilar com acúmulo de eritrócitos, fibrina e plaquetas; e hiperemia, que pode ser observada ao redor da área de estase vascular e é observado uma ligeira inflamação com aumento de fluxo sanguíneo (SOLDEVILLA; TORRA, 2012, pag. 363-64). As queimaduras podem ser classificadas de acordo com sua profundidade, podendo ser:

- Primeiro Grau – quando apresentam eritema, edema e calor e evolui para ressecamento, escurecimento e descamação das camadas afetadas.
- Segundo Grau superficiais – quando afeta toda a epiderme. Apresenta flictena e logo abaixo uma superfície rosada com boa rede capilar e exsudato.
- Segundo Grau profundas – afeta toda a epiderme e parte da derme. Pode apresentar flictena, exsudato e pode causar isquemia. Pode deixar sequelas funcionais e estéticas.
- Terceiro Grau – quando há destruição completa da pele, podendo chegar a tecidos subjacentes. O processo de cicatrização é lento já que é necessário desbridamento, formação de tecido de granulação e epitelização. Deixam sequelas importantes, como: dicotomias, queloides, cicatrizes hipertróficas, retrações, sequelas, sinéquias, amputações e sequelas psicológicas.

Os sinais e sintomas descritos anteriormente são identificados pelo enfermeiro na coleta de dados do paciente. Durante a entrevista o profissional investiga as queixas do paciente, e ao realizar o exame físico avalia as condições da sua pele. Com base nos dados coletados o enfermeiro utiliza o pensamento crítico e

juízo clínico para elaborar diagnósticos de enfermagem e eleger cuidados prioritários, finalizando com a avaliação dos resultados alcançados pelo paciente para minimizar ou solucionar os problemas/necessidades. Essas são etapas do Processo de Enfermagem, que auxiliam na sistematização do cuidado prestado.

3.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM E A TAXONOMIA DA NANDA INTERNATIONAL

O PE possui cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes e oferecem suporte para o enfermeiro compreender o significado das situações observadas, fazer julgamentos sobre elas e executar as ações necessárias a fim de alcançar um determinado resultado (SILVA, 2013). Buscando padronizar a linguagem utilizada no PE, várias classificações foram criadas para as etapas de diagnóstico, intervenção e avaliação. Destacam-se a classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional Inc. (NANDA-I), a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Em 2002 a associação que formulou o livro “Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação” expandiu suas fronteiras e passou a se chamar *NANDA International*. Em 2013 mudou seu status para *Incorporation*. Nessa classificação, os diagnósticos de enfermagem são classificados de acordo com a Taxonomia II, constituída por 13 domínios (Promoção da Saúde, Nutrição, Eliminação e Troca, Atividade / Repouso, Percepção / Cognição, Auto-Percepção, Relações de Papel, Sexualidade, Enfrentamento, Tolerância / Stress, Princípios de Vida, Segurança / Proteção, Conforto e Crescimento / Desenvolvimento), 47 classes e 201 DE. Cada DE possui um título, características definidoras (sinais ou sintomas) e fatores relacionados (etiologias) (NANDA-I, 2010). Conforme mencionado anteriormente, a seleção de um desses diagnósticos é feita a partir dos dados coletados na primeira etapa do PE.

Para complementar a NANDA-I nas outras etapas do PE, em 1987 e 1991 os membros da College of Nursing, da University of Iowa, desenvolveram a *Nursing Intervention Classification* (NIC) e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), respectivamente.

Atualmente, a NOC está na quinta edição, ainda sem tradução para o português. Estão listados 490 resultados de enfermagem em ordem alfabética, distribuídos em sete domínios e 31 classes. Cada resultado apresentado possui uma

definição e uma lista de indicadores para avaliar o estado do paciente em relação ao resultado. Cada indicador possui um escala Likert de cinco pontos para que a melhora, piora ou estagnação do resultado seja avaliada. Para a avaliação, considera-se cinco o melhor escore a ser alcançado, e um o pior escore atingido pelo paciente (MOORHEAD et al, 2010, pag. 54-55). Um exemplo de medida utilizado pode ser visto na Figura 1.

Figura 1. Exemplo de escala Likert utilizada na NOC.

| Gravemente comprometido | Substancialmente comprometido | Moderadamente comprometido | Pouco comprometido | Não comprometido |
|-------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Fonte: MOORHEAD et al, 2010, pag. 54-55.

Para o diagnóstico *Integridade Tissular Prejudicada*, o capítulo de ligação NANDA-I-NOC possui cinco resultados classificados como Sugeridos (Cicatrização de Feridas: Primeira Intenção, Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção, Integridade Tissular: Pele e Mucosa, Resposta Alérgica: Localizada e Cicatrização de Queimaduras) e 16 classificados como Adicionais Associados (Autocuidado de Ostomia, Autocuidado: higiene, Conhecimento: Controle de Infecção, Conhecimento: Regime de Tratamento, Consequências da Imobilidade: Fisiológica, Controle de Riscos: Processo Infecioso, Estado Nutricional, Função Sensorial: Cutânea, Gravidade da Infecção, Gravidade da Infecção: recém-nascido, Hidratação, Perfusão Tissular: Periférica, Recuperação de Queimaduras, Sobrecarga de Líquidos Severa, Termorregulação, Termorregulação: recém-nascido) (MOORHEAD et al, 2010, pag. 784).

A NIC é uma classificação abrangente utilizada no planejamento e na implementação das atividades de cuidado (terceira e quarta etapa do PE). Está dividida em sete domínios, 30 classes e possui 486 intervenções. Cada intervenção possui um título, uma definição e uma série de atividades, que são ações ou comportamentos específicos que os enfermeiros realizam (BUTCHER; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2010).

Na quarta edição dessa classificação, é disponibilizado um capítulo de ligação entre os DE da NANDA-I e as intervenções da NIC (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008, pag. 777-78). Para o DE em estudo este capítulo propõe 28

intervenções consideradas Sugeridas (Administração de hemoderivados, Administração de medicamentos: oftálmico, Administração de medicamentos: Otológica, Administração de medicamentos: Retal, Administração de medicamentos: Vaginal, Controle de hemorragia, Controle da nutrição, Controle hídrico, Controle do prolapso retal, Cuidados com lesões, Cuidados com local de incisão, Cuidados com a tração/imobilização, Cuidados com úlcera de pressão, Cuidados com a pele: local da doação, Cuidados da pele: local do enxerto, Imobilização, Irrigação de lesões, Manutenção da saúde oral, Monitoração de eletrólitos, Monitorização hídrica, Posicionamento, Precauções no uso de artigos de látex, Prevenção de úlceras de pressão, Proteção contra infecção, Redução do sangramento: nasal, Redução do sangramento: gastrointestinal, Redução do sangramento: Útero pós-parto e Supervisão da pele, Sutura) e 11 intervenções classificadas como Adicionais Optativas (Administração de medicamentos, Banho, Controle da pressão sobre áreas do corpo, Controle de infecção, Controle de medicamentos, Cuidados com sondas: urinário, Cuidados durante o parto: parto de alto risco, Ensino: cuidado dos pés, Massagem simples, Monitorização de extremidades inferiores, Monitorização de sinais vitais e Terapia com sanguessugas). As intervenções e resultados sugeridos para o DE em estudo podem subsidiar, em alguma medida, na caracterização de pacientes com Integridade Tissular Prejudicada.

3.3.1 INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

Esse diagnóstico é escolhido, pois seus sinais e sintomas apontam para dano à pele, que acontece frequentemente em indivíduos no ambiente clínico e cirúrgico demandando cuidados para melhorar ou prevenir esse(s) dano(s). As enfermeiras normalmente aplicam o DE Integridade Tissular Prejudicada quando já houve solução de continuidade no tecido subcutâneo (FONTES; CRUZ, 2007).

Está situado no Domínio 11 (segurança/proteção) e na Classe 2 (lesão física). Ele é definido como “dano às membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos”, possui duas características definidoras e nove fatores relacionados (NANDA-I, 2010, pag. 335).

Esse diagnóstico possui como características definidoras: “apresentar tecido destruído”, que pode ser entendido como alteração patológica que provoca a morte e lesão de tecido conjuntivo, epitelial, nervoso e muscular (CONSTANZI, 2011),

“e/ou tecido lesado (p. ex., córnea, mucosas, pele ou tecido subcutâneo)”, referente a qualquer alteração que cause lesão ou morte da pele, córnea, mucosa ou tecido subcutâneo. (CONSTANZI, 2011); e tem como fatores relacionados: circulação alterada, déficit de conhecimento, déficit de líquidos, excesso de líquidos, extremos de temperatura, fatores mecânicos, fatores nutricionais, irritantes químicos, mobilidade física prejudicada e radiação (NANDA-I, 2010, pag. 335).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório retrospectivo com abordagem quantitativa. Estudos descritivos visam à descrição de características de uma determinada população ou fenômeno, e os estudos exploratórios buscam proporcionar maior familiaridade com o problema, consistindo em um aprimoramento de ideias (GIL, 2002; SOUZA; DRIESSNACK; MENDES, 2007). São estudos quantitativos as pesquisas em que as variáveis expressam quantidade, podendo ser classificadas como discretas (p.ex.: número de comorbidades) e contínuas (p.ex.: nível de glicose do sangue) e qualitativas as que não fornecem dados numéricos, podendo ser nominais (p.ex.: sexo) ou ordinais (p.ex.: gradação de dor) (CALLEGARI-JACQUES, 2003, p. 16).

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), nos Serviços de Enfermagem Cirúrgica (SEC) e Clínica (SECLIN). Inaugurado em 1971 o hospital é desde sua criação um hospital escola ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA, 2013a). Atua em mais de 60 especialidades, com 845 leitos e atende prioritariamente pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde. No ano de 2012, o hospital teve 33.585 internações e 45.678 procedimentos cirúrgicos. Além da realização de procedimentos simples e complexos assistenciais, e da formação de profissionais, o HCPA promove a realização de pesquisas científicas e tecnológicas (HCPA, 2013b).

O Serviço de Enfermagem Cirúrgica é composto por sete unidades de internação e possui um total de 221 leitos para as diferentes especialidades cirúrgicas, destes 175 leitos são destinados ao atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e 51 a outros convênios privados, onde também são atendidos casos clínicos. Esse serviço atende anualmente em média 8.900 pacientes (HCPA, 2013c).

Constituído por cinco unidades de internação, o Serviço de Enfermagem Clínica possui 224 leitos para o atendimento de pacientes que necessitam de

cuidados mínimos e intermediários. Nos leitos destinados a convênios privados também são atendidos pacientes cirúrgicos (HCPA, 2013d).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por prontuários dos pacientes internados nos referidos serviços do HCPA no ano de 2013. Em levantamento realizado utilizando seis meses intercalados (janeiro, março, maio, julho, setembro e novembro) do ano de 2012 na instituição, a população foi de 5519, sendo destes 4478 pertencentes ao SEC e 1041 ao SECLIN.

A amostra foi constituída pelos prontuários dos pacientes que receberam o DE *Integridade Tissular Prejudicada* nas unidades de internação pertencentes ao SEC e SECLIN, elegidos de acordo com o seguinte critério de inclusão:

4.3.1 Critérios de inclusão

- Ter recebido durante a internação no hospital o DE *Integridade Tissular Prejudicada*;

4.3.2 Critérios de exclusão

Não foram previstos critérios de exclusão.

4.3.3 Cálculo da amostra

A amostra foi calculada, adotando-se o coeficiente de confiança de 95%, população de pacientes internados nos seis meses intercalados de 2012; erro aleatório de 5% e prevalência de 50%, pela falta de conhecimento da prevalência das características do perfil de pacientes do DE pesquisado em outros estudos. Foi estimada uma amostra de 385 prontuários, definindo-se uma amostra proporcional de 312 prontuários referentes ao SEC e 73 prontuários referentes ao SECLIN. Essa proporção foi calculada a partir do estudo realizado em 2012, citado no item 4.3, em que o SEC apresentou 4478 pacientes e o SECLIN 1041 pacientes de 5519. Os

prontuários foram selecionados através de Amostragem Aleatória Simples, onde cada unidade amostral possui a mesma chance de ser escolhida (CALLEGARI-JACQUES, 2003, pag. 144).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em três etapas que estão descritas a seguir.

4.4.1 Primeira etapa do estudo

Para identificar os prontuários da população de pacientes que receberam o DE *Integridade Tissular Prejudicada* no ano de 2013, foi solicitada uma *query* no Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) do HCPA.

A *query* é um levantamento de dados armazenados no sistema informatizado da instituição. A solicitação é feita através de um formulário base que deve ser preenchido pelo pesquisador e encaminhado pelo pesquisador responsável para o SAMIS (ANEXO A).

Foi solicitado através desse formulário o número do prontuário, nome, data de internação, data de alta, etiologia e cuidados prescritos para todos os pacientes que receberam o diagnóstico em estudo no ano de 2013. Estas informações foram solicitadas das unidades pertencentes ao Serviço de Enfermagem Cirúrgica e do Serviço de Enfermagem Clínica do hospital. Esta etapa ocorreu no mês de março de 2014.

4.4.2 Segunda etapa do estudo

Após a identificação dos prontuários de todos os pacientes na primeira etapa do estudo, foi feita a seleção da amostra utilizando o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Todos os indivíduos em estudo foram listados e para cada um foi designado um número. Foram feitas duas listas e arquivos separados, uma para os pacientes correspondentes ao SECLIN e outra para o SEC.

Nesta etapa foram identificadas nos prontuários as variáveis de características sociodemográficas (tempo de internação, idade, sexo, cor, estado

civil, escolaridade, religião, ocupação e procedência), clínicas (motivo de internação, diagnóstico médico, cirurgias, presença de HAS, DM, número de medicações, cuidados durante a internação, risco de quedas, risco de úlcera por pressão, peso, altura, IMC, estado nutricional, tabagismo, uso de álcool e drogas, temperatura axilar, dor, aspecto das mucosas/pele, mobilidade, edema, perfusão sanguínea, saturação O₂, uso de oxigenoterapia, cateter venoso, uso de dreno, nutrição enteral, uso de fraldas, sondagem vesical, ostomia, lesões observadas e aspecto das lesões), etiologias e cuidados prescritos. Essa etapa foi realizada nos meses de abril, maio e junho de 2014.

Para realizar a coleta de dados, cada variável foi localizada em diferentes registros do prontuário como visto no QUADRO 1.

QUADRO 1 - Localização das variáveis no prontuário on-line. Porto Alegre, 2014.

| | |
|--|---|
| Nota de Alta | Tempo de Internação, Idade e Sexo |
| Anamnese de enfermagem | Cor, Estado Civil, Escolaridade, Religião, Ocupação, Procedência, Motivo da Internação, Tabagismo, Uso de Álcool e Uso de Drogas. |
| Anamnese de Nutrição ou Anamnese de enfermagem | Peso, Altura e IMC. |
| Anamnese de Nutrição | Estado Nutricional |
| Anamnese e Evoluções de enfermagem | Presença de HAS e DM, Cuidador Durante a Internação, Risco de Quedas, Risco de Úlcera por Pressão, Dor, Temperatura Axilar, Aspecto Mucosas/Pele, Mobilidade, Edema, Perfusão Sanguínea, Saturação O ₂ , Uso de Oxigenoterapia, Cateter Venoso, Uso de Dreno, Nutrição Enteral, Uso de Fraldas, Sondagem Vesical, Ostomia, Lesões Observadas e Aspecto das Lesões. |
| Diagnósticos Médicos | Diagnóstico Médico. |
| Prescrição Médica | Número de Medicações. |
| Cirurgias | Cirurgias. |
| Query | Etiologia e Cuidados Prescritos. |

Fonte: PANATO, 2014.

4.4.2.1 Instrumento de coleta de dados e manual de orientação

O instrumento de coleta foi construído no programa Microsoft Excel 2010, e a mesma foi realizada com o uso de um computador móvel diretamente no SAMIS¹.

O instrumento de coleta possuía três abas no arquivo do Microsoft Excel 2010. A primeira aba era referente à lista com cinco colunas identificando cada uma com o número designado, o número do prontuário, data de internação e etiologia do DE. A segunda aba era o instrumento de coleta de dados com todas as variáveis do estudo, como demonstrado na Figura 2. Na terceira e última aba constavam os cuidados prescritos para cada paciente.

Figura 2 - Print screen do instrumento de coleta e as primeiras variáveis do instrumento.

| | ITEM | I | II | III | | | | | | | | | | | IV | |
|------|----------|--------------------|---------------------|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|------|
| | VARIÁVEL | Data de Internação | Tempo de Internação | Diagnóstico Médico | | | | | | | | | | | Idade | |
| C.P. | NUMERO | | | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | Anos |
| A | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 7 | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 12 | | | | | | | | | | | | | | | |

Fonte: PANATO, 2014.

Para facilitar o processo de coleta de dados foi confeccionado um Manual de Orientação para Coleta de Dados (APÊNDICE A). No manual continham todas as informações necessárias para o preenchimento do instrumento de coleta. Além disso, continha uma descrição do sistema onde seria realizada a coleta, mostrando os caminhos para conseguir os dados e orientações sobre como salvar os dados ao fim do dia de coleta.

¹ O SAMIS permite o acesso de forma completa a todos os prontuários, tanto registro eletrônicos quanto em papel.

4.4.2.2 Treinamento dos coletadores

Além da pesquisadora, participaram da coleta de dados mais três coletadores (duas acadêmicas e bolsistas de iniciação científica e um doutorando da EEUFRGS). Todos participaram de um treinamento de 3h em sala do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no HCPA. Cabe destacar que os coletadores já faziam uso do sistema informatizado da instituição.

O treinamento consistiu em uma apresentação do instrumento de coleta e do manual, e demonstração do uso do AGH web² para coletas de dados. Além do treinamento, os coletadores foram acompanhados pela pesquisadora no seu primeiro dia de coleta.

4.4.3 Terceira etapa do estudo

Foi realizado um levantamento dos cuidados de enfermagem prescritos durante a internação dos pacientes para o DE *Integridade Tissular Prejudicada* para os dois serviços de enfermagem em estudo. Foram mapeados com as intervenções específicas da *Nursing Interventions Classification* (NIC) 5ª Edição, designadas para o DE em estudo, os dez cuidados com maior prevalência em ambos os serviços. Para o mapeamento dos cuidados de enfermagem foi aplicado um instrumento de coleta composto por cinco colunas, sendo elas: cuidados prescritos, intervenção de enfermagem, domínio, classe e atividade relacionada (ANEXO B).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para o armazenamento dos dados, foi utilizado o programa Microsoft Excel 2010 e para análise dos dados, o programa estatístico SPSS versão 18. Para as variáveis contínuas, foram definidas a média, desvio padrão e mediana, e para as variáveis categóricas, frequências e percentuais. Os dados do SEC e SECLIN foram analisados separadamente.

² Sistema de prontuário informatizado da instituição.

O mapeamento cruzado é utilizado para comparar dados de enfermagem que não possuem uma linguagem padronizada com a linguagem da NIC (LUCENA; BARROS, 2005). Ele pode ser realizado a partir de quatro etapas, sendo elas: seleção de uma intervenção da NIC para cada item da prescrição para um diagnóstico específico; selecionar uma intervenção da NIC para cada item da prescrição baseando-se na semelhança entre o cuidado e a definição da intervenção e as atividades propostas; determinar palavras-chave na prescrição de enfermagem para identificar intervenções apropriadas da NIC; e selecionar uma intervenção da NIC para cada verbo da prescrição de enfermagem (LUCENA; BARROS, 2005).

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ), Plataforma BRASIL e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob parecer nº 140073 (ANEXO C). Foram mantidos todos os preceitos éticos e legais assegurados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013). Os dados coletados serão armazenados por cinco anos pelo coordenador do estudo, sendo destruídos após esse período. Os resultados finais serão divulgados em publicações e eventos científicos (BRASIL, Resolução nº466/12). Com base nessa resolução, foi utilizado o “Termo de Compromisso para Utilização de Dados” (ANEXO D), que foi assinado pelos pesquisadores envolvidos no projeto (HCPA, 2013e).

6 RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados referentes ao perfil sócio demográfico e clínico dos pacientes que receberam o DE *Integridade Tissular Prejudicada* nos Serviços de Enfermagem Clínica e Cirúrgica; Aspecto das lesões registradas; os diagnósticos médicos apresentados pelos pacientes; os Diagnósticos de Enfermagem selecionados para esses pacientes durante a internação, além do diagnóstico em estudo; a etiologia e os cuidados de enfermagem prescritos; e o mapeamento cruzado desses cuidados com as intervenções da NIC.

Destaca-se que as informações contidas nas tabelas apresentam um “n” diferente do tamanho amostral em virtude dos dados disponíveis nos prontuários para cada uma das variáveis avaliadas.

6.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES

Da amostra de 385 prontuários, 312 foram referentes ao SEC e 73 ao SECLIN. Quanto ao perfil sócio demográfico desses pacientes, observa-se que a amostra do SEC teve um tempo de internação mediana de 5 dias, idade média de 52,51 anos e eram predominantemente do sexo feminino (53,52%). No SECLIN o tempo de internação foi de 15 dias, idade média de 57,83 anos e predominância do sexo masculino (63%).

Em ambos os Serviços de Enfermagem podemos notar a predominância de indivíduos de cor branca (SEC – 84,3%; SECLIN – 76,7%), casados (SEC – 45,8%; SECLIN – 56,2%), com o 1º grau incompleto (SEC – 24,4%; SECLIN – 17,8%), católicos (SEC – 47,1%; SECLIN – 41,1%), aposentados e residentes na região Metropolitana do Rio Grande do Sul (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sócio demográfico de pacientes com o DE Integridade Tissular Prejudicada. Porto Alegre, 2014.

| Variável | Frequência (%) / Média (DP) | |
|---|-----------------------------|----------------|
| | SEC* | SECLIN** |
| Tempo de Internação, dias ¹ | 5 (1 - 164) | 15 (1 - 70) |
| Idade, anos ² | 52,51 (±18,51) | 57,83 (±12,89) |

Continuação

| Variável (n SEC* – n SECLIN**) | Frequência (%) / Média (DP) | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------|
| | SEC* | SECLIN** |
| Sexo ³ | | |
| Feminino | 167 (53,52) | 27 (37,0) |
| Masculino | 145 (46,47) | 46 (63,0) |
| Cor ³ | | |
| Branco (a) | 263 (84,3) | 56 (76,7) |
| Preto (a) | 14 (4,5) | 6 (8,2) |
| Pardo (a) / Mulato (a) | 10 (3,2) | 2 (2,7) |
| Sem Registro | 25 (8,0) | 9 (12,4) |
| Estado Civil ³ | | |
| Casado (a) | 143 (45,8) | 41 (56,2) |
| Solteiro (a) | 94 (30,1) | 11 (15,1) |
| Separado (a) / Divorciado (a) | 26 (8,3) | 9 (12,3) |
| Viúvo (a) | 22 (7,1) | 5 (6,8) |
| União Estável | 1 (0,3) | - |
| Sem Registro | 26 (8,3) | 7 (9,6) |
| Escolaridade ³ | | |
| Analfabeto (a) | 10 (3,2) | 3 (4,1) |
| 1º Grau Incompleto | 76 (24,4) | 13 (17,8) |
| 1º Grau Completo | 35 (11,2) | 5 (6,8) |
| 2º Grau Incompleto | 9 (2,9) | 3 (4,1) |
| 2º Grau Completo | 39 (12,5) | 4 (5,5) |
| 3º Grau Incompleto | 6 (1,9) | 1 (1,4) |
| 3º Grau Completo | 25 (8,0) | 4 (5,5) |
| Sem Registro | 112 (35,9) | 40 (54,8) |
| Religião ³ | | |
| Católico | 147 (47,1) | 30 (41,1) |
| Pentecostal | 26 (8,3) | 7 (9,6) |
| Ateu | 10 (3,2) | - |
| Protestante | 9 (2,9) | 1 (1,4) |
| Kardecista | 8 (2,6) | 3 (4,1) |
| Umbanda | 1 (0,3) | - |
| Todos os Credos | 1 (0,3) | 2 (2,7) |
| Outros (s) | 11 (3,5) | - |
| Sem Registro | 98 (31,4) | 30 (41,1) |
| Ocupação ³ | | |
| Aposentado | 57 (18,26) | 17 (23,3) |

| Variável (n SEC* – n SECLIN**) | Continuação Frequência (%) / Média (DP) | |
|---------------------------------|--|------------|
| | SEC* | SECLIN** |
| Procedência ³ | | |
| Metropolitana | 243 (77,88) | 52 (71,23) |

* Serviço de Enfermagem Cirúrgica – n=312; ** Serviço de Enfermagem Clínica – n=73; ¹ Mediana (Min-Max); ² Média (Desvio Padrão); ³ Frequência (%).

6.2 PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES

Na Tabela 2 podemos observar as características clínicas dos pacientes do SEC e SECLIN. Em relação a variável Motivo de Internação, no SECLIN podemos notar que as categorias Cirurgia e Complicação Clínica obtiveram o mesmo percentil (30,1), sendo este o maior percentil dentre as cinco categorias da variável. Podemos também notar que a média (5,37) de Diagnósticos Médicos entre os prontuários do SECLIN é maior do que nos prontuários pesquisados no SEC (2,75), mas em ambos os serviços o desvio padrão é maior que a média. Dos pacientes em estudo 35,89% do SEC e 42,46% do SECLIN apresentavam HAS e 16,34% e 21,91%, respectivamente, apresentavam Diabetes Mellitus. Em ambos os Serviços de Enfermagem as variáveis Diagnóstico de Enfermagem e Número de Medicações possuem médias similares. No SEC 54 (17,3%) pacientes apresentaram Risco de Quedas (Escore ≥ 45) e 69 (22,1%) pacientes Risco de Úlcera por Pressão (Escore ≤ 16) e no SECLIN 20 (27,3%) e 23 (31,5%), respectivamente.

Em relação à variável temperatura podemos notar pouca diferença das médias em relação aos valores basais. Tanto no SEC quanto no SECLIN a variável dor apresentou uma média equivalente ao considerado dor fraca, e permanecendo na mesma classificação o SECLIN quando considerado o desvio padrão.

A variável Estado Nutricional era encontrada apenas na anamnese de Nutrição e as variáveis peso e altura podiam ser encontradas tanto nas anamneses e evoluções de Enfermagem e Nutrição. No SEC se destaca que 22,8% foram considerados Eutróficos pela nutrição e apresentaram um IMC médio de 27,09 Kg/m² e no SECLIN 30,2% foram considerados leve, moderadamente ou gravemente desnutridos e apresentaram um IMC médio de 26,29 Kg/m².

No SECLIN consta que 43,9% dos pacientes são ou já foram tabagista em algum momento da vida. Em ambos os serviços os mais de 50% dos pacientes não

fazia uso de álcool em momento algum, nem socialmente. Tanto no SEC quanto no SECLIN a maioria dos pacientes não fazia uso de narcóticos (67,9% e 61,6%, respectivamente). Dados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Perfil clínico dos pacientes do SEC e SECLIN. Porto Alegre, 2014.

| Variável | Frequência (%) / Média (DP) | |
|---|-----------------------------|----------------|
| | SEC* | SECLIN** |
| Motivo de Internação ² | | |
| Avaliação Clínica | - | 2 (2,8) |
| Cirurgia | 267 (85,6) | 22 (30,1) |
| Complicação Clínica | 17 (5,4) | 22 (30,1) |
| Investigação de Sintomas | 14 (4,5) | 19 (26,0) |
| Realização de Tratamento | 4 (1,3) | 2 (2,7) |
| Sem Informação | 10 (3,2) | 6 (8,3) |
| Diagnósticos Médicos ¹ | 2,75 (±3,01) | 5,37 (±5,94) |
| HAS ² | 112 (35,89) | 31 (42,46) |
| Diabetes Mellitus ² | 51 (16,34) | 16 (21,91) |
| Diagnósticos de Enfermagem ¹ | 3,74 (±1,36) | 3,68 (±1,51) |
| Número de Medicações ¹ | 11,34 (±6,10) | 12,26 (±5,10) |
| Cuidador Durante a Internação ² | 230 (73,71) | 38 (52,1) |
| Risco de Quedas ² | 54 (17,3) | 20 (27,39) |
| Risco de Úlcera por Pressão ² | 69 (22,11) | 23 (31,5) |
| Temperatura Axilar ¹ | 36,15 (±0,68) | 35,97 (0,68) |
| Gradação de Dor ¹ | 1,88 (±3,03) | 1,71 (±2,72) |
| Peso, Kg ¹ | 52,51 (±17,80) | 73,07 (±16,51) |
| Altura, metros ¹ | 165,00 (±9,18) | 166 (±7,0) |
| IMC, Kg/m² ¹ | 27,09 (±5,87) | 26,29 (±5,43) |
| Estado Nutricional ² | | |
| Eutrófico | 71 (22,8) | 11 (15,1) |
| Sobrepeso | 55 (17,6) | 22 (30,1) |
| Desnutrição Leve | 24 (7,7) | 14 (19,2) |
| Desnutrição Moderada | 9 (2,9) | 4 (5,5) |
| Desnutrição Grave | 9 (2,9) | 4 (5,5) |
| Obesidade I | 22 (7,1) | 7 (9,6) |
| Obesidade II | 12 (3,8) | 1 (1,4) |
| Obesidade III | 4 (1,3) | 1 (1,4) |
| Sem Informação | 106 (34,0) | 9 (12,3) |

Continuação

| Variável | Frequência (%) / Média (DP) | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------|
| | SEC* | SECLIN** |
| Tabagismo ² | | |
| Não tabagista | 150 (48,1) | 26 (35,6) |
| Tabagista | 47 (15,1) | 14 (19,2) |
| Ex-tabagista | 57 (18,3) | 18 (24,7) |
| Sem Informação | 58 (18,6) | 58 (20,5) |
| Uso de Álcool ² | | |
| Não consome álcool | 187 (59,9) | 37 (50,7) |
| Faz uso de álcool | 44 (14,1) | 13 (17,8) |
| Já fez uso de álcool | 13 (4,2) | 4 (5,5) |
| Sem Informação | 68 (21,8) | 19 (26,0) |
| Uso de Drogas ² | | |
| Não faz uso de drogas | 213 (67,9) | 45 (61,6) |
| Faz uso de drogas | 4 (1,3) | 2 (2,7) |
| Já fez uso de drogas | 5 (1,6) | 1 (1,4) |
| Sem informação | 91 (29,2) | 25 (34,3) |

* Serviço de Enfermagem Cirúrgica – n=312; ** Serviço de Enfermagem Clínica – n=73; ¹ Média (Desvio Padrão); ² Frequência (%).

Fonte: PANATO, 2014.

Na Tabela 3 estão expostas as frequências de alguns procedimentos invasivos e sinais que foram encontrados nas evoluções dos pacientes cirúrgicos e clínicos. Para a variável Aspecto da Mucosas/Pele em ambos os Serviços de Enfermagem a maioria dos pacientes foram considerados Corados e Hidratados nas evoluções diárias. Em relação à Mobilidade do paciente destaca-se no SECLIN a categoria Restrito ao leito, com percentagem de 38,4.

No SEC 13,5% dos pacientes apresentaram alguma classificação de Edema e apenas 5,4% foram classificados com uma Má Perfusão Sanguínea. No SECLIN 34% dos pacientes apresentaram alguma classificação de Edema e 20,5% como Mal Perfundidos. A média de Saturação de O₂ foi semelhante em ambos os Serviços sendo 96,27 e 96,33, respectivamente e poucos pacientes fizeram uso durante a internação de algum tipo de Oxigenoterapia (SEC – 13% e SECLIN – 9,6%).

Mais de 85% dos pacientes foram puncionados durante a internação e tanto no SEC como no SECLIN a maior percentagem de pacientes possuía um Acesso

Venoso Periférico e recebia infusão de soroterapia (SEC – 55,1% e SECLIN – 42,5%).

O SEC teve uma percentagem de 33,6, relacionado ao Uso de Dreno, sendo que o mais prevalente foi o Dreno tipo Penrose com 12,8%. No SECLIN o tipo de Dreno mais utilizado foram os Torácicos (11%). Quase um quarto (24,6%) dos pacientes do SECLIN recebeu Nutrição Enteral durante a internação e apenas 4,8% do SEC. A percentagem de pacientes que fizeram uso de algum tipo de Sonda Vesical foi similar em ambos os Serviços de Enfermagem, sendo que a Sonda Vesical de Demora foi a mais utilizada (SEC – 31,4% e SECLIN – 31,5%). Poucos pacientes fizeram Uso de Fraldas durante a internação sendo que o SECLIN obteve um percentual de 19,2% e o SEC de 7,7%. Grande parte dos pacientes não possuíam algum tipo de ostomia, sendo que no SEC 91,7% não possuíam nenhuma ostomia e no SECLIN esse percentual era de 84,9%.

Tabela 3 – Frequência de procedimentos invasivos e sinais encontradas nas evoluções dos pacientes do SEC e SECLIN. Porto Alegre, 2014.

| Variável | Frequência (%) | |
|---|----------------|-----------|
| | SEC* | SECLIN** |
| Aspecto Mucosas/Pele ² | | |
| Hipocorado e Desidratado | 12 (3,8) | 5 (6,8) |
| Hipocorado e Hidratado | 47 (15,1) | 16 (21,9) |
| Corado e Desidratado | 1 (0,3) | - |
| Corado e Hidratado | 139 (44,6) | 24 (32,9) |
| Ictérico (a) | 2 (0,6) | - |
| Sem informação | 109 (34,9) | 28 (38,4) |
| Mobilidade (245 - 65) ² | | |
| Restrito ao leito | 84 (26,9) | 28 (38,4) |
| Restrito a Cadeira | 32 (9,6) | 10 (13,7) |
| Anda às vezes | 51 (16,3) | 19 (26,0) |
| Anda normalmente | 78 (25,0) | 8 (11,0) |
| Sem informação | 67 (10,9) | 8 (11,0) |
| Edema (226 – 67) ² | | |
| Sem edema | 184 (59,0) | 42 (57,5) |
| Edema 1+ | 24 (7,7) | 15 (20,5) |
| Edema 2+ | 5 (1,6) | 6 (8,2) |
| Edema 3+ | 3 (1,0) | 1 (1,4) |

Continuação

| Variável | Frequência (%) / Média (DP) | |
|---|-----------------------------|---------------------|
| | SEC* | SECLIN** |
| Edema 4+ | 9 (2,9) | 3 (4,1) |
| Anasarca | 1 (0,3) | - |
| Sem informação | 84 (26,9) | 6 (8,2) |
| Perfusão Sanguínea (269 - 73) ² | | |
| Boa Perfusão | 252 (80,8) | 53 (72,6) |
| Má Perfusão | 17 (5,4) | 15 (20,5) |
| Sem informação | 43 (13,8) | 5 (6,8) |
| Saturação O₂ ¹ | 96,27 (\pm 2,43) | 96,33 (\pm 2,70) |
| Uso de Oxigenoterapia ² | | |
| Não se aplica | 266 (85,3) | 66 (90,4) |
| Cateter Nasal | 21 (6,7) | - |
| Óculos Nasal | 17 (5,4) | 5 (6,8) |
| Outros | 3 (0,9) | 2 (2,8) |
| Sem informação | 5 (1,6) | 1 (1,4) |
| Cateter Venoso ² | | |
| Não se Aplica | 13 (3,2) | 2 (2,7) |
| Acesso Venoso Periférico Salinizado | 81 (26,0) | 18 (24,7) |
| Acesso Venoso Periférico com Infusão | 172 (55,1) | 31 (42,5) |
| Acesso Venoso Central Heparinizado | 5 (1,6) | 3 (4,1) |
| Acesso Venoso Central com Infusão | 37 (11,9) | 12 (16,4) |
| Sem informação | 7 (2,3) | 7 (9,6) |
| Uso de dreno ² | | |
| Não se aplica | 198 (63,5) | 52 (71,2) |
| Portovac | 36 (11,5) | 5 (6,8) |
| Penrose | 40 (12,8) | 5 (6,8) |
| Torácico | 17 (5,4) | 8 (11,0) |
| Outros | 12 (3,9) | 2 (2,8) |
| Sem informação | 9 (2,9) | 1 (1,4) |
| Nutrição Enteral ² | | |
| Não se aplica | 279 (89,4) | 54 (74,0) |
| Sonda Nasoenteral | 9 (2,9) | 12 (16,4) |
| Gastrostomia | 1 (0,3) | 3 (4,1) |
| Sonda Nasogastrica | 5 (1,6) | 3 (4,1) |
| Sem informação | 18 (5,7) | 1 (1,4) |

| Variável | Continuação | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------|
| | Frequência (%) / Média (DP) | |
| | SEC* | SECLIN** |
| Uso de fraldas ² | | |
| Não | 272 (80,4) | 49 (67,1) |
| Sem informação | 16 (5,1) | 10 (13,7) |
| Sondagem Vesical ² | | |
| Não se aplica | 199 (63,8) | 45 (61,6) |
| Sonda Vesical de Demora | 98 (31,4) | 23 (31,5) |
| Sonda Vesical de Alivio | 8 (2,6) | 4 (5,5) |
| Sem informação | 7 (2,2) | 1 (1,4) |
| Ostomia ² | | |
| Não se aplica | 286 (91,7) | 62 (84,9) |
| Colostomia | 6 (1,9) | 1 (1,4) |
| Ileostomia | 3 (1,0) | 3 (4,1) |
| Outros | 7 (2,1) | 5 (6,9) |
| Sem informação | 10 (3,2) | 2 (2,7) |

* Serviço de Enfermagem Cirúrgica – n=312; ** Serviço de Enfermagem Clínica – n=73; ¹ Média (Desvio Padrão); ² Frequência (%).

Fonte: PANATO, 2014.

6.3 TIPOS E ASPECTOS DE LESÕES REGISTRADAS

Os tipos de lesões registrados foram presença de Ferida Operatória, Úlcera Venosa, Úlcera Arterial, Úlcera por Pressão e Outros tipos de Lesão e suas frequências podem ser vistas na Tabela 4. As Feridas Operatórias tiveram uma frequência maior de 80% no SEC (86,96) e foram maioria no SECLIN (54,29%). É observado, no entanto, que as úlceras e outros tipos de feridas são mais frequentes em pacientes clínicos do que em pacientes cirúrgicos.

Tanto no SEC quanto no SECLIN houve maior prevalência de Úlceras de Grau I (29,41% e 16,67%, respectivamente) e Grau II (52,94% e 50%, respectivamente), sendo as consideradas de Grau II tendo prevalência $\geq 50\%$.

Tabela 4 – Tipos de Lesão observados no SEC e SECLIN. Porto Alegre, 2014. Valores observados em frequência e percentil.

| Tipo de Lesão Tissular | Frequência (%) | |
|--------------------------|----------------|------------|
| | SEC* | SECLIN** |
| Ferida Operatória | 260 (83,33) | 38 (52,05) |

Continuação

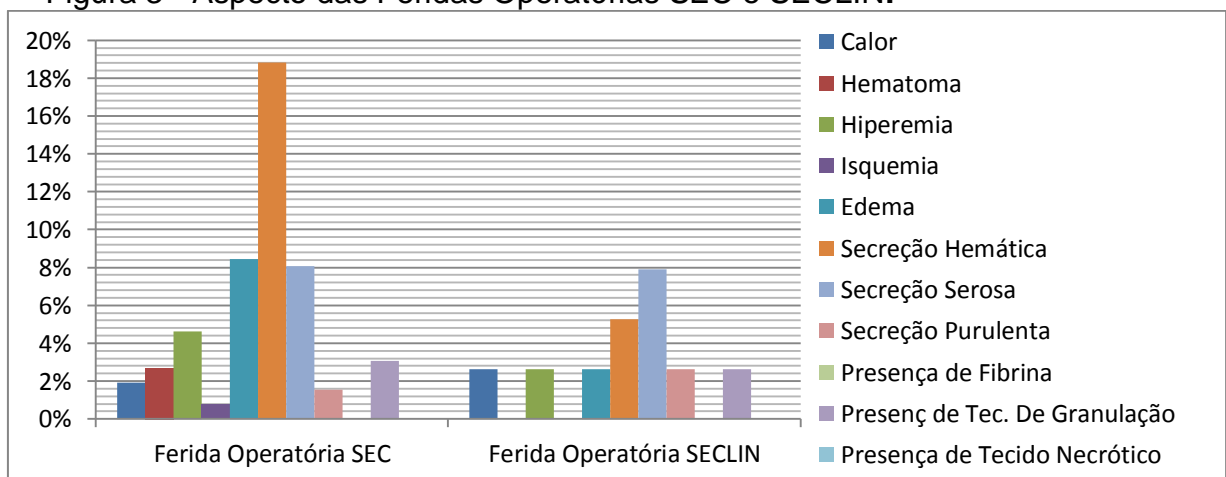
| Tipo de Lesão Tissular | Frequência (%) | |
|---------------------------|----------------|------------|
| | SEC* | SECLIN** |
| Úlcera por Pressão | 17 (5,44) | 12 (16,43) |
| Grau I | 5 (29,41) | 5 (41,67) |
| Grau II | 9 (52,94) | 6 (50,00) |
| Grau III | 2 (11,76) | 1 (8,33) |
| Grau IV | 1 (5,88) | - |
| Úlcera Venosa | 4 (1,28) | 3 (4,1) |
| Úlcera Arterial | 3 (0,96) | 1 (1,36) |
| Outras | 7 (2,24) | 8 (10,95) |

* Serviço de Enfermagem Cirúrgica; ** Serviço de Enfermagem Clínica.
 Fonte: PANATO, 2014

Em relação ao aspecto dessas feridas (de Ferida Operatória, Úlcera Venosa, Úlcera Arterial, Úlcera por Pressão e Outros tipos de Lesão) foi verificado a frequência das seguintes características: presença de calor, hematoma, hiperemia, isquemia, edema, secreção hemática, secreção serosa, secreção purulenta, presença de fibrina, tecido de granulação.

Na Figura 3 pode-se visualizar o percentual dessas características nas Feridas Operatórias. Sangramento foi a característica com maior frequência no SEC (18,84%). Verifica-se também que em ambos os Serviços de Enfermagem a presença de Secreção Serosa tem um percentual próximo a 8% (SEC - 8,07% e SECLIN - 8,79%).

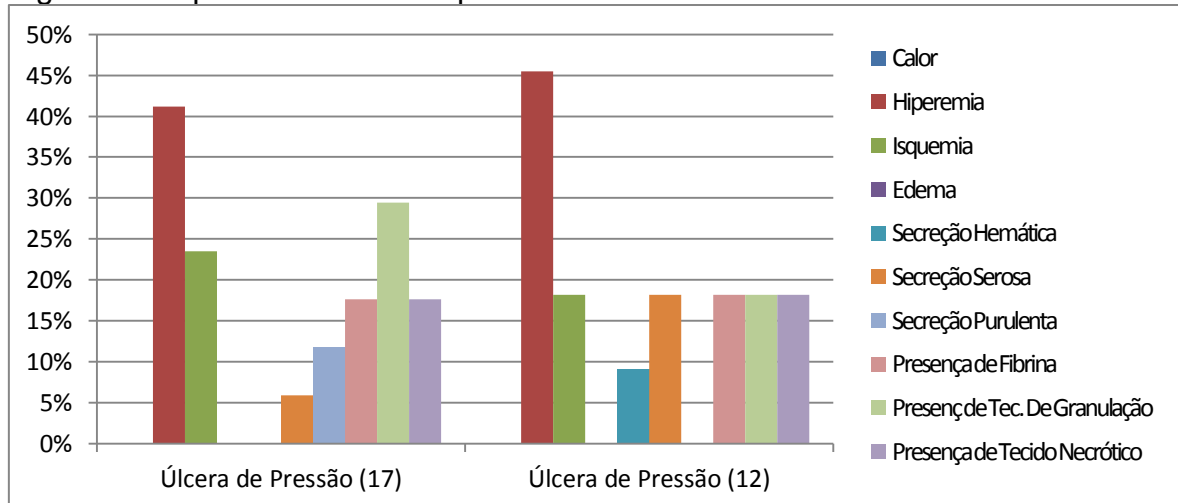
Figura 3 - Aspecto das Feridas Operatórias SEC e SECLIN.



Fonte: PANATO, 2014.

. O aspecto mais prevalente no SEC foi Hiperemia, com 41,17%. Hiperemia também foi o aspecto mais frequente entre as Úlceras por Pressão (45,45%) e as características Isquemia, Secreção Serosa, Presença de Fibrina, Tecido de Granulação e Necrótico tiveram a mesma prevalência de 18,18%, como demonstrado na Figura 4

Figura 4 - Aspecto das Úlceras por Pressão no SEC e SECLIN.



Fonte: PANATO, 2014.

Três das quatro úlceras venosas (75%) tinham presença de Fibrina e nenhuma Úlcera Venosa apresentou Calor, Hiperemia, Isquemia e Secreção Purulenta. As Úlceras Arteriais apresentaram um percentual de 66,66% de Tecido de Granulação e Necrótico no SEC

No SECLIN foi identificado apenas um paciente com presença de Úlcera Arterial, tendo como característica: Hiperemia, Edema, Presença de Secreção Purulenta e Tecido de Granulação. As Úlceras Venosas apresentaram presença de Edema, Fibrina e Tecido de Granulação com igual frequência (33,33%). Outros tipos de Lesão tiveram 25% de prevalência de Hiperemia, Edema e Secreção Purulenta.

6.4 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS E CIRURGIAS

Os Diagnósticos Médicos eram apresentados através da CID (Classificação Internacional de Doenças) – CID10 e para melhor visualização foram agrupados de acordo com os capítulos do CID10. Foram encontrados no SEC 857 códigos pertencentes a 18 capítulos do CID. Os cinco grupos com maior percentual foram

referentes a Neoplasias (14,47%), Doenças do Aparelho Digestivo (13,65%), Doenças do Aparelho Geniturinário (12,02%), Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, não Classificados em outra Parte (12,02%) e Doenças do Aparelho Circulatório (11,55%), como pode ser visto na Tabela 5.

Tabela 5 - Diagnósticos Médicos apresentados pelos pacientes do SEC. Porto Alegre, 2014.

| Variável | n (%) |
|---|-------------------------|
| Neoplasias (Tumores) | 124 (14,47) |
| Doenças do Aparelho Digestivo | 117 (13,65) |
| Doenças do Aparelho Geniturinário | 103 (12,02) |
| Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, não Classificados em outra Parte | 103 (12,02) |
| Doenças do Aparelho Circulatório | 99 (11,55) |
| Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo | 50 (5,83) |
| Lesões, Envenenamento e Algumas outras Consequências de Causas Externas | 47 (5,48) |
| Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas | 41 (4,78) |
| Doenças do Aparelho Respiratório | 39 (4,55) |
| Outros capítulos CID 10 * | 134 (15,64) |
| Total | 857 (100,00) |

* Referente a nove capítulos diferentes.

Fonte: PANATO, 2014.

No SEC foram realizadas 288 cirurgias distribuídas em 16 tipos de cirurgia. Os tipos de cirurgias mais frequentes foram referentes à Cirurgia do Aparelho Digestivo (20,49%), Urologia (17,71%) e Cirurgia Geral (14,24%). Tabela 6.

Tabela 6 - Tipos de Cirurgia realizadas pelos pacientes do SEC. Porto Alegre, 2014. Valores expressos em frequência e percentil.

| Tipos de Cirurgia | n | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Cirurgia do Aparelho Digestivo | 59 | 20,49 |
| Urologia | 51 | 17,71 |
| Cirurgia Geral | 41 | 14,24 |
| Ortopedia/Traumatologia | 31 | 10,76 |
| Otorrinolaringologia | 22 | 7,64 |
| Cirurgia Cardiovascular | 17 | 5,90 |

| Tipos de Cirurgia | <i>Continuação</i> | |
|--------------------------|--------------------|----------------|
| | n | % |
| Ginecologia/Obstetrícia | 16 | 5,56 |
| Cirurgia Toraxica | 10 | 3,47 |
| Cirurgia Vasculuar | 10 | 3,47 |
| Outros* | 31 | 10,77 |
| Total | 288 | 100,00% |

* Referente a sete áreas cirúrgicas.
Fonte: PANATO, 2014.

Dos diagnósticos médicos apresentados pelos pacientes do SECLIN os mais prevalentes estavam contemplados nos grupos de Doenças do Aparelho Circulatório (25,77%) e Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, não Classificados em outra Parte (17,35%) Tabela 7.

Tabela 7 - Diagnósticos Médicos apresentados pelos pacientes do SECLIN. Porto Alegre, 2014.

| Variável | n (%) |
|---|---------------------|
| Doenças do Aparelho Circulatório | 101 (25,77) |
| Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, não Classificados em outra Parte | 68 (17,35) |
| Neoplasias (Tumores) | 33 (8,42) |
| Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo | 27 (6,89) |
| Doenças do Aparelho Geniturinário | 27 (6,89) |
| Doenças do Aparelho Respiratório | 25 (6,38) |
| Doenças do Aparelho Digestivo | 25 (6,38) |
| Doenças Infeciosas e Parasitárias | 19 (4,85) |
| Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas | 16 (4,08) |
| Outros* | 51 (13,01) |
| Total | 392 (100,00) |

* Referente a nove capítulos diferentes.
Fonte: PANATO, 2014.

Na Tabela 8 podemos visualizar a frequência das cirurgias em pacientes do SECLIN. Este serviço teve um total de 40 cirurgias, sendo as mais prevalentes a Cirurgia Cardiovascular (25%) e as Cirurgias do Aparelho Digestivo (25%).

Tabela 8 - Tipos de Cirurgia apresentadas pelos pacientes do SECLIN. Porto Alegre, 2014. Valores expressos em frequência e percentil.

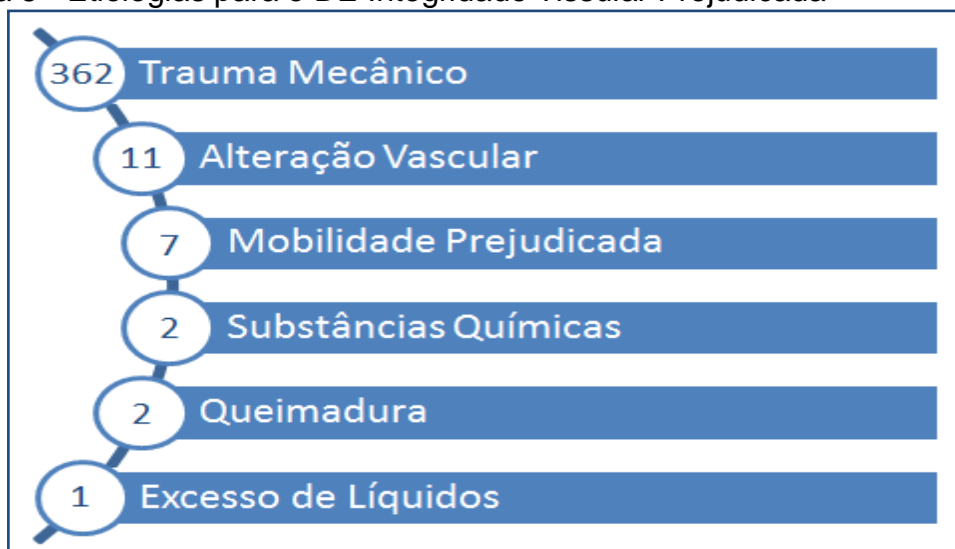
| Tipos de Cirurgia | n | % |
|--------------------------------|-----------|----------------|
| Cirurgia Cardiovascular | 10 | 25,00% |
| Cirurgia do Aparelho Digestivo | 10 | 25,00% |
| Cirurgia Geral | 5 | 12,50% |
| Ortopedia/Traumatologia | 4 | 10,00% |
| Urologia | 3 | 7,50% |
| Ginecologia/Obstetrícia | 2 | 5,00% |
| Neurocirurgia | 2 | 5,00% |
| Outros* | 4 | 10,00% |
| Total | 40 | 100,00% |

* Referente a quatro áreas cirúrgicas.
Fonte: PANATO, 2014.

6.5 ETIOLOGIAS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

Para os pacientes do estudo encontramos um total de seis etiologias das oito disponibilizadas no sistema informatizado, sendo que a mais utilizada pelos enfermeiros para esses pacientes foi Trauma Mecânico, selecionada para 362 pacientes (Figura 5).

Figura 5 - Etiologias para o DE Integridade Tissular Prejudicada



Fonte: PANATO, 2014.

Para as etiologias descritas na Figura 5, o sistema disponibiliza 120 cuidados de enfermagem diferentes, desse total foram prescritos 96 (80%) cuidados diferentes entre os pacientes do estudo.

Os cuidados que receberam $\geq 50\%$ dos pacientes cirúrgicos foram: Verificar sinais vitais (100%); Implementar Cuidados na Punção Venosa (92,95%); Avaliar aspecto da ferida operatória (84,62); Monitorar sangramento (74,36); Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos (69,23); Manter cabeceira elevada (57,69%). Esses e os demais cuidados dos pacientes no SEC podem ser visualizados na Tabela 9.

Tabela 9 - Cuidados encontradas nos prontuários do SEC. Porto Alegre, 2014.

| Cuidados de Enfermagem Prescritos | N = 312 |
|--|----------------|
| Verificar sinais vitais | 312 (100,00) |
| Implementar cuidados na punção venosa | 290 (92,95) |
| Avaliar aspecto da ferida operatória | 264 (84,62) |
| Monitorar sangramentos | 232 (74,36) |
| Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos | 216 (69,23) |
| Manter cabeceira elevada | 180 (57,69) |
| Manter colchão piramidal | 155 (49,68) |
| Observar sinais de infecção | 154 (49,36) |
| Realizar curativos | 149 (47,76) |
| Implementar cuidados com sondagem vesical de demora | 120 (38,46) |
| Observar pertuito e locais de inserção de catéteres | 114 (36,54) |
| Manter curativo externo limpo e seco | 100 (32,05) |
| Implementar cuidados com dreno | 93 (29,81) |
| Observar condições do períneo | 75 (24,04) |
| Implementar cuidados com anticoagulação subcutânea | 68 (21,79) |
| Implementar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão | 68 (21,79) |
| Proteger a pele das proeminências ósseas | 62 (19,87) |
| Proporcionar posição confortável ao paciente | 61 (19,55) |
| Auxiliar no banho de chuveiro | 52 (16,67) |
| Comunicar formação de hematoma | 47 (15,06) |
| Promover segurança e conforto | 44 (14,10) |
| Realizar rodízio nas aplicações subcutâneas registrando local | 42 (13,46) |
| Mudar pontos de fixação: | 38 (12,18) |

| <i>Continuação</i> | |
|--|----------------|
| Cuidados de Enfermagem Prescritos | N = 312 |
| Estimular movimentação no leito | 32 (10,26) |
| Outros* | 445** |

* Referente a 44 cuidados. ** Número de vezes em que foram prescritos.

Fonte: PANATO, 2014

No SECLIN, os cuidados que foram prescritos para $\geq 50\%$ dos pacientes foram: Verificar sinais vitais (97,26%); Implementar Cuidados na Punção Venosa (73,97%); Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos (58,90%); e Manter cabeceira elevada (56,16%), como demonstrado na Tabela 10.

Tabela 10 - Cuidados encontradas nos prontuários do SECLIN. Porto Alegre, 2014.

| Cuidados de Enfermagem Prescritos | N = 73 |
|--|---------------|
| Verificar sinais vitais | 71 (97,26) |
| Implementar cuidados na punção venosa | 54 (73,97) |
| Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos | 43 (58,90) |
| Manter cabeceira elevada | 41 (56,16) |
| Monitorar sangramentos | 36 (49,32) |
| Avaliar aspecto da ferida operatória | 35 (47,95) |
| Realizar curativos | 34 (46,58) |
| Realizar banho de leito | 29 (39,73) |
| Manter colchão piramidal | 25 (34,25) |
| Implementar cuidados com sondagem vesical de demora | 23 (31,51) |
| Implementar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão | 23 (31,51) |
| Realizar tricotomia facial | 21 (28,77) |
| Avaliar presença de edema | 20 (27,40) |
| Implementar cuidados com administração de medicamentos | 20 (27,40) |
| Implementar cuidados com soroterapia | 19 (26,03) |
| Proteger a pele das proeminências ósseas | 17 (23,29) |
| Manter curativo externo limpo e seco | 16 (21,92) |
| Observar sinais de infecção | 16 (21,92) |
| Realizar higiene perineal após cada evacuação | 15 (20,55) |
| Auxiliar no banho de chuveiro | 14 (19,18) |
| Implementar cuidados com anticoagulação subcutânea | 14 (19,18) |
| Realizar balanço hídrico total | 14 (19,18) |
| Higienizar couro cabeludo | 13 (17,81) |
| Comunicar formação de hematoma | 12 (16,44) |

Continuação

| Cuidados de Enfermagem Prescritos | N = 73 |
|---|---------------|
| Medir diurese | 12 (16,44) |
| Observar reações alérgicas | 12 (16,44) |
| Realizar mudança de decúbito | 12 (16,44) |
| Implementar cuidados com dreno | 11 (15,07) |
| Registrar aspecto da lesão | 11 (15,07) |
| Observar condições do períneo | 9 (12,33) |
| Verificar peso do paciente | 9 (12,33) |
| Implementar cuidados com acesso vascular arterial | 8 (10,96) |
| Observar pertuito e locais de inserção de catéteres | 8 (10,96) |
| Orientar paciente/ família sobre: | 8 (10,96) |
| Outros* | 143** |

* Referente a 45 cuidados. ** Número de vezes em que foram prescritos.

Fonte: PANATO, 2014

6.7 MAPEAMENTO CRUZADO ENTRE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES NIC

Ao todo foram prescritos 96 Cuidados de Enfermagem diferentes para os 385 prontuários pesquisados. O mapeamento foi realizado para os dez cuidados mais frequentes em cada serviço, utilizando como base as intervenções de enfermagem propostas pela NIC para o DE *Integridade Tissular Prejudicada*.

Os cuidados foram mapeados nos domínios *Fisiológico: Básico*, *Fisiológico: Complexo e Segurança* e pertenciam as classes: Controle da Eliminação, Controle da Imobilidade, Facilitação do Autocuidado, Cuidados Peri operatório, Controle de Pele/Feridas, Controle da Perfusão Tissular e Controle de Risco (QUADRO 2)

QUADRO 2 - Divisões de domínios e classes, encontradas no mapeamento, de acordo com a NIC. Porto Alegre, 2014.

| Domínio | | Classe | |
|----------------|-----------------------|---------------|-------------------------------|
| 1 | Fisiológico: Básico | B | Controle da Eliminação |
| | | C | Controle da Imobilidade |
| | | F | Facilitação do Autocuidado |
| 2 | Fisiológico: Complexo | J | Cuidados Peri operatório |
| | | L | Controle de Pele/Feridas |
| | | N | Controle da Perfusão Tissular |
| 4 | Segurança | V | Controle de Risco |

Fonte: PANATO, 2014.

O resultado do mapeamento cruzado, incluindo as atividades de cada intervenção, bem como o Domínio e a Classe a que pertencem, são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Correspondência entre os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com Integridade Tissular Prejudicada e as intervenções de enfermagem da NIC. Porto Alegre, 2014.

| Cuidados prescritos | Intervenção de enfermagem NIC | D* | C** | Atividade relacionada |
|--|--|-----------|------------|--|
| Avaliar aspecto da ferida operatória | 3660 - Cuidados com LESÕES ¹ | 2 | L | - Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor; - Examinar a lesão a cada troca de curativo. |
| | 3440 - Cuidados com o local de INCISÃO ¹ | 2 | L | - Examinar o local da incisão quanto a hiperemia, edema ou sinais de deiscência ou evisceração; - Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão. |
| | 3582 - Cuidados da PELE: Local da doação ¹ | 2 | L e J | - Examinar diariamente o curativo, conforme protocolo da agência. |
| | 3583 - Cuidados da PELE: Local do enxerto ¹ | 2 | L e J | - Examinar o curativo diariamente, conforme protocolo da instituição. |
| | 3590 - Supervisão da PELE ¹ | 2 | L | - Examinar a condição da incisão cirúrgica, conforme apropriado. |
| Implementar cuidados com sondagem vesical de demora | 1876 - Cuidados com SONDAS: urinário ² | 1 | B | - Manter desobstrução do sistema do cateter urinário; - Higienizar a área da pele ao redor a intervalos regulares; - Trocar o cateter urinário a intervalos regulares. |
| Implementar cuidados na punção venosa | 4130 - Monitorização HÍDRICA ¹ | 2 | N | - Monitorar o dispositivo de acesso venoso, conforme o apropriado. |
| | 6540 - Controle de INFECÇÃO ² | 4 | V | - Trocar acessos endovenosos centrais e periféricos, bem como curativos, conforme as orientações atuais do CDC. |

| | | | | |
|---|---|-------|-------|--|
| Implementar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão | 3660 - Cuidados com Lesões ¹ | 2 | L | - Colocar dispositivos para alívio da pressão (i. e., colchões de baixa perda de ar, espuma ou gel; almofadas nos calcanhares e cotovelos, almofada em cadeira), conforme apropriado. |
| | 3540 - Prevenção de Úlceras de Pressão ¹ | 2 e 4 | L e V | - Usar instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco individuais (p. ex., escala de braden). |
| Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos | 3540 - Prevenção de ÚLCERAS de Pressão ¹ | 2 e 4 | L e V | - Monitorar o surgimento de áreas avermelhadas atentamente; - Monitorar fontes de pressão e atrito; - Examinar a pele sobre as saliências ósseas e outro pontos de pressão ao reposicionar, pelo menos, diariamente. |
| | 3590 - Supervisão da PELE ¹ | 2 | L | - Monitorar a pele quanto a exantemas e abrasões; - Monitorar aparecimento de fontes de pressão e atrito. |
| | 6550 - Proteção contra INFECÇÃO ¹ | 4 | V | - Examinar a pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem. |
| Manter cabeceira elevada | 0840 - POSICIONAMENTO ¹ | 1 | C | - Elevar cabeceira da cama, conforme o apropriado. |
| Manter colchão piramidal | 3660 - Cuidados com Lesões ¹ | 2 | L | - Colocar dispositivos para alívio da pressão (i. e., colchões de baixa perda de ar, espuma ou gel; almofadas nos calcanhares |
| | 3520 – Cuidados com ÚLCERAS de Pressão ¹ | 2 | L | - Usar camas e colchões especiais, conforme o apropriado. |
| | 3540 – Prevenção de ÚLCERAS de Pressão ¹ | 2 e 4 | L e V | - Usar camas e colchões especiais, conforme o apropriado. |
| Monitorar sangramentos | 4160 - Controle de Hemorragia ¹ | 2 | N | Monitorar a quantidade e a natureza da perda de sangue. |
| Observar sinais de infecção | 6550 - Proteção contra INFECÇÃO ¹ | 4 | V | - Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção. |

| | | | | |
|--------------------------------|---|---|-------|--|
| | 3440 - Cuidados com o local de INCISÃO ¹ | 2 | L | - Monitorar sinais e sintomas de infecção na incisão |
| | 3520 - Cuidados com ÚLCERAS de Pressão ¹ | 2 | L | - Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de infecção no ferimento. |
| | 3582 - Cuidados da PELE: local da doação ¹ | 2 | L e J | - Monitorar o aparecimento de sinais de infecção (p. ex., febre, dor) e outras complicações pós-operatórias. |
| | 3590 - Supervisão da PELE ¹ | 2 | L | - Monitorar ocorrência de infecção, em especial, de áreas edemaciadas. |
| Realizar banho de leito | 1610 - BANHO ² | 1 | F | - Auxiliar banho do paciente em cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou em banho de assento, conforme apropriado ou desejado. |
| Realizar curativos | 3660 - Cuidados com LESÕES ¹ | 2 | L | - Trocar o curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem |
| | 3440 - Cuidados com o local de INCISÃO ¹ | 2 | L | - Trocar o curativo a intervalos apropriados |
| | 3520 - Cuidados com ÚLCERAS de Pressão ¹ | 2 | L | - Aplicar curativos, conforme apropriado. |
| | 3620 - SUTURA ¹ | 2 | L | - Aplicar curativo, conforme apropriado. |
| Verificar sinais vitais | 66800 - Monitorização de SINAIS VITAIS ² | 4 | V | - Identificar possíveis mudanças nos sinais vitais; - Monitorar a pressão sanguínea, pulso, temperatura e padrão respiratório, conforme apropriado. |
| | 4130 - Monitorização HÍDRICA ¹ | 2 | N | - Monitorar pressão sanguínea, frequência cardíaca e estado respiratório. |

¹ Indica o nível de intervenção Sugerida; ² Indica o nível de intervenção Adicionais optativas;

* Domínio; ** Classe.

Fonte: PANATO, 2014.

7 DISCUSSÃO

Neste capítulo são discutidos os achados relacionados à caracterização clínica dos pacientes cirúrgicos e clínicos que receberam durante sua internação o DE *Integridade Tissular Prejudicada*. Este diagnóstico está diretamente relacionado a lesões na pele ou tecido subcutâneo, mucosas e córneas e estudos encontrados apresentavam o perfil desses pacientes nos serviços hospitalares sem avaliar a presença do DE em estudo. Esse é o primeiro estudo que realiza a caracterização clínica e sócio demográfica dos pacientes com o DE *Integridade Tissular Prejudicada*.

Definir as características desses pacientes pode ajudar a identificar o estado do diagnóstico, bem como os principais sinais e sintomas presentes para quem recebe esse DE. Foram identificadas nesse estudo diversas variáveis que influenciam na prevenção de feridas e para que o processo de cicatrização ocorra de forma adequada.

No que se refere às características sócio demográficas podemos notar que esses pacientes tiveram uma mediana de tempo de internação de 5 dias no SEC e de 15 no SECLIN, o tempo de internação mínimo e máximo no SEC foi de um e 164 dias e no SECLIN de um e 70 dias de internação. Estudos relatam que um elevado tempo de internação é um fator importante no desenvolvimento de lesões na pele (MARTINS; KRIEGER, 2007, CARNEIRO; LEITE, 2011). Ribeiro et al (2013) evidenciaram que pacientes com maior tempo de internação tem a ocorrência de infecção no sítio cirúrgico maior.

A idade média nos dois serviços de enfermagem foi similar, apresentando um percentual de 52,51 anos no SEC e 57,83 anos no SECLIN. Ambos os serviços apresentam uma média de idade < 60 anos. Esses dados se opõem aos achados na literatura que identificam pacientes com média de idade > 60 anos (FARIA, 2010, MACIEL, 2008, BLANES; DUARTE; FERREIRA, 2004).

A idade é um aspecto importante quando se fala no estado da pele, já que com o avançar da idade a pele tem uma diminuição da espessura entre a epiderme e redução da elasticidade, aumentando o risco de lesões, além de ter o processo de cicatrização mais lento (FREITAS; WALDMAN, 2011, ORTOLAN et al, 2013).

Os resultados apontam que os pacientes cirúrgicos com o DE em estudo eram predominantemente do sexo feminino, com percentual de 53,52, e os clínicos do sexo masculino, com 63% de prevalência. Em um estudo realizado em hospital universitário do Tocantins/BR onde foram observados indivíduos com algum tipo de ferida durante a internação, o gênero masculino foi o mais prevalente, com 62,1% (FARIA, 2010 dissertação). No estudo de Maciel (2008) o predomínio de pacientes com feridas foi do sexo feminino (51,2%). Esses estudos não se referem a algum serviço de enfermagem, mas a populações com diferentes tipos de feridas (incisões cirúrgicas, úlceras por pressão, etc).

Em ambos os Serviços de Enfermagem foi observada a predominância de indivíduos de cor branca, casados, com o 1º grau incompleto, católicos, aposentados e residentes na região Metropolitana do Rio Grande do Sul. As variáveis Estado civil, Cor e Profissão tiveram resultados semelhantes aos encontrados na literatura (MACIEL, 2008, CARNEIRO; LEITE, 2011). Em relação a variável Escolaridade, cerca de 20% em ambos os serviços possuíam o 1º grau incompleto. Esse resultado deve ser levado em consideração, pois o indivíduo com menor escolaridade tem mais dificuldades de compreensão e participa menos do tratamento (FARIA, 2010 dissertação). Além disso, Déficit de conhecimento é considerado um fator relacionado para o DE *Integridade Tissular Prejudicada* (NANDA-I, 2010, p. 335).

No SEC 22,8% foram considerados Eutróficos pela avaliação da Nutrição, mas 41,1% dos pacientes apresentaram sobrepeso ou obesidade e no SECLIN 30,2% foram considerados leve, moderadamente ou gravemente desnutridos e 42,5 apresentaram sobrepeso e obesidade. No SECLIN, 26% dos pacientes recebiam nutrição enteral ou por via sonda nasoenteral, nasogástrica ou gastrostomia, isso pode estar relacionado com parte dos pacientes terem sido considerados desnutridos. Alterações no estado nutricional acabam interferindo no processo de cicatrização, fazendo com que esse processo seja prolongado. (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008; DIAS, 2009). Por isso o estado nutricional é considerado fator de risco para o surgimento de feridas crônicas (MACIEL, 2008; FARIA, 2010; FREITAS; WALDMAN, 2011; SANTOS et al, 2013).

O baixo peso corporal, como o evidenciado nos pacientes clínicos, contribui para o aparecimento de UP (FREITAS; WALDMAN, 2011; SANTOS et al, 2013). A Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral (2011) afirma que a desnutrição está associada à cicatrização inadequada, por redução da produção de

fibroblastos, de neoangiogênese e de síntese de colágeno, além de menor capacidade de remodelação tecidual. Entretanto, o excesso de peso e a obesidade também são considerados fatores de risco para o aparecimento de UP, visto que o tecido adiposo é pouco vascularizado e não é elástico, tornando-se mais vulnerável à pressão e ao desenvolvimento desta lesão (SANTOS et al, 2013).

A equipe de enfermagem tem um papel fundamental não somente na administração da nutrição e na sua monitorização, mas também na identificação de pacientes que apresentam risco nutricional. Esta variável é considerada pela NANDA-I (2010, pag. 335) fator relacionado para o diagnóstico em estudo, assim a avaliação do estado nutricional pela enfermagem é importante no momento de escolha do DE e na avaliação do mesmo.

O tabagismo, o uso de álcool, Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) também são considerados fatores de risco para o aparecimento de feridas crônicas e para o retardamento do processo cicatricial (ROGENSKI; SANTOS, 2005; FARIA, 2010; CARNEIRO; LEITE, 2011). No SECLIN consta que 43,9% dos pacientes são ou já foram tabagistas em algum momento da vida e 14,1% do SEC e 17,8% no SECLIN fazia uso de álcool. Carneiro & Leite (2011) realizaram uma pesquisa buscando identificar o perfil clínico e sócio demográfico de pacientes que fizeram alguma cirurgia cardíaca e identificar o aparecimento de lesões de pele no pós-operatório, nesse estudo foi identificado que o uso de álcool e tabaco apresentaram-se com 20,9% e 13,2%, respectivamente, sendo esses valores menores do que os encontrados no presente estudo. Pessoas que fazem uso diário ou semanal de álcool tendem a apresentar maior incidência de hipertensão arterial, sendo este outro fator de risco para o aparecimento de lesões e problemas de cicatrização (SOUZA, 2014)

O tabagismo também influencia na cicatrização de feridas. Wong et al (2012) observaram, a partir de uma revisão sistemática da literatura, que fumantes apresentam duas vezes mais risco de complicações na cicatrização de ferida operatória quando comparado a não fumantes ou ex-fumantes que pararam de fumar há pelo menos quatro semanas. Um estudo randomizado que tinha 78 pacientes incluídos, sendo 48 fumantes, demonstrou que a incidência de infecção e ruptura na incisão foi significativamente maior quando comparado aos não fumantes. (SORENSEN; KARLSMARK; GOTTRUP, 2003). É requerido que o tempo mínimo para a interrupção do tabagismo no pré-operatório seja de quatro semanas, assim

ocorre a restauração dos níveis de oxigênio nos tecidos, diminuição do estresse oxidativo, redução do impacto negativo sobre a função dos macrófagos e aumento dos níveis de vitamina C e de colágeno, normalizando o processo cicatricial (CAVICHIO et al, 2014).

Dos pacientes em estudo 35,89% do SEC e 42,46% do SECLIN apresentavam HAS e 16,34% e 21,91%, respectivamente, apresentavam Diabetes Mellitus. Em estudo realizado em um Hospital Geral do Tocantins, 8,8% dos pacientes com feridas apresentaram diabetes mellitus e 23% HAS, valores próximos aos encontrados no presente estudo (FARIA, 2010). Outra pesquisa evidenciou que a prevalência de HAS e DM em pacientes com UP foi de 43,6% e 24,4%, respectivamente (BLANES et al, 2004). Esses valores foram mais altos do que os encontrados na pesquisa e isso pode estar relacionado ao fato de que no presente estudo os pacientes possuíam outros tipos de feridas, sendo em sua maioria FO e não somente UP.

Tanto a HAS quanto a DM estão diretamente ligadas ao surgimento de feridas crônicas, em especial as de etiologia arterial e venosa (MACIEL, 2008). Em estudo realizado em um Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antônio Pedro em Niterói-RJ, com 39 pacientes que possuíam úlceras crônicas, foi observado que 28% dos pacientes possuía Diabetes Mellitus associado à Hipertensão Arterial Sistêmica, 31% deles apresentavam Diabetes Mellitus e 29% hipertensão arterial (OLIVEIRA; LIMA; ARAÚJO, 2008). O comprometimento venoso-arterio-capilar com obstrução dos pequenos vasos tem como fator agravante a HAS, isso prejudica a drenagem vascular predispondo a lesões nos membros inferiores. Pacientes com DM também possuem um maior risco de desenvolver alguma disfunção vascular e/ou hipertensão (LEE et al, 2010). Rogenski & Santos (2005) afirmam que são significantes para o desenvolvimento de UP, principalmente em com doenças vasculares e naqueles submetidos a cirurgias prolongadas (ROGENSKI; SANTOS, 2005)

Em relação as variável Temperatura axilar podemos notar pouca diferença da média em relação aos valores basais em ambos os Serviços. O cuidado de enfermagem Verificar os Sinais Vitais foi prescrito para praticamente todos os pacientes do SEC (100%) e do SECLIN (997,26%) durante o período de internação, o que pode ter ajudado a manter o controle da temperatura. Esse cuidado foi mapeado com a intervenção de enfermagem da NIC Monitorização de SINAIS

VITAIS e Monitorização HÍDRICA. Um dos fatores relacionados que a NANDA I sugere para o diagnóstico é Extremos de temperatura, por isso o controle da temperatura é importante, principalmente para o controle de infecção. Tanto no SEC quanto no SECLIN a variável dor apresentou uma média considerada equivalente à dor fraca (1,88 e 1,71, respectivamente), permanecendo na mesma classificação o SECLIN, quando considerado o desvio padrão. Essa observação é importante uma vez que evidencia um bom manejo da dor nas enfermarias clínicas e cirúrgicas do hospital onde ocorreu o estudo,

A dor é um fenômeno muito frequente no pós-operatório, principalmente no local da incisão cirúrgica, e pode resultar em sofrimento e exposição a riscos desnecessários. Em estudo realizado em um hospital público de ensino de grande porte no município de Uberaba, Minas Gerais, foi observado que a média da intensidade da dor no pós-operatório (PO) imediato foi de 2,91, no primeiro PO de 2,68, no segundo PO de 3,08 e no terceiro PO de 1,77 (BARBOSA et al, 2014). Em outro estudo observou-se que a média no PO imediato e no primeiro dia de PO foi de 2,6 e 2,4. (ANDRADE; BARBOSA; BARICHELLO, 2010). Em ambos os estudos a dor foi considerada leve, semelhante à observada neste estudo, entretanto a média de dor observada nos pacientes cirúrgicos e clínicos foi menor que a encontrada na literatura.

Mobilidade física prejudicada e fatores mecânicos (pressão, abrasão e fricção) são considerados pela NANDA-I um fator relacionado para o DE Integridade Tissular Prejudicada (NANDA-I, 2010, pag. 335). No presente estudo, a categoria da variável Mobilidade mais prevalente foi “Restrito ao leito” em ambos os Serviços de Enfermagem, destacando-se o SECLIN com percentagem de 38,4. Esse dado pode estar relacionado com a escala de Risco para UP (BRADEN) ter considerado 22,11% dos pacientes do SEC e 31,5% do SECLIN com risco para esta lesão, já que duas das subescalas da BRADEN se referem à mobilidade e atividade física do paciente. Menegon et al (2012) observou que em pacientes com risco para UP, 156 (83,4%) estavam acamados ou com a mobilidade bastante limitada.

A imobilidade ou pouca mobilidade é considerada uma causa intrínseca para aumentar o risco para UP, já que sua capacidade de aliviar a pressão de modo eficaz está prejudicada (MENEGON et al, 2012; NOGUEIRA; ASSAD, 2013). Pacientes cirúrgicos também possuem mais chances de desenvolver UP durante a internação, principalmente os que realizaram procedimentos cirúrgicos prolongados,

onde acontece diminuição de fluxo sanguíneo capilar por tempo prolongado de imobilidade e pressão (SOARES et al, 2011; CARNEIRO; LEITE, 2011). As intervenções Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos e Implementar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão estavam entre os dez cuidados mais prescritos para pacientes cirúrgicos e clínicos. Esses cuidados foram mapeados com as intervenções da NIC: Cuidados com LESÕES. Prevenção de ÚLCERAS de pressão, Supervisão da PELE e Proteção contra INFECÇÃO. Como esses pacientes possuem maior risco de desenvolver úlceras por pressão é importante prevenir através da mudança de posicionamento e inspeção da pele.

Observou-se que menos de 10% dos pacientes do SEC faziam uso de fraldas, já no SECLIN essa percentagem passa a ser de 19,2%. Uma das sub-escalas da avaliação de BRADEN tem relação com a umidade. Sabe-se que a exposição prolongada da pele dos pacientes à umidade, decorrente das eliminações vesicais/intestinais e drenagens de fístulas ou feridas, pode acabar levando ao aparecimento de UP (SANTOS et al, 2013). Essa umidade pode macerar e enfraquecer as camadas superficiais da pele, tornando-as mais vulneráveis às lesões, assim a presença de incontinência urinária, bem como o uso de fralda favorecem essa condição (BLANES et al, 2004, FREITAS; WALDMAN, 2011). Tendo isso em vista, a enfermagem deve promover e manter a higiene, para evitar complicações causadas pela exposição da pele à umidade (FREITAS; WALDMAN, 2011). Ainda 31,4% dos pacientes no SEC e 31,5% no SECLIN usaram Sonda Vesical de Demora. Em um estudo que analisou 998 pacientes da clínica médica e 839 da clínica cirúrgica a prevalência da utilização de Cateter vesical total foi de 14%; sendo 18% na Cirúrgica e 10% na Clínica, valores bem menores dos que os encontrados neste estudo (CONTERNO; LOBO; MASSON, 2011). Sabe-se, também, que o uso de fraldas e cateteres vesicais aumenta o risco de infecção (ALVES; SANTANA, 2013, CONTERNO; LOBO; MASSON, 2011).

Visto que grande parte dos pacientes possuía algum tipo de ferida (principalmente feridas operatórias) e realizaram algum procedimento invasivo como cateteres venosos, o risco de infecção é maior, como o encontrado na literatura (LUCENA et al, 2011). No SEC 94,5% dos pacientes fizeram uso em algum momento da internação de cateter venoso, sendo que 55,1% fez uso de cateter venoso periférico e recebeu infusão de soroterapia. O SECLIN teve 42,5% dos

pacientes fazendo uso de cateter venoso periférico e recebendo soroterapia. Esse tipo de procedimento também causa lesão à pele e se torna uma porta aberta para microrganismos. A enfermagem deve estar atenta a sinais de infecção como febre, presença de calor, rubor, abscessos locais e queixa de dor, já que o processo de cicatrização se torna mais lento (MACIEL, 2008).

Silva et al (2009) propõe algumas intervenções para diminuir o risco de infecção em cateteres venosos como: observar e registrar presença de sinais flogísticos em locais de punções; trocar equipos e locais de punção periférica de acordo com as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); manter um ambiente limpo e a utilização de técnicas assépticas. Um dos cuidados mais prescritos em ambos os serviços foi *Implementar cuidados na punção venosa* para 344 pacientes (89,35%), mapeado com a intervenção controle de INFECÇÃO, que trata do manejo adequado do acesso para minimizar os riscos de infecção.

Ferreira & Andrade (2006) também sugerem a avaliação da ferida cirúrgica ou de drenos quanto à drenagem de secreção purulenta, serosa e/ou hemática (após o quarto dia de PO) e se há sinais inflamatórios ou febre. Esse dado é importante, já que 33,6% dos pacientes do SEC e 24,4% do SECLIN fizeram uso de algum tipo de dreno durante a internação.

Quanto aos tipos de feridas encontradas nesses pacientes, as Feridas Operatórias tiveram uma frequência maior de 80% no SEC (83,33) e foi maioria no SECLIN (52,05%). Diferente do SEC, em que mais de 85% dos pacientes internaram para realizar alguma intervenção cirúrgica, no SECLIN a mesma percentagem de internações (30,1%) foi devido a complicações clínicas e intervenções cirúrgicas. Esses dados podem estar relacionados, já que mais de 80% dos pacientes que internou para realizar um procedimento cirúrgico no SEC também apresentou ferida operatória durante a internação. Diversos estudos sobre a prevalência de feridas apontaram para uma prevalência maior de feridas agudas durante a internação: 78,3% em Faria (2010); 81,38% em Maciel (2008); e 49,4% em Gruen (1997).

Observa-se que a porcentagem de pacientes do SECLIN que apresentaram ferida operatória foi maior do que a porcentagem que internou para realizar alguma intervenção cirúrgica. Isso pode estar relacionado com complicações durante a internação que tornaram necessária intervenção cirúrgica.

A avaliação do aspecto da ferida pelo enfermeiro é necessária, tendo em vista que essa prática serve para verificar o processo de cicatrização e se sinais de infecção estão presentes durante a recuperação do paciente. Verificou-se que o cuidado Avaliar aspecto da ferida operatória, mapeado com as intervenções NIC Cuidados com Local de INCISÃO, Cuidados com LESÕES, Cuidados da PELE: local da doação, Cuidados da PELE: Local do enxerto e Supervisão da PELE, foi prescrito para 77,66% pacientes. Essas intervenções referem-se à monitorização, higienização e promoção da cicatrização da ferida. Sangramento foi a característica com maior frequência no SEC (18,84%). Ferreira & Andrade (2006) observaram que nos primeiros quatro dias (fase inflamatória) de PO, sangramento, vermelhidão, calor e dor podem estar presentes, o que condiz com o encontrado no estudo. Os pacientes eram monitorados quanto a presença de sangramentos na incisão e isso é constatado pela frequência em que o cuidado Monitorar sangramentos foi prescrito em ambos os serviços. Esse cuidado foi mapeado com a intervenção proposta pela NIC Controle de HEMORRAGIA, que se refere ao controle de estímulos que possam induzir a sangramento ou hemorragia.

Verifica-se, também, que em ambos os Serviços de Enfermagem a presença de Secreção Serosa tem um percentual próximo a 8% (SEC - 8,07% e SECLIN -8,79%). Acredita-se que se há extravasamento de exsudato a selagem fisiológica não foi suficiente, o que propicia a invasão de patógenos e requer que seja realizado um curativo de cobertura oclusiva (FERREIRA; ANDRADE, 2006). Para evitar infecção sugere-se que a limpeza deva ser feita com soro fisiológico, respeitando-se quantas vezes for necessário, até a interrupção da drenagem, e que a cobertura da incisão seja realizada com gaze estéril seca e o mínimo de fita adesiva. Essa medida é importante, pois a ruptura parcial ou total do sítio cirúrgico (uma das principais complicações) é causada principalmente por infecção (FERREIRA; ANDRADE, 2006). O cuidado Realizar curativos foi um dos mais prescritos para os pacientes clínicos e cirúrgicos e foi mapeado com quatro intervenções propostas pela NIC diferentes, sendo elas: Cuidados com LESÕES, Cuidados com local de INCISÃO, Cuidados com ÚLCERAS de pressão e SUTURA.

As feridas crônicas foram mais prevalentes no SECLIN, sendo que as Úlceras por pressão (16,67%) estavam presentes em maior número do que outros tipos de úlceras ou outras lesões, como encontrado na literatura. (CARNEIRO; LEITE, 2011, MACIEL, 2008). Em estudo realizado em um Hospital Universitário em

2005, a prevalência de UP na clínica médica foi de 42,6% e de 39,5% na clínica cirúrgica (ROGENSKI; SANTOS, 2005). No presente estudo as Úlceras por Pressão mais prevalentes foram as consideradas de grau I e II em ambos os serviços. No SEC as UP grau I foram equivalentes a 29,41% e no SECLIN 41,67%. As UP de grau II tiveram percentagem >50% em ambos os serviços. Em um estudo onde foram avaliadas 78 UP, 24,4% foram consideradas de grau I e 38,5% de grau II (BLANES et al, 2004). Em outro estudo com pacientes cirúrgicos as UP grau II representaram 19,2% das lesões (CARNEIRO; LEITE, 2011). Em estudo de Soares (2011) as UPs de grau II representaram 41,2%. Serpa et al (2011) realizaram uma investigação com 72 pacientes em que oito pacientes desenvolveram UP, das quais 42,9% foram consideradas de grau I e 57,1% de grau II. Os valores encontrados na literatura foram próximos aos observados nessa pesquisa, principalmente em relação às UPs de grau I.

Maciel (2008) verificou uma incidência de 23,2% de úlceras na perna (incluindo úlceras venosas e arteriais) e outras feridas com percentual equivalente a 4%. No presente estudo foi verificada uma frequência menor, 16,84% no SEC e 4,59% no SECLIN entre úlceras venosas, arteriais e outros tipos de feridas. Três das quatro úlceras venosas do SEC (75%) tinham presença de Fibrina e nenhuma Úlcera Venosa apresentou Calor, Hiperemia, Isquemia e Secreção Purulenta. No SECLIN foi observada a presença de Edema, Fibrina e Tecido de Granulação com igual frequência (33,33%). Aldunate et al (2010) verificaram que a presença de fibrina e edema em UV é frequente.

Observou-se que os diagnósticos médicos apresentados pelos pacientes do SEC foram referentes a neoplasias, doenças do aparelho digestivo e do aparelho geniturinário, o que tem relação com a prevalência de cirurgias realizadas. Já no SECLIN os diagnósticos médicos mais prevalentes pertenciam ao capítulo referente a doenças do aparelho circulatório, o que também pode ser evidenciado pela prevalência de cirurgias cardiovasculares do serviço.

Dos 385 pacientes analisados, 362 apresentaram como etiologia para o DE *Integridade tissular prejudicada*, Trauma Mecânico, o que confere com a literatura (NAPOLEÃO; CALDATO; PETRILLI, 2009). Dos 120 cuidados de enfermagem disponibilizados para esse DE no sistema, 96 (80%) foram prescritos para os pacientes em estudo. Em relação ao Mapeamento Cruzado dos cuidados prescritos para os pacientes com *Integridade Física Prejudicada*, foram mapeados os 10 mais

frequentes em ambos os serviços, nos domínios: *Fisiológico: Básico, Fisiológico: Complexo e Segurança* semelhante ao encontrado na literatura (FONTES; CRUZ, 2007). E nas classes: Controle da Eliminação, Controle da Imobilidade, Facilitação do Autocuidado, Cuidados Peri operatório, Controle de Pele/Feridas, Controle da Perfusion Tissular e Controle de Risco Dois dos cuidados mapeados foram cruzados com 5 intervenções diferentes da NIC (Avaliar aspecto da ferida operatória e Observar sinais de infecção).

Foi possível verificar que os pacientes do estudo possuíam várias características que tornavam acurada a escolha do DE Integridade Tissular Prejudica. Todavia, as características clínicas e sócio demográficas que esses pacientes apresentaram são mais amplas do que as apresentadas pela NANDA-I.

8 CONCLUSÕES

A caracterização clínica e social dos pacientes com DE *Integridade tissular prejudicada* diferiu em ambos os serviços. No SECLIN o tempo de internação foi maior e os pacientes eram em sua maioria do sexo masculino, grande parte dos pacientes foram considerados desnutridos, apresentaram maior risco para úlcera por pressão e maior média de diagnósticos médicos. Os diagnósticos médicos mais prevalentes situavam-se no grupo doenças do aparelho circulatório. As feridas crônicas, em especial as úlceras por pressão, foram mais prevalentes no SECLIN em relação ao SEC. A maioria dos pacientes do SEC eram mulheres, com sobrepeso ou obesidade, e o principal motivo de internação foi cirúrgico. Esses pacientes também fizeram mais uso de drenos durante a internação e mais de 85% deles apresentaram ferida operatória. O diagnóstico médico mais comum foi de neoplasia.

Conclui-se que o estudo possibilitou caracterizar clínica e sócio demograficamente os pacientes que receberam o Diagnóstico de Enfermagem Integridade Tissular Prejudicada nesses serviços. Essa caracterização pode contribuir para o refinamento do diagnóstico, pois muitas variáveis foram encontradas e algumas delas não estão presentes no DE da NANDA-I.

Como limitação da pesquisa, cita-se a não inclusão dos registros de enfermagem dos profissionais de nível técnico, que poderiam colaborar com os registros mais completos, principalmente relacionados à avaliação das feridas, pois são esses profissionais que na maioria das vezes realizam os curativos e as outras intervenções prescritas pelo enfermeiro.

Sugere-se que as instituições de ensino aprimorem a formação dos enfermeiros para a avaliação, tratamento e acompanhamento da evolução dos pacientes com esse DE, por meio das linguagens padronizadas NANDA-I, NIC e NOC, instigando os novos profissionais a utilizar essas classificações na prática clínica.

Para a assistência, considera-se necessário que se priorize essa temática principalmente em capacitações, já que grande parte dos cuidados relacionados ao tratamento de feridas é de responsabilidade da enfermagem.

Outros estudos precisam ser desenvolvidos de modo a investigar a efetividade desses cuidados prescritos nos resultados alcançados pelos pacientes,

principalmente relacionados à cicatrização de feridas. A associação entre essas variáveis poderá caracterizar a relação estatística entre os diferentes serviços de enfermagem, além disso, estudos de acurácia e de coorte poderão demonstrar as características definidoras e fatores relacionais mais sensíveis a esse DE. Estudos qualitativos que visem conhecer as dificuldades dos enfermeiros na avaliação dos pacientes com feridas, ou que apontem estratégias para qualificar a utilização das classificações de enfermagem nessa área, são imperativos para a valorização desta prática.

REFERÊNCIAS

- ALDUNATE, J. L. C. B. et al. Úlceras venosas em membros inferiores. **Revista Medicina** [Internet]. v.89, n.3/4, p.158-63, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/46291/49947>>. Acesso em 12 jun. 2014.
- ALMEIDA, M. A. et al. Nursing Outcomes for Brazilian Pediatric Patients Hospitalized With Deficient Diversional Activity. **International Journal of Nursing Knowledge**. v.24, n.2, p.85-92, 2013.
- ALMEIDA, M. A.; SEGANFREDO, D. H.; UNICOVSKY, M.R. Validação de indicadores da Classificação dos Resultados de Enfermagem para pacientes com problemas ortopédicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.44, n.4 p.1059-1064, 2010.
- ALVES, A. R. et al. A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado*. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde** [Internet]. v.26, n.4, p.397-402, 2008. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2008/v26n4/a1736.pdf>>. Acesso em 24 nov. 2013.
- ALVES, L. A.; SANTANA, R. F. Percepções da equipe de enfermagem sobre a utilização de fraldas geriátricas na hospitalização. **Ciência, Cuidado & Saúde**. v.12, n.1, p.019-025, 2013. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14814/pdf> Acesso em 12 jun. 2014.
- ANDRADE, E. V.; BARBOSA, M. H.; BARRICHELLO, E. Avaliação da dor em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem** [Internet]. v.23, n.2, p.224-229, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/12.pdf>>. Acesso em 18 jun. 2014.
- BACKES, D. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem como fenômeno interativo e multidimensional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]**. v.16, n.6, p.979-985, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_07.pdf>. Acesso em 02 out. 2013.
- BARBOSA, M. H. et al. Dor, alterações fisiológicas e analgesia nos pacientes submetidos a cirurgias de médio porte. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v.16, n.1, p.142-50, 2014. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a17.pdf>>. Acesso em 18 jun. 2014.
- BARROS, K.M. **Revisão do Diagnóstico de Enfermagem Integridade Tissular Prejudicada: uma análise de conceito**. Belo Horizonte. Escola de Enfermagem UFMG, 2012. 137f.
- BLANES, L. et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. **Revista da Associação Médica**

Brasileira [Internet]. v.50, n.2, p.182-7, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20781.pdf>. Acesso em 12 jun. 2014.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet]. v.11, n.2, p.240-244, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a16.pdf>>. Acesso em 22 nov. 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 3 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.

BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M.; BULECHEK, G.M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 5 ed. Artmed, 2010.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre, Artmed, 2003.

CARNEIRO, G. A.; LEITE, R. C. B. O. Lesões de Pele no intra-operatório de Cirurgia Cardíaca: Incidência e Caracterização . **Revista da Escola de Enfermagem USP** [Internet]. v.45, n.3, p.611-616, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a09.pdf>>. Acesso em 12 jun. 2014.

CAVALCANTE, A. M. R. Z. et al. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v.12, n.4, p.727-35, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a19.pdf>> Acesso em 26 nov. 2013.

CAVICHIO, B. et al. Duration of smoking cessation for the prevention of surgical wound healing complications. **Revista da Escola de Enfermagem USP** [Internet]. v.48, n.1, p.170-176, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/0080-6234-reeusp-48-01-170.pdf>>. Acesso em 18 jun. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 358 de 15 outubro 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Rio de Janeiro: COFEN; 2009.

CONTANZI, A. P. **Validação clínica dos diagnósticos de enfermagem mobilidade física prejudicada, integridade tissular prejudicada e integridade da pele em pacientes submetidos a cateterismo cardíaco**. UFRGS/Escola de Enfermagem, 2011. 58f.

CONTERNO, L. O.; LOBO, J. A.; MASSON, W. Uso excessivo do cateter vesical em pacientes internados em enfermarias de hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem USP** [Internet]. v.45, n.5, p.1089-1096, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a09.pdf>>. Acesso em 12 jun. 2014.

CUNHA, N. A. **Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas**. Olinda: FUNESO, 2006.

DALRI, C. C.; ROSSI, L. A., DALRI, M. C. B. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [internet]. v.14, n.3, p.389-396, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a13.pdf>>. Acesso em 26 nov. 2013.

DOCHTERMAN, J.M.; BULECHEK, G.M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DIAS, C. A. M. S. V. **Nutrição e Cicatrização de Feridas- Suplementação Nutricional?**. Porto. U. Porto/Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. 2009. 61p.

FONTES, C. M. B.; CRUZ, D. A. L. M. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Revista da Escola de Enfermagem USP** [Internet]. v.41, n.3, p. 395-402, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/08.pdf>>. Acesso em 26 nov. 2013.

FERNANDES, N. C. S.; TORRES, G. V.; VIEIRA, D.; Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. v.10, n.3, p.733-46, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a19.htm>>. Acesso em 22 nov. 2013.

FEREIRA, A. M.; ANDRADE, D. Sítio cirúrgico: avaliação e intervenções de enfermagem no pós-operatório. **Arquivos de Ciências da Saúde** [Internet]. v.13, n.1, p.27-33, 2006. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-1/ID%20157.pdf>. Acesso em 12 jun. 2014.

FERREIRA, A. M.; BOGAMIL, D. D. D.; TORMENA, P. C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. **Arquivos de Ciências da Saúde** [Internet]. v.15, n.3, p.105-9, 2008. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN269.pdf>. Acesso em 10 jun. 2014.

FREITAS, L. D. O.; WALDMAN, B. F. O processo de envelhecimento da pele do idoso : diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Estudos. Interdisciplinares sobre o envelhecimento** [Internet]. v.16, edição especial, p.485-497, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/17924/16315>>. Acesso em 12 jun. 2014.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** [Internet]. v.13, n.1, p.188-193, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715321025.pdf>>. Acesso em 2 out. 2013.

GEOVANINI, T.; JUNIOR, A. G. O.; PALERMO, T. C. S. Manual de Curativos. 1ª ed. São Paulo: Corpus, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRUEN, R. L.; MACLELLAN, D. G. The point prevalence of wounds in a teaching hospital. **ANZ Journal of Surgery**. v.67, n.10, p.686-688, Oct, 1997.

HORTA, W. A. **Processos de Enfermagem**. São Paulo: EPU. Universidade de São Paulo; 1979.

HCPA. HOPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE. **Histórico**. Hcpa. Disponível em <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/13/97/>>. Acesso em 2 out. 2013a.

_____. HOPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE. **Indicadores**. Hcpa. Disponível em <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/441/661/>>. Acesso em 2 out. 2013b.

_____. HOPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE. **Serviço de Enfermagem Cirúrgica**. Hcpa. Disponível em <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/335/530/>>. Acesso em 2 out. 2013c.

_____. HOPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE. **Serviço de Enfermagem Médica**. Hcpa. Disponível em <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/405/605/>>. Acesso em 2 out. 2013d.

_____. HOPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE. **Formulários**. Disponível em <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/1592/1113/>>. Acesso em 27 out. 2013e.

LEE, et al. Ultra-low microcurrent in the management of diabetes mellitus, hypertension and chronic wounds: Report of twelve cases and discussion of mechanism of action. **International Journal of Medical Sciences** [Internet].v.7, n.1, 29-35, 2010. Disponível em: <<http://www.medsci.org/v07p0029.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2014.

LUCENA, A. F. et al. Brazilian Validation of the Nursing Outcomes for Acute Pain. **International Journal of Nursing Knowledge** [Internet]. v.24, n.1, p.54-58, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2047-3095.2012.01230.x/pdf>>. Acesso em 24 nov. 2013.

LUCENA, A. F.; BARROS, A. L. B. L. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**. v.18, n.1, p. 82-88. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a11v18n1.pdf>>. Acesso em 3 out. 2013.

LUCENA, A. F. et al. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet]. v.19, n.3, p.523-530, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_11.pdf>. Acesso em 12 jun. 2014.

LUZ, B. S. R. et al. Evaluating the effectiveness of the customized Unna boot when treating patients with venous ulcers*. **Anais Brasileiros de Dermatologia** [Internet]. v.88, n.1, p.41-49, 2013, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v88n1/0365-0596-abd-88-1-0041.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2014.

MACIEL, E. A. F. **Prevalência de feridas em pacientes internados em um hospital filantrópico de grande porte de Belo Horizonte**. Minas Gerais. UFMG/Escola de Enfermagem, 2008. 91p.

MARTINS, S. K. et al. Revascularização do miocárdio com emprego de ambas artérias mamárias internas em pacientes com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular** [Internet]. vol.22, n.3, p.291-296, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v22n3/v22n3a04.pdf>>. Acesso em 12 jun. 2014.

MENEGON, D. B. et al. Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. **Texto & Contexto - enferm.** [Internet]. v.21, n.4, p.854-861, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/16.pdf>>. Acesso em 12 jun. 2014.

MOORE, K. L.; DALLEY, A. F. **Anatomia orientada para a clínica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. L.; SWANSON, E. **Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

MORAIS, G. F. C.; OLIVEIRA, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto & Contexto - Enfermagem** [Internet]. v.17, n.1, p.98-10, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/11.pdf>>. Acesso em 12 jun. 2014.

MORGANA, M. P. F. **Prevalência, perfil clínico e sócio demográfico dos portadores de feridas, usuários do Sistema Único de Saúde, internados em um Hospital Geral no Tocantins**. Brasília. UNB/Faculdade de Ciências da Saúde, 2010. 113p.

MOURA et al. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [Internet]. v.30, n.1, p. 136-140, 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23623/000703508.pdf?sequence=1&locale=pt_BR>. Acesso em 20 jun. 2014.

NANDA *International*. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NAPOLEÃO, A. A.; CALDATO, V. G.; PETRILLI, J. F. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v.11, n.2, p.286-94, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a08.htm>>. Acesso em 12 jun. 2014.

NOGUEIRA, G. A.; ASSAD, L. G. Avaliação de risco para úlcera por pressão: contribuição para o cuidado de enfermagem na unidade de clínica médica. **Revista de Enfermagem UFPE** [Internet]. v.7, n.11, p.6462-70, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/admin/Downloads/4766-49251-1-PB.pdf>. Acesso em 12 jun. 2014.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 1999-2000**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

OLIVEIRA, B. G. R. B.; LIMA, F. F. S.; ARAÚJO, J. O. Ambulatório de Reparo de Feridas - perfil da clientela com feridas crônicas. Um estudo prospectivo. **Online Brazilian Journal of Nursing** [Internet]. v. 7, n.2, 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1508/369>>. Acesso em 20 jun. 2014.

ORTOLAN, M. C. A. B. et al. Influência do envelhecimento na qualidade da pele de mulheres brancas: o papel do colágeno, da densidade de material elástico e da vascularização. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica** [Internet]. v.28, n.1, p.41-8, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/08.pdf>>. Acesso em 12 jun. 2014.

RIBEIRO, J. C. et al. Ocorrência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas. **Acta Paulista de Enfermagem** [Internet]. v.26, n.4, p.353-9, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307028850009>>. Acesso em 12 jun. 2014.

RIBEIRO, M. A. S. **Validação de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem: integridade da pele prejudicada, risco de integridade da pele prejudicada e integridade tissular**. Campinas. UNICAMP/Faculdade de Ciências Médicas, 2012.

RIBEIRO, M. A. S.; LAGES, J. S. S.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem relacionados à pele: definições operacionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet]. v.20, n.5, 2012. [10 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_07.pdf>. Acesso em 23 jun. 2014.

ROGENSKI, N. M. B.; Santos, V. L. C. G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. [Internet]. v.13, n.4, p.474-80, jun-ago, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a03.pdf>>. Acesso em 12 jun. 2014.

ROSSI, L. A. et al. Diagnósticos de Enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.34, n.2, p.154-64, 2000.

SEGANFREDO, D. H. et al. Outcomes Validation According to the Nursing Outcomes Classification - NOC in Nursing Surgical, Clinical and at Intensive Care Practice in a University Hospital. In: International Congress AENTDE/NANDA-I, 2010, Madrid. **International Congress AENTDE/NANDA-I**. Madrid: 2010.

SEGANFREDO, D. H.; ALMEIDA, M. A. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (Internet). v. 19, p. 34-41, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421953006>>. Acesso em 24 nov. 2013.

SERPA, L. F. et al. Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in Critical Care Patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet]. v.19, n.1, p.50-57, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/08.pdf>>. Acesso em 12 jun. 2014.

SILVA, F. S.; VIANA, M.F.; VOLPATO, M.P. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v.29, n.4, p.565-72, 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3826/6542>>. Acesso em 26 nov. 2013.

SILVA, M. G. **Aplicabilidade Clínica dos Resultados de Enfermagem em Pacientes com Mobilidade Física Prejudicada Submetidos à Artroplastia Total de Quadril**. Porto Alegre. UFRGS/EENF, 2013. 107p.

SILVA, M. S. J. et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados renais de um hospital de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v.11, n.2, p.309-17, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a11.htm>>. Acesso em 12 jun. 2014.

SOARES, D. A. S. et al. Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica** [Internet]. v.26, n.4, p.578-81, 2011. Disponível em: <http://www.rbcop.org.br/imageBank/PDF/v26n4a07.pdf>. Acesso em 12 jun. 2014.

SOURENSSEN, L. T.; KARLSMARK, T.; GOTTRUP, F. Abstinence From Smoking Reduces Incisional Wound Infection: A Randomized Controlled Trial. **Annals of Surgery** [Internet]. v.238, n.1, jul. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1422652/pdf/20030700s00001p1.pdf>>. Acesso em 18 jun. 2014

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet]. v.15, n.3, p.502-507. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf>. Acesso em 22 set. 2013.

SOUZA A. R. A. et al. Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** [Internet]. v. 88, n.4, p.441-446, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n4/13.pdf>>. Acesso em 18 jun. 2014.

SOUZA, N. F. **Prevenção de úlcera por pressão: um ensaio sobre o olhar clínico de enfermeiras sobre o corpo tegumentar de seus clientes.** Rio de Janeiro. UFRJ/EEAN, 2011.114p. 31 cm.

SOLDEVILLA, J. J.; TORRA, J. E. **Atenção Integral às Feridas Crônicas.** 1ª ed. Petrópolis: EPUB; 2012


TAZIMA, M. F. G. S.; VICENTE, Y. A. M. V. A.; MORIYA, T. Biologia da Ferida e Cicatrização. **Medicina.** [Internet]. v.41, n.3, p.259-64, 2008. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf>. Acesso em 10 jul. 2014.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. v.62, n.2, p.221-227, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a08v62n2.pdf>>. Acesso em 23 jun. 2014.

VERDÚ, J.; PERDOMO, E. **Nutrição e Feridas Crônicas.** Serie de Documentos Técnicos GNEAUPP nº12. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2011

WONG, J. et al. Short-term preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. **Canadian Journal of Anesthesia** [Internet]. v.59, p.268–279, 2012. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12630-011-9652-x>>. Acesso em 18 jun. 2014.

ANEXO A – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DA QUERY

| | | | |
|---|--|-----------------------------|--|
|  HOSPITAL DE CLÍNICAS PORTO ALEGRE RS | | Solicitação de Query | |
| Enviar para L-CGTI-SOLIC-QUERY@hcpa.ufrgs.br após o preenchimento de todos os campos da solicitação. Entraremos em contato, caso seja necessário. | | | |
| Data Solicitação | | | |
| Solicitante | | | |
| E-mail | | Ramal /Fone | |
| Finalidade | | | |
| Gestão Administrativa | | Projeto de Pesquisa | |
| Area: | | Número do Projeto: 140043 | |
| Motivo: | | | |
| Especificação da Query | | | |
| Título CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA | | | |
| Período a ser analisado: Janeiro, Fevereiro, Março, Abril, Maio, Junho, Julho, Agosto, Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro de 2013 | | | |
| Filtros a serem aplicados: Diagnósticos de enfermagem Integridade Tissular Prejudicada com fator relacionado, em ordem decrescente de frequência, para cada unidade a seguir: | | | |
| 3N INTERNAÇÃO CIRURGICA 3Q Internação clínica – Alvaro Alvin 3S Internação cirúrgica 4S internação clínica 5N internação clínica 5N UNIDADE DE EMERGENCIA MEI – CURTA PERMANENCIA 6N INTERNAÇÃO CIRURGICA 6N INTERNAÇÃO CLINICA 6S INTERNAÇÃO CLINICA 6S INTERNACAO SIDA 7N INTERNAÇÃO CLINICA 7S INTERNAÇÃO CIRURGICA 8N INTERNAÇÃO CIRURGICA 8S INTERNAÇÃO CIRURGICA 9N INTERNAÇÃO CIRURGICA 9S INTERNAÇÃO CIRURGICA | | | |
| Colunas a serem recuperadas: Nome do paciente, nº do prontuário, frequência do diagnóstico de enfermagem, idade, sexo, data da internação, data alta hospitalar | | | |
| Restrições adicionais: | | | |

ANEXO B - INSTRUMENTO PARA MAPEAMENTO CRUZADO³

| Cuidados prescritos | Intervenção de enfermagem | Domínio | Classe | Atividade relacionada |
|----------------------------|----------------------------------|----------------|---------------|------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

³ Instrumento utilizado na dissertação de mestrado SILVA, M. B. **Aplicabilidade Clínica dos Resultados de Enfermagem em Pacientes com Mobilidade Física Prejudicada submetidos à Artroplastia Total de Quadril**. Porto Alegre. UFRGS/EENF, 2013.

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HCPA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 140043

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

MIRIAM DE ABREU ALMEIDA

BRUNA PAULSEN PANATO

MARCOS BARRAGAN DA SILVA

Título: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 13 de março de 2014.


Prof. Eduardo Baridoffi Passos
Coordenador GPPG/HCPA

ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

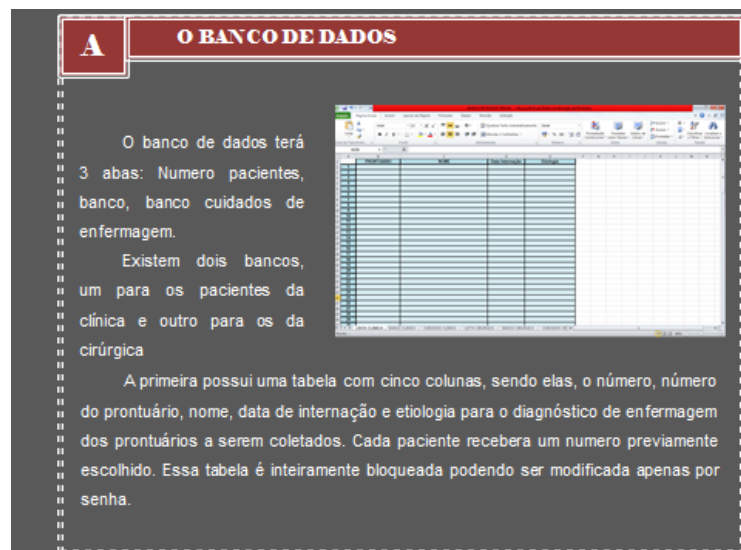
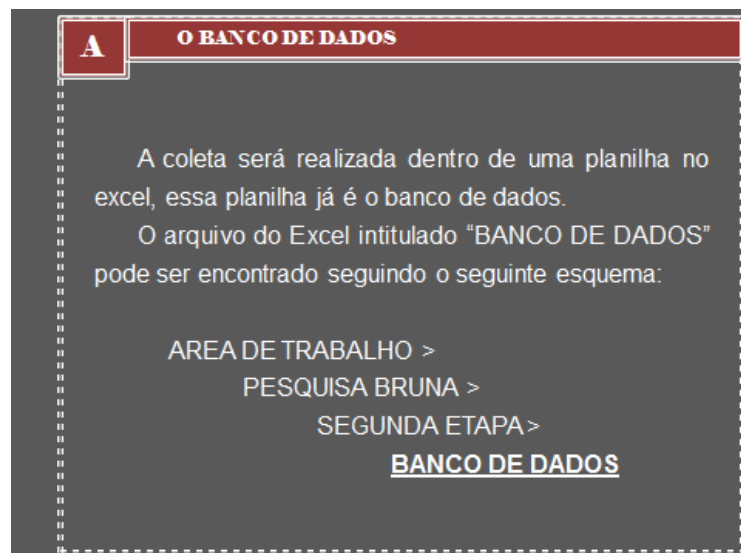
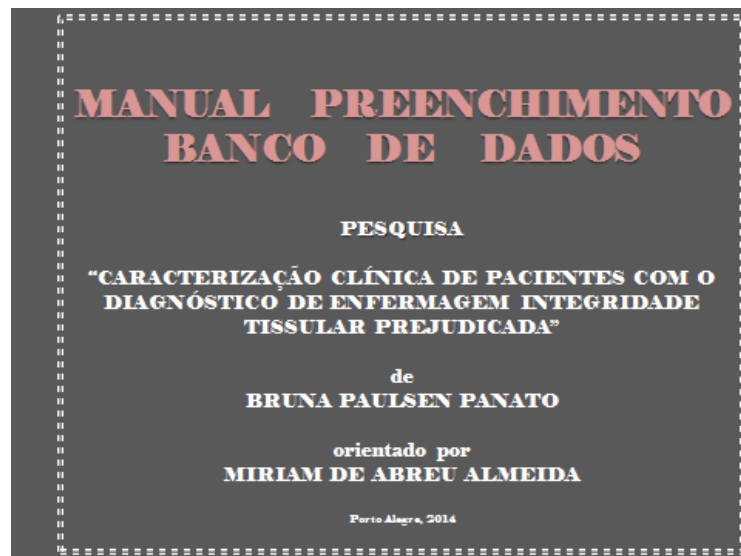
| | |
|--|------------------|
| Caracterização Clínica de Pacientes com o diagnóstico de Enfermagem Integridade Tissular Prejudicada | Cadastro no GPPG |
|--|------------------|

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 10 de dezembro de 2013

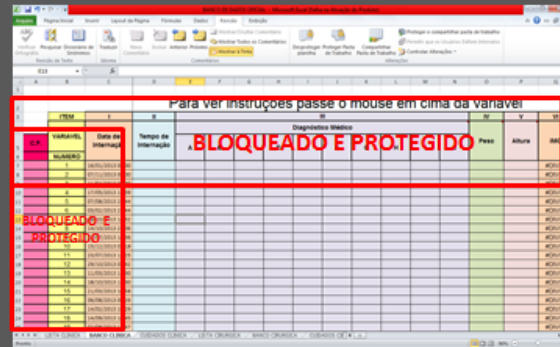
| Nome dos Pesquisadores | Assinatura |
|--------------------------|---------------------|
| Bruna Paulsen Ponato | |
| Miriam de Abreu Almeida | |
| Marcos Barragan da Silva | |
| Bruna Engelman | |
| Mariana Palma da Silva | Mariana P. da Silva |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

APENDICE A - MANUAL DE COLETA



A**O BANCO DE DADOS**

A segunda é o banco de coleta. Nesse banco as variáveis estão dispostas horizontalmente e a numeração dos pacientes verticalmente. Ambas essas linhas e colunas são bloqueadas e protegidas por senha. A terceira aba é referente a frequência dos cuidados de cada prontuário na primeira semana de internação.

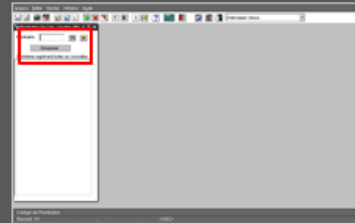
**B****AGH WEB – Procura Prontuário Online**

LOGIN + SENHA

PRONTUÁRIO
ON LINEDIGITAR NUMERO
DO PRONTUÁRIO

OU

PESQUISA DE VOZ

DIGITAR NOME DO
PACIENTE**C****COLETA DE DADOS****DATA INTERNAÇÃO E TEMPO DE INTERNAÇÃO****I Data da internação**

Data da internação já estará no banco como informação pré-estabelecida. Essa informação é importante por dirá qual internação do paciente coletar.

II Tempo de internação

Para coletar esse dato atente para a data de internação e data de alta e faça a contagem dos dias.

P.ex.: Data de internação 22/04/2013, Data de alta hospitalar 25/04/2013

Tempo de internação 3 dias

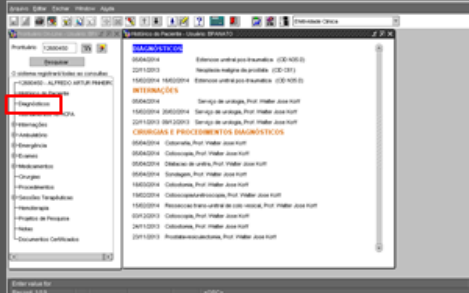
C **COLETA DE DADOS**

DIAGNÓSTICOS MÉDICO

O que coletar: Diagnósticos médico do paciente durante a internação.

Caminho a seguir: Clicar em cima da opção Diagnósticos

Como preencher: Cada aba do diagnóstico médico (A, B, C, D, E, etc) deverá receber um CID diferente. Anotar apenas os diagnósticos anteriores e durante a data de internação.



The screenshot shows a software window with a menu on the left and a list of medical diagnoses on the right. The menu includes options like 'Diagnósticos Médicos', 'Diagnósticos de Enfermagem', 'Diagnósticos de Fisioterapia', etc. The 'Diagnósticos Médicos' option is highlighted. The list on the right contains various medical codes and descriptions, such as '99A0204 - Exame físico geral', '99A0304 - Exame físico do sistema respiratório', etc.

C **COLETA DE DADOS**

IDADE, PESO, ALTURA, IMC, ESTADO NUTRICIONAL

Caminho a seguir: Abrir aba de anamnese no prontuário on line.

Como preencher:

IDADE – Preencher coluna de anos

PESO – Preencher com peso aferido. P. ex.: 63,900

ALTURA – Preencher com altura aferida em metros. P. ex.: 1,70

IMC – A coluna é preenchida automaticamente após o preenchimento dos itens peso e altura.

ESTADO NUTRICIONAL – Preencher:

- 999 - Perdido
- 1 - Eutrófico
- 2 - Sobrepeso
- 3 - Desnutrição leve
- 4 - Desnutrição moderada
- 5 - Desnutrição grave
- 6 - Obesidade I
- 7 - Obesidade II
- 8 - Obesidade III

C **COLETA DE DADOS**

SEXO, COR, ESTADO CIVIL

Caminho a seguir: Anamnese de enfermagem, normalmente no primeiro paragrafo.

Como preencher:

SEXO

- 999 - Perdido
- 1 - Feminino
- 2 - Masculino

COR

- 999 - Perdido
- 1 - Preto
- 2 - Pardo/Mulato
- 3 - Branco
- 4 - Amarelo
- 5 - Indígena

ESTADO CIVIL

- 999 - Perdido
- 1 - Solteiro(a)
- 2 - Casado(a)
- 3 - Separado(a)/Divorciado(a)
- 4 - Viúvo(a)
- 5 - União Estável

| C COLETA DE DADOS | | |
|--|--------------------------|-----------------------------|
| PROFISSÃO, ESCOLARIDADE, PROCEDÊNCIA E RELIGIÃO | | |
| Caminho a seguir: Anamnese de enfermagem, normalmente no primeiro parágrafo. | | |
| Como preencher: | | |
| <u>PROFISSÃO</u> – Preencher a profissão encontrada na anamnese. 999 - Perdido | | |
| <u>ESCOLARIDADE</u> | | |
| 999 - Perdido | 1 - Analfabeto | 2 - 1º Grau Incompleto |
| 3 - 1º Grau Completo | 4 - 2º Grau Incompleto | 5 - 2º Grau Completo |
| 6 - 3º Grau Incompleto | 7 - 3º Grau Completo | |
| <u>PROCEDENCIA</u> – Preencher com cidade que paciente mora. | | |
| <u>RELIGIÃO</u> | | |
| 999 - Perdido | 1 - Católico | 2 - Protestante/ Adventista |
| 3 - Pentecostal/ Evangélica | 4 - Kardecista/ Espirita | 5 - Candomblé |
| 6 - Umbanda | 7 - Ateu | 8 - Todos os credos |
| 9 - Outro | | |

| C COLETA DE DADOS | |
|---|--|
| MOTIVO INTERNAÇÃO E CUIDADOR INTERNAÇÃO | |
| Caminho a seguir: Anamnese de enfermagem. | |
| Como preencher: | |
| <u>MOTIVO INTERNAÇÃO</u> - Preencher com o motivo de internação do paciente. Adicionar igual ao prontuário. | |
| <u>CUIDADOR INTERNAÇÃO</u> | |
| 999 - Perdido | |
| 1 - SIM | |
| 2 - NÃO | |

| C COLETA DE DADOS | |
|--|----------------------|
| TABAGISMO, USO DE ALCOOL, USO DE DROGAS | |
| Caminho a seguir: Anamnese de enfermagem. | |
| Como preencher: | |
| <u>TABAGISMO</u> | <u>USO DE ALCOOL</u> |
| 999 - Perdido | 999 - Perdido |
| 1 - SIM | 1 - SIM |
| 2 - NÃO | 2 - NÃO |
| 3 - Ex fumante | 3 - Ex alcoolista |
| <u>USO DE DROGAS</u> | |
| 999 - Perdido | |
| 1 - SIM | |
| 2 - NÃO | |
| 3 - Ex usuário | |

| C COLETA DE DADOS | |
|--|--|
| SINAIS VITAIS | |
| Caminho a seguir: 1ª evolução em que o diagnóstico em estudo aparece ou anamnese quando o diagnóstico foi aberto. Não colocar unidade de medida (°C, mmHg, bpm, mrpm). | |
| Como preencher: | |
| <u>TAX</u> - Temperatura axilar. P. ex.: 36,3 | |
| <u>PA sis</u> - Pressão arterial sistólica. P. ex.: 112 | |
| <u>PA dia</u> - Pressão arterial diastólica. P. ex.: 73 | |
| <u>FC</u> - Frequência cardíaca. P. ex.: 82 | |
| <u>FR</u> - Frequência respiratória. P. ex.: 20 | |
| Caso a informação não seja encontrada preencher com: | |
| 999 - Perdido | |

| C COLETA DE DADOS | |
|--|------------------------------|
| EVOLUÇÃO | |
| Caminho a seguir: Verificar as 5 primeiras evoluções de ENFERMAGEM do paciente abrindo o histórico de evoluções. Algumas informações também podem ser encontradas na anamnese. | |
| Como preencher: | |
| <u>ASPECTO MUCOSAS/PELE</u> | |
| 999 - Perdido | 1 - Hipocorado e Desidratado |
| 2 - Hipocorado e Hidratado | 3 - Corado e Desidratado |
| 4 - Corado e hidratado | 5 - Ictérico |
| <u>DOR</u> - Registrar nota de dor. Preencher de 0 - 10. 999 - Perdido | |
| <u>SAT</u> - Saturação apresentada pelo paciente. 999 - Perdido | |
| <u>CATETER VENOSO</u> | |
| 999 - Perdido | 1 - Não se aplica |
| 2 - AVP salinizado | 3 - AVP infusão |
| 4 - AVC heparinizado | 5 - AVC infusão |

| C COLETA DE DADOS | |
|---|-------------------------------|
| FERIDAS | |
| <u>FO</u> - Ferida operatória | <u>UV</u> - Ulcera Venosa |
| 999 - Perdido | 999 - Perdido |
| 1 - SIM | 1 - SIM |
| 2 - NÃO | 2 - NÃO |
| <u>UA</u> - Ulcera Arterial | <u>UP</u> - Ulcera de Pressão |
| 999 - Perdido | 999 - Perdido |
| 1 - SIM | 0 - Não se aplica |
| 2 - NÃO | 1 - Grau I |
| | 2 - Grau II |
| | 3 - Grau III |
| | 4 - Grau IV |
| <u>OUTRO</u> - Especificar outro tipo de ferida que o paciente possa ter. | |

| C COLETA DE DADOS | |
|---|--|
| <u>FERIDAS</u> | |
| <u>TIPO DE CICATRIZAÇÃO</u> | |
| 999 - Perdido | |
| 0 - Não se aplica | |
| 1 - Primeira Intenção – Junção dos bordos da lesão | |
| 2 - Segunda Intenção – Não há junção dos bordos da lesão | |
| 3 - Terceira Intenção – Feridas que não foram suturadas inicialmente, romperam ou tiveram de ser reabertas. | |
| <u>ASPECTO</u> – Preencher caso alguma das características abaixo forem encontradas descritas: | |
| CALOR – HEMATOMA – HIPEREMIA – ISQUEMIA – EDEMA – | |
| SANGUE – SEROSA – PURULENTA – FIBRINA – GRANULAÇÃO – | |
| NECROSE | |
| 999 - Perdido | |
| 0 - Não se aplica | |
| 1 - Sim | |
| 2 - Não | |

| C COLETA DE DADOS | |
|--|---|
| <u>DRENO</u> 999 - Perdido 0 - Não se aplica 1 - Portovac 2 - Penrose 3 - Tóraxico 4 - J-Vac 5 - Pigtail 6 - J-Black 7 - Biliar 8 - DVE | <u>USO DE O2</u> 999 - Perdido 0 - Não se aplica 1 - Óculos Nasal 2 - Cateter Nasal 3 - Mascara Simples 4 - Mascara de Venturi 5 - Mascara de Hudson 6 - Outro |
| <u>USO DE FRALDAS</u> 999 - Perdido 1 - Sim 2 - Não | |

| C COLETA DE DADOS | |
|---|--|
| <u>NUTRIÇÃO ENTERAL</u> 999 - Perdido 0 - Não se aplica 1 - Sonda Nasoenteral 2 - Gastrostomia 3 - Gastrojejunostomia 4 - Nasogastrica | |
| <u>SONDA VESICAL</u> 999 - Perdido 0 - Não se aplica 1 - Sonda vesical de demora 2 - Sonda vesical de alívio | |

| C COLETA DE DADOS | |
|-------------------|-----------------------|
| OSTOMIAS | |
| 999 - Perdido | 9 - Jejunostomia |
| 0 - Não se aplica | 10 - Ileostomia |
| 1 - Colostomia | 11 - Cecostomia |
| 2 - Ileostomia | 12 - Transversostomia |
| 3 - Ustostomia | 13 - Sigmoidostomia |
| 4 - Urostomia | 14 - Ureterostomia |
| 5 - Traqueostomia | 15 - Colectistostomia |
| 6 - Esofagostomia | 16 - Cistostomia |
| 7 - Gastrostomia | 17 - Pleurostomia |
| 8 - Duodenostomia | 18 - Peritoniostomia |

| C COLETA DE DADOS | |
|---------------------------------|--|
| MOBILIDADE | |
| 999 - Perdido | |
| 1 - Restrito ao leito | |
| 2 - Restrito ao leito e cadeira | |
| 3 - Anda as vezes | |
| 4 - Anda normalmente | |
| EDEMA | |
| 999 - Perdido | |
| 0 - Sem edema | |
| 1 - Edema + | |
| 2 - Edema ++ | |
| 3 - Edema +++ | |
| 4 - Edema ++++ | |
| 5 - Anasarca | |
| PERFUSÃO SANGUINEA | |
| 999 - Perdido | |
| 1 - Boa perfusão | |
| 2 - Má perfusão | |

| C COLETA DE DADOS | |
|---|--|
| BRADEN | |
| 1ª AVALIAÇÃO e 2ª AVALIAÇÃO - Preencher com valor encontrado na Anamnese/Evolução, dependendo da data que o diagnóstico foi iniciado. | |
| Quando dado não for encontrado com: 999 - Perdido | |
| MORSE | |
| 1ª AVALIAÇÃO e 2ª AVALIAÇÃO - Preencher com valor encontrado na Anamnese/Evolução, dependendo da data que o diagnóstico foi iniciado. | |
| Quando dado não for encontrado com: 999 - Perdido | |

C**COLETA DE DADOS****MEDICAMENTOS INTERNAÇÃO**

Caminho a seguir:

Abrir prescrição do paciente.

O que coletar:

- Número de medicamentos prescritos
- Medicamentos prescritos durante a internação do paciente. Não repetir medicamentos independente da via de uso.

C**COLETA DE DADOS****CIRURGIAS DURANTE INTERNAÇÃO**

Caminho a seguir:

Abrir cirurgias do paciente.

O que coletar:

- Preencher com tipo de cirurgia
- Preencher cada coluna (A, B, C, etc) com cirurgias diferentes que o paciente tenha feito durante a internação. Atentar para data da cirurgia e se ela foi feita. Quando uma cirurgia é realizada ao seu lado aparece um sinal de "certo" verde.

D**APÓS COLETA****DE INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA**

Ao terminar o dia de coleta o arquivo do excel deve ser salvo e enviado para o email

tccbrunapanato@gmail.com

Deve ser colocado no assunto do email:

BANCO DE DADOS 04/05/2014

A data deve ser equivalente ao dia da coleta

P. ex.: Se eu coletei dia 1/05/2014 meu assunto será BANCO DE DADOS 1/05/2014

O computador deve ser guardado no armário da sala do 2º andar