

Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado



Nursing interventions and outcomes classifications in patients with wounds: cross-mapping
Clasificaciones de intervenciones y resultados de enfermería en pacientes con heridas: mapeamento cruzado

Fernanda Pessanha de Oliveira^a
 Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira^a
 Rosimere Ferreira Santana^a
 Bruna de Paula Silva^a
 Jessica de Souza Carvalho Candido^a

Como citar este artigo:

Oliveira FP, Oliveira BGRB, Santana RF, Silva BP, Candido JSC. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. Rev Gaúcha Enferm. 2016 jun;37(2):e55033. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55033>.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55033>

RESUMO

Objetivo: Realizar o mapeamento cruzado dos termos referentes às intervenções e aos resultados de enfermagem nos prontuários dos pacientes com feridas em comparação às classificações de intervenções e aos resultados de enfermagem.

Método: Pesquisa observacional, retrospectiva, realizada através de mapeamento cruzado. A amostra foi de 81 pacientes, atendidos no ambulatório de feridas de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados em prontuários, entre maio e julho de 2013. As etapas de análise foram: busca por frases descritivas de intervenções e resultados; definição das frequências de aparecimento das frases; agrupamento por sinônimos; comparação dos termos com as taxonomias.

Resultados: Mapearam-se 13 intervenções, destacando-se “Cuidados com lesões” (47,23%), bem como 6 resultados, e o prioritário foi “Cicatrização de feridas: segunda intenção” (45%).

Conclusões: O mapeamento cruzado de intervenções e de resultados de enfermagem em pacientes com feridas sugeriu a realização de inclusões nas taxonomias para adequação à assistência ambulatorial.

Palavras-chave: Úlcera. Cicatrização de feridas. Processos de enfermagem. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Cross-mapping of terms referring to nursing interventions and outcomes in the medical records of patients with wounds compared to nursing interventions and nursing outcomes classifications.

Method: An observational retrospective study based on cross-mapping. The sample consisted of 81 outpatients treated in a university hospital in Rio de Janeiro. Data was collected from medical records between May and July of 2013. The analysis was done in four steps: search for phrases used to describe interventions and outcomes; setting the frequency of occurrence of phrases; grouping synonyms; comparison of terms with taxonomies.

Results: 13 interventions were mapped and the most frequent was “Care with wounds” (47.23%). Also, 6 results were mapped and the priority was “Wound healing: secondary intention” (45%).

Conclusions: The use of cross-mapping of terms referring to interventions and nursing outcomes in patients with wounds suggested additions to the taxonomies for adaptation to outpatient care.

Keywords: Ulcer. Wound healing. Nursing process. Nursing care.

RESUMEN

Objetivo: Hacer mapeo cruzado de términos relacionados a intervenciones y resultados de enfermería en pacientes con heridas en comparación con las Clasificaciones de Intervenciones y Resultados de Enfermería.

Método: Estudio observacional retrospectivo, realizado por mapeo cruzado. La muestra consistió en 81 pacientes atendidos en un ambulatorio de un hospital universitario en Río de Janeiro. Los datos se obtuvieron entre mayo y julio de 2013 de los registros médicos. El análisis se realizó en cuatro etapas: búsqueda de frases descriptivas de intervenciones y resultados; frecuencia de aparición de frases; agrupación en sinónimos; comparación de términos con las taxonomias.

Resultados: Fueron mapeadas 13 intervenciones, la más frecuente fue Cuidado con lesiones (47,23%), y 6 resultados, el prioritario fue Curación de heridas: segunda intención (45%).

Conclusiones: El mapeo cruzado de intervenciones y resultados de enfermería en pacientes con heridas, sugirió que se hagan inclusiones en las taxonomías para adaptación a la atención en ambulatorio.

Palabras clave: Úlcera. Cicatrización de heridas. Procesos de enfermería. Atención de enfermería.

^a Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

As feridas são consideradas um problema grave e de abrangência mundial, responsáveis por significativos índices de morbidade e mortalidade. Nos Estados Unidos, cerca de 6,5 milhões de pessoas apresentam feridas, e aproximadamente 25 bilhões de dólares são gastos anualmente para tratar complicações de saúde relacionadas às lesões⁽¹⁾. Além disso, provocam considerável impacto ao paciente⁽²⁾, pois determinam dor, imobilidade, incapacidade, alterações psicoemocionais relacionadas à autoestima e à autoimagem, mudanças sociais advindas de hospitalizações e afastamento do convívio social⁽³⁻⁵⁾.

A assistência aos pacientes com feridas envolve desde questões biofisiológicas até emocionais, devendo ser prestada de maneira integral, o que é possível através da sistematização da assistência de enfermagem⁽⁶⁾.

Os diagnósticos de enfermagem padronizados vêm sendo desenvolvidos desde 1973 pela NANDA Internacional, mas foi em 1987 que se iniciou o projeto da Nursing Interventions Classification (NIC), visando construir uma linguagem padronizada para descrever as atividades que os enfermeiros executam no cuidado aos pacientes. A NOC (Nursing Outcomes Classification), por sua vez, é uma relação abrangente de definições e medidas padronizadas que descrevem os resultados obtidos no estado de saúde do paciente⁽⁷⁾.

Intervenção de enfermagem é qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente⁽⁸⁾, e resultados de enfermagem são estados reais, comportamentos ou percepções individuais, familiares ou comunitárias que podem ser mensurados no decorrer de uma resposta a uma ou mais intervenções. Não identificar e medir o impacto dos cuidados através da avaliação de resultados manterá a invisibilidade da relevância da equipe de enfermagem⁽⁷⁾.

Diferentes estudos científicos têm sido desenvolvidos enfocando os diagnósticos de enfermagem em pacientes com feridas⁽⁹⁻¹⁰⁾, mas não foram encontrados estudos sobre o mapeamento cruzado das intervenções ou resultados aplicados a essa clientela. As pesquisas acerca dos diagnósticos precisam ser complementadas com estudos sobre a NIC e a NOC, tendo em vista a possibilidade de construção de protocolos de cuidados completos.

No ambulatório de feridas onde são atendidos os pacientes cujos prontuários foram incluídos na coleta de dados deste estudo não são empregados protocolos padronizados para registro de cuidados ou de avaliações de enfermagem. Por isso, observou-se que a falta de padro-

nização nos registros da assistência dificulta as avaliações dos planos de cuidado.

Assim, estabeleceu-se a seguinte questão de pesquisa: As intervenções e os resultados de enfermagem registrados nos prontuários de pacientes com feridas estão de acordo com o que é estabelecido pelas classificações de intervenções e resultados de enfermagem (NIC e NOC)?

O objetivo do estudo foi realizar o mapeamento cruzado dos termos referentes às intervenções e aos resultados de enfermagem nos prontuários dos pacientes com feridas em comparação às classificações de intervenções e resultados de enfermagem.

■ MÉTODO

Pesquisa observacional retrospectiva, do tipo documental, realizada através do mapeamento cruzado (cross-mapping). Trata-se de uma estratégia que possibilita a comparação das linguagens utilizadas no cotidiano dos serviços de saúde com sistemas de classificação padronizados já existentes⁽¹¹⁾.

A população-alvo deste estudo foram 190 pacientes acompanhados durante o ano de 2012 em um ambulatório especializado no tratamento de feridas em um hospital universitário localizado no Estado do Rio de Janeiro. A população atendida neste setor é composta por cerca de 200 pacientes por ano, prioritariamente mulheres acima de 50 anos, com úlceras venosas crônicas e hipertensão arterial sistêmica como principal comorbidade⁽¹²⁾.

A amostra foi censuária, segundo os critérios de inclusão seguintes: pacientes com idade acima de 18 anos, com lesão tissular de qualquer etiologia, atendidos em pelo menos cinco consultas de enfermagem em 2012 e cujos prontuários estivessem disponíveis na seção de arquivo. Excluíram-se 109 pacientes devido à ausência de registros de enfermagem nos prontuários relacionados às feridas. Assim, foram incluídos 81 prontuários, dos quais foram avaliadas as cinco evoluções de enfermagem mais atuais em cada prontuário, em um total de 405 evoluções. Optou-se por analisar as evoluções de enfermagem, porque estes são os únicos registros feitos pelos enfermeiros em relação aos pacientes em tratamento de feridas no cenário estudado, não tendo sido efetuados registros de prescrições de enfermagem.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2013, através da análise dos termos denotativos de intervenções e resultados encontrados nas evoluções de enfermagem registradas nos prontuários durante o ano de 2012, que foram transcritas para um formulário próprio, no software Microsoft Office Word 2007, em computador pessoal.

O formulário era composto por duas partes: 1 – identificação do paciente, que incluía dados como nome, idade, sexo, doenças de base, etiologia da ferida e curativo empregado no tratamento; 2 – registros de enfermagem, para os quais eram transcritas as evoluções de enfermagem exatamente como registradas nos prontuários, seguidas por colunas específicas de cuidados e de avaliações de enfermagem, para as quais eram copiadas as frases denotativas de intervenções e resultados de enfermagem, respectivamente.

Os formulários foram preenchidos por duas acadêmicas de enfermagem, que receberam treinamento para tal, durante o qual foram orientadas, dentre outras coisas, a transcrever para os formulários os dados exatamente como registrados nas evoluções.

A análise dos dados foi realizada em três etapas. Na primeira etapa, as evoluções de enfermagem foram lidas, e as partes referentes às intervenções e avaliações (resultados) foram copiadas dos formulários de coleta de dados para um banco de dados no programa Microsoft Office Excel 2007.

Na segunda etapa, as frases com mesmo conteúdo semântico foram contabilizadas, para mensurar a quantidade de repetições de uma mesma frase em todas as evoluções de enfermagem avaliadas. A partir dessa frequência absoluta foi calculado o valor percentual correspondente, em relação ao total de frases mapeadas, por meio do software do banco de dados. Em seguida, as frases foram organizadas em grupos de sinônimos. Estabeleceram-se oito grupos para as intervenções de enfermagem: limpeza da ferida; tipos de desbridamento; tipos de bandagens; continuidade do tratamento; comorbidades; mensuração do tamanho das feridas;

aplicação de produtos para desbridamento enzimático; e fatores motivadores das orientações de enfermagem. Para os resultados de enfermagem, foram criados três grupos: avaliações clínicas; de satisfação; e de seguimento.

Na terceira etapa realizou-se o mapeamento cruzado, por meio de comparações entre as intervenções e resultados, com as atividades (NIC) e os indicadores (NOC). O mapeamento foi feito com base na semelhança entre o item, a definição da intervenção ou do resultado, e as atividades e indicadores correspondentes. Foram mapeadas não somente as palavras, mas o significado delas.

Esta pesquisa foi submetida à apreciação ética com número de CAAE 13452713.3.0000.5243, tendo sido solicitada dispensa de assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido pelos pacientes, considerando a natureza documental da pesquisa. O protocolo de pesquisa foi aprovado sob número de parecer 219.752, atendendo aos preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Artigo extraído do seguinte trabalho de conclusão de curso: "Classificações de Intervenções e Resultados de Enfermagem: Estudo de Mapeamento Cruzado em Pacientes com Feridas"⁽¹³⁾.

■ RESULTADOS

Intervenções de enfermagem

Nas 405 evoluções de enfermagem avaliadas foram identificadas 2.320 frases que expressavam intervenções

Tabela 1 – Frequências de frases mapeadas conforme grupos de sinônimos de intervenções de enfermagem – Niterói/RJ – 2013

Grupos de sinônimos	Quantidades de frases mapeadas		Principal frase mapeada
	n	%	
Aplicação de produtos	624	26,89	Aplicados ácidos graxos essenciais. Aplicado hidrogel.
Limpeza da ferida	410	17,67	Realizada limpeza com solução fisiológica a 0,9%.
Tipos de bandagens	359	15,47	Ocluído com gaze estéril e atadura crepom em espiral ascendente.
Tipos de desbridamento	320	13,79	Realizado desbridamento mecânico com pinça.
Orientações de enfermagem	199	8,57	Orientado quanto à realização do curativo no domicílio.
Comorbidades	196	8,44	Verificada pressão arterial.
Continuidade do tratamento	181	7,80	Marcado retorno.
Mensuração do tamanho das feridas	31	1,33	Realizado decalque.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

de enfermagem, indicando que havia cerca de 5,72 intervenções por evolução. Estas foram organizadas em grupos de sinônimos, conforme tabela 1.

Foram identificadas prioritariamente frases relacionadas à aplicação de produtos para cuidado e limpeza de feridas. As quantidades de frases identificadas nos prontuários referentes a esses grupos superaram o total de evoluções avaliadas, que foram 405, indicando que frases desses grupos foram registradas mais de uma vez em cada evolução.

Foram mapeadas 13 intervenções e 32 atividades de enfermagem segundo a NIC a partir dos registros dos pacientes com feridas (quadro 1).

Observa-se que a intervenção “Cuidados com lesões” foi a que teve maior quantidade de atividades mapeadas (n=1.093, 47,23%). Foram prevalentes também atividades das intervenções “Irrigação de lesões” (n=310, 13,39%) e “Administração de medicamentos: tópica” (n=288, 12,44%).

Não foi encontrado correspondente na NIC para as expressões “Marcado retorno” do grupo de sinônimos: Continuidade do tratamento. Essa frase foi mapeada em 164 vezes nos registros avaliados (7,08%). Da mesma maneira, verificou-se que, na NIC, não há correspondência para a realização de desbridamentos mecânico ou cirúrgico. Há apenas a descrição do uso de agentes medicamentosos para desbridamento na intervenção “Administração de medicamentos: tópica”.

Resultados de enfermagem

Foram identificadas 80 frases denotativas de resultados de enfermagem, porém muitas delas descreviam de formas diferentes os mesmos assuntos. Em função disso, foram organizadas em três grupos de sinônimos: avaliações

clínicas, avaliações de satisfação e avaliações de seguimento, conforme tabela 2.

Observa-se que foram prioritárias as avaliações clínicas, mais relacionadas aos resultados referentes às feridas.

Foram mapeados 6 resultados de enfermagem e 19 indicadores segundo a NOC a partir dos registros dos pacientes com feridas (quadro 2).

Observa-se que o resultado “Cicatrização de feridas: segunda intenção” foi o mais prevalente (n=36, 45%), seguido por “Comportamento de tratamento: doença ou lesão” (n=16, 20%) e “Controle da dor” (n=8, 10%).

Não foram encontrados correspondentes na NOC para as frases do grupo “Avaliações de seguimento”, que incluíam “Alta ambulatorial” (n=10, 12,5%) e “Óbito no domicílio” (n=3, 3,75%).

DISCUSSÃO

A intervenção de enfermagem prioritária foi “Cuidados com lesões”. A esse respeito, cabe destacar que atividades referentes à limpeza da lesão com soro fisiológico a 0,9%, ao emprego de técnica asséptica na realização do curativo, à medição do leito da lesão, à documentação do local, do tamanho e do aspecto da ferida são intervenções de enfermagem fundamentais para o adequado tratamento das lesões tissulares⁽¹²⁾. Da mesma maneira, são importantes também avaliações sobre drenagem, cor, tamanho e odor, aplicação do curativo adequado e orientações sobre os procedimentos de cuidado com a ferida no domicílio⁽¹²⁾.

Destaca-se a importância da limpeza da lesão com solução fisiológica a 0,9%. Estudos apontam que as características de uma solução de limpeza de feridas ideal são:

Intervenção NIC	Atividade	n	%
Cuidados com lesões	Aplicar curativo adequado à pele/lesão, se apropriado;	341	14,74
	Administrar cuidados a úlceras de pele, conforme a necessidade;	273	11,79
	Limpar a lesão com soro fisiológico ou limpador não tóxico, quando adequado;	207	8,94
	Orientar o paciente ou os membros da família sobre os procedimentos de cuidado com a ferida;	146	6,30
	Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, se adequado;	47	2,03
	Medir o leito da lesão, quando adequado;	30	1,29
	Encorajar a ingestão de líquidos, se adequado;	24	1,03
	Reforçar o curativo, se necessário;	23	0,99

Quadro 1 – Intervenções e atividades de enfermagem segundo a NIC mapeadas em prontuários de pacientes com feridas atendidos ambulatorialmente. Niterói/RJ, 2013 (continua)

Intervenção NIC	Atividade	n	%
Cuidados com lesões	Orientar o paciente e a família sobre o armazenamento e o descarte de curativos e materiais;	1	0,04
	Documentar o local, o tamanho e o aspecto da lesão.	1	0,04
Irrigação de lesões	Envolver a ferida com o tipo apropriado de curativo esterilizado;	309	13,35
	Limpar e secar a área em torno da lesão após o procedimento.	1	0,04
Administração de medicamentos: tópica	Aplicar agente para desbridamento na área afetada, quando adequado;	234	10,11
	Aplicar antibiótico tópico na área afetada, quando adequado;	43	1,85
	Aplicar agente anti-inflamatório tópico na área afetada, quando adequado;	8	0,34
	Ensinar e monitorar as técnicas de autoadministração do medicamento;	2	0,08
	Aplicar agente antifúngico tópico na área afetada, quando adequado.	1	0,04
Cuidados com a pele: tratamentos tópicos	Limpar a pele com sabonete antibacteriano, quando adequado.	202	8,72
Monitoração de sinais vitais	Monitorar a pressão sanguínea, o pulso, a temperatura e o padrão respiratório, quando adequado.	139	6,00
Controle de hiperglicemia	Monitorar os níveis de glicose sanguínea, conforme indicação.	55	2,37
Controle da hemorragia	Aplicar curativo compressivo, se indicado.	27	1,16
Controle de medicamentos	Monitorar a adesão do paciente ao regime medicamentoso.	12	0,51
Supervisão	Obter uma consulta médica quando os dados do paciente indicarem a necessidade de mudança na terapia médica.	11	0,47
Controle da nutrição	Pesar o paciente a intervalos adequados.	2	0,08
Ensino: cuidado dos pés	Descrever os sapatos apropriados (i.e., saltos baixos, com forma que combine com o formato do pé, profundidade adequada de caixa do cabedal, solado de material que absorva choque, fechamento ajustável com tiras ou cordões, cabedal feito de material que permita transpiração, seja macio e flexível, que não cause distúrbio no modo de andar e no comprimento dos membros e com potencial para modificações, se necessárias;	2	0,08
	Recomendar a secagem completa dos pés após lavá-los, especialmente entre os dedos;	2	0,08
	Orientar a pessoa a hidratar a pele todos os dias, fazendo imersões breves ou banhando os pés em água a temperatura ambiente, seguido de aplicação de emoliente;	2	0,08
	Dar informações sobre a relação entre neuropatia, lesão e doença vascular e risco de ulceração e amputação de extremidade inferior em pessoas com diabetes;	2	0,08
	Descrever as meias adequadas (i.e., material absorvente e que não aperte).	1	0,04
Cuidados com os pés	Monitorar edema nas pernas e nos pés.	1	0,04
Promoção do exercício	Orientar o indivíduo sobre o tipo adequado de exercício para seu nível de saúde, juntamente com o médico e/ou fisioterapeuta.	1	0,04

Quadro 1 – Intervenções e atividades de enfermagem segundo a NIC mapeadas em prontuários de pacientes com feridas atendidos ambulatorialmente. Niterói/RJ, 2013 (conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Tabela 2 – Frequências de frases mapeadas conforme grupos de sinônimos de resultados de enfermagem – Niterói/RJ – 2013

Grupos de sinônimos	Quantidades de frases mapeadas		Principal frase mapeada
	n	%	
Avaliações clínicas	61	76,25	Melhora dos tecidos da ferida
Avaliações de satisfação	6	7,5	Satisfação com o tratamento
Avaliações de seguimento	13	16,25	Alta ambulatorial

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Resultado NOC	Indicadores	n	%
Cicatrização de feridas: segunda intenção	Tecido de granulação	13	16,25
	Formação de esfacelo	6	7,50
	Formação de tecido cicatricial	4	5,00
	Drenagem serosa	4	5,00
	Drenagem sanguinolenta	3	3,75
	Pele macerada	2	2,50
	Diminuição do tamanho da ferida	1	1,25
	Bordas irregulares	1	1,25
	Odor proveniente da ferida	1	1,25
	Eritema em torno da ferida	1	1,25
Comportamento de tratamento: doença ou lesão	Monitora os efeitos do tratamento	12	15,00
	Atendimento ao regime de tratamento recomendado	3	3,75
	Desempenha comportamento de saúde prescrito, quando indicado	1	1,25
Controle da dor	Relata controle da dor	7	8,75
	Relata alterações nos sintomas ou nos locais da dor ao profissional de saúde	1	1,25
Integridade tissular: pele e mucosas	Descamação na pele	3	3,75
	Hidratação	2	2,50
Mobilidade	Andar	1	1,25
Autocontrole do diabete	Trata sintomas de hipoglicemia	1	1,25

Quadro 2 – Resultados e indicadores de enfermagem segundo a NOC mapeados em prontuários de pacientes com feridas atendidas ambulatorialmente. Niterói/RJ, 2013

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

não ser tóxica para os tecidos humanos, manter o tecido de granulação viável, reduzir o número de microrganismos, não causar reações de sensibilidade, estar amplamente disponível e ser de baixo custo. O soro fisiológico a 0,9% cumpre esses critérios, é uma solução isotônica, não interfere com o processo de cicatrização normal e não causa danos aos tecidos, por isso mesmo é de escolha para irrigação⁽¹⁴⁾.

As orientações são muito significativas no atendimento ambulatorial, sobretudo no cuidado a feridas. Em serviços

nos quais os pacientes são atendidos uma vez por semana, ou quinzenalmente, as orientações sobre os procedimentos para a realização dos curativos no domicílio são responsabilidade da equipe de enfermagem. Através delas, será possível estimular o autocuidado e empoderar os pacientes dos subsídios necessários ao seu próprio cuidado. Dentre estas orientações, sobrepõem-se aspectos relacionados à periodicidade da troca do curativo conforme produto em uso e medidas de controle de infecção em feridas⁽¹⁵⁾.

Dentre as atividades da intervenção “Irrigação de lesões”, destacou-se “envolver a ferida com o tipo apropriado de curativo esterilizado”. O uso de bandagem com gaze estéril e atadura é preferível em feridas localizadas nos membros inferiores, porque permite que o curativo seja fixado sem o contato direto de fitas adesivas com a pele, cuja remoção pode ocasionar fissuras e novas lesões⁽¹⁵⁾.

O curativo ideal deve proporcionar impermeabilidade à água e outros fluidos, promover um ambiente úmido, manter temperatura adequada, proteger a ferida contra traumas mecânicos e infecções e limitar os movimentos dos tecidos ao redor da ferida. Além disso, deve também viabilizar as trocas gasosas, absorver exsudato e promover o desbridamento, aliviando a dor e proporcionando condições favoráveis para a realização das atividades da vida diária do paciente⁽¹⁵⁾.

Com relação à intervenção “Administração de medicamentos: tópica”, sobreleva-se que os ácidos graxos essenciais (AGE) tiveram uma elevada frequência de uso, porque se trata de um produto com diferentes indicações e de baixo custo. São originados de óleos vegetais polissaturados, como ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja. Auxiliam na manutenção da integridade da pele e da barreira de água. São usados na prevenção e tratamento de dermatites, úlceras de pressão, lesões venosas e neurotróficas abertas com ou sem infecção⁽¹⁵⁾.

Da mesma maneira, o gel de carboximetilcelulose a 2%, descrito nos prontuários apenas como hidrogel, foi o mais frequentemente aplicado (31%) nos pacientes cujas evoluções foram avaliadas. É feito de polímeros insolúveis e possui alto teor de água. Pode ser usado em vários tipos de feridas, com capacidade de absorver o exsudato e de hidratar feridas ressecadas, como em lesões necróticas, estimulando o desbridamento⁽¹⁵⁾.

Nesse sentido, cabe definir que desbridamento, de uma forma geral, é a remoção de tecidos não viáveis e de bactérias das feridas para permitir a regeneração do tecido saudável subjacente⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, considerando a necessidade de evitar danos ao tecido de granulação neoformado. Podem ser destacados quatro tipos principais de desbridamento: mecânico, cirúrgico, químico e autolítico.

O desbridamento mecânico consiste na aplicação de força mecânica diretamente sobre o tecido necrótico, estando o conceito de força relacionado às alterações da quantidade de movimentos realizados. Já no desbridamento cirúrgico são usados instrumentos cortantes para retirada dos tecidos inviáveis, estando a força relacionada neste caso à eficiência do referido instrumento⁽¹⁷⁾.

O desbridamento químico, ou enzimático, por sua vez, se dá por ação de enzimas proteolíticas, que removem o

tecido desvitalizado através da degradação do colágeno, realizado mediante a aplicação tópica de curativos com componentes enzimáticos. Enquanto que o desbridamento autolítico ocorre por autólise, isto é, por autodegradação do tecido necrótico sob ação das enzimas lisossomais, liberadas pelos macrófagos no leito da lesão⁽¹⁷⁾.

Analisando esses conceitos em relação ao que é registrado nos prontuários dos pacientes atendidos na consulta de enfermagem, observa-se uma incoerência nos registros, porque a realização de um desbridamento com técnica estéril e utilizando instrumentais cortantes é um desbridamento cirúrgico (ainda que sem anestesia), apesar de ser denominado “desbridamento mecânico” nas evoluções avaliadas. Essa nomenclatura errônea foi empregada nos registros frequentemente, descrevendo o uso de diferentes instrumentos, como pinça anatômica e lâmina de bisturi, o que ratifica a importância da padronização da linguagem de enfermagem, para uniformização dos registros.

Não foram encontradas na NIC atividades que abordassem especificamente os tipos de desbridamento. Por isso, os profissionais que prestem cuidados a pacientes com feridas deverão acrescentar em seus registros o tipo de desbridamento empregado.

Discutindo o tratamento ambulatorial dos pacientes com lesões, é fundamental o estabelecimento de um plano de cuidados contínuo, que permita aos pacientes o acesso periódico às consultas de enfermagem.

Como as úlceras de perna são, em sua maioria, de evolução crônica⁽¹⁸⁾, o que é reiterado pelo fato de que a população atendida neste setor é formada prioritariamente por mulheres acima de 50 anos, com úlceras venosas crônicas e hipertensão arterial sistêmica⁽¹²⁾, torna-se fundamental a remarcação das consultas de enfermagem, para que sejam realizadas reavaliações periódicas do plano de cuidados. Apesar disso, não foram encontradas atividades NIC para a frase “Marcado retorno” encontrada nos prontuários, o que demonstra uma limitação dessa taxonomia à realidade de atendimento ambulatorial.

De uma maneira geral, observou-se grande quantidade de registros referentes às intervenções de enfermagem, o que demonstra que há uma atenção significativa ao fazer e executar. Evidencia-se, com isso, a relevância da atuação dos profissionais de enfermagem na equipe de atenção à saúde, que executam o cuidado pautado na integralidade humana, com o propósito de minimizar os impactos biopsicossociais no paciente com ferida.

O principal resultado de enfermagem identificado foi “Cicatrização de feridas: segunda intenção”. O tipo de cicatrização está bastante ligado ao tempo de cicatrização das lesões. Lesões agudas ou suturadas são, em geral, repara-

das por primeira intenção. Porém, as lesões nas quais ocorre um atraso no processo de reparo tecidual, culminando no afastamento das bordas, seja por deiscência cirúrgica, insuficiência venosa ou arterial, infecções ou outros fatores, podem tornar-se crônicas, isto é, levar mais de seis semanas em reparação tecidual⁽¹⁹⁾, cicatrizando, assim, por segunda intenção. No ambulatório especializado no tratamento de feridas onde esta pesquisa foi realizada há prevalência de pacientes atendidos com lesões crônicas.

Assim, é de se esperar que sejam observadas pelos enfermeiros as características dos tecidos presentes no leito ou nas bordas das feridas, tais como presença ou ausência de tecido de granulação e esfacelo, maceração, descamação ou crostas nas bordas, hidratação da pele perilesional e odor fétido, bem como tipo de drenagem, localização, profundidade e mensuração do tamanho da lesão⁽¹²⁾. A avaliação desses aspectos possibilita a determinação do tipo de ferida, da fase de cicatrização na qual a lesão se encontra, dos produtos mais indicados para acelerar processo de reparo tecidual e da existência de infecção.

O resultado "Comportamento de tratamento: doença ou lesão" se refere às ações pessoais para reduzir ou eliminar uma patologia⁽⁵⁾, descrevendo os relatos dos pacientes acerca da melhora da lesão. Os pacientes sentem-se desencorajados por não saber identificar sinais de melhora da lesão, do edema, ou outros sintomas relacionados à ferida. Em virtude disso, é fundamental que o profissional de saúde, durante a assistência prestada, oriente os clientes quanto à fisiopatologia da doença⁽²⁰⁾, para que expressem confiança nos cuidados prestados.

O resultado "Controle da dor" é definido como as ações pessoais para controlar a dor⁽⁵⁾ e denota os relatos de dor dos pacientes decorrentes da lesão. Sabe-se que são constantes as avaliações da dor realizadas nas consultas de enfermagem com pacientes com feridas. Porém, este resultado não é sugerido pela Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) nas ligações com os diagnósticos "Integridade tissular prejudicada" ou "Integridade da pele prejudicada". Trata-se de uma incoerência, já que um paciente com feridas enfrenta circunstâncias de dor.

É interessante destacar que atividades referentes à intervenção "Controle da dor" não foram encontradas nas frases dos registros dos prontuários, porque o nível de dor foi avaliado dentre os resultados de enfermagem, mas não foram registrados os cuidados propriamente ditos para o alcance desse resultado, o que demonstra uma lacuna no registro das ações realizadas, reiterando a necessidade de padronização da linguagem usada na documentação de enfermagem.

O manejo da dor em pacientes com feridas envolve, dentre outras coisas: monitorar o nível de dor pela Escala Visual

Analgésica (EVA); iniciar o curativo após analgesia tópica, oral, subcutânea ou endovenosa; retirar os adesivos do curativo anterior cuidadosamente; irrigar o leito da ferida com água destilada ou soro fisiológico 0,9%; e reavaliar a necessidade de alteração do esquema analgésico prescrito⁽¹⁵⁾.

Não foram encontrados resultados de enfermagem na NOC para a alta ambulatorial ou para óbito no domicílio. São descritos apenas os resultados "Preparo para a alta: vida com apoio", definido como o preparo de um paciente para transferir-se de uma instituição de saúde para uma vida com um nível mais baixo de apoio⁽⁵⁾, e "Preparo para a alta: vida independente", cuja definição é o preparo de um paciente para transferir-se de uma instituição de saúde para uma vida independente⁽⁵⁾. Ambos estão mais relacionados à alta de unidades de internação, indicando, assim, a necessidade de desenvolvimento de um resultado de enfermagem específico para unidades ambulatoriais.

No contexto dos resultados de enfermagem para pacientes em tratamento de feridas, a documentação das condutas adotadas nos planos de cuidados é fundamental para a qualidade da assistência prestada aos pacientes. É apenas através dos registros das condições clínicas do sujeito nas diversas fases do tratamento que será possível mensurar as mudanças no estado de saúde, quer sejam positivas ou negativas⁽⁵⁾.

Assim, pode-se dizer que não há como mensurar os resultados alcançados se não houver registro do estado de saúde inicial do paciente e das medidas implementadas em função dele. Em posse desses dados, a equipe de enfermagem poderá elaborar protocolos clínicos para possibilitar a uniformização e o aperfeiçoamento da assistência, bem como incluir os dados de enfermagem em sistemas computadorizados, criando bancos de dados clínicos padronizados para facilitar a troca de informações entre profissionais e estudiosos no assunto.

■ CONCLUSÃO

O objetivo do estudo foi alcançado, já que foi possível mapear as intervenções e resultados de enfermagem a partir dos prontuários dos pacientes com feridas. A intervenção de enfermagem mais prevalente foi "Cuidados com lesões", e o resultado de enfermagem prioritário foi "Cicatrização de feridas: segunda intenção".

Não foram encontrados correspondentes na NIC para as expressões que indicavam marcação de retorno para as consultas de enfermagem seguintes, o que indica que esta classificação abrange mais adequadamente planos de cuidados elaborados no ambiente hospitalar, em detrimento dos serviços ambulatoriais. Da mesma maneira, não foram

identificados correspondentes na NOC para a frase “alta ambulatorial”, o que ratifica a necessidade de adaptação desta classificação para assistência a esses pacientes.

A coleta de dados retrospectiva e os registros de profissionais diferentes são limitações metodológicas intrínsecas ao mapeamento cruzado. Além disso, entende-se que generalizações para outros serviços de atendimento ambulatorial a pacientes com feridas podem ser feitas, principalmente quanto às intervenções identificadas neste estudo, tendo em vista a grande quantidade de frases mapeadas nos prontuários avaliados.

Destaca-se que foi observado um número muito maior de registros de intervenções do que de resultados de enfermagem. Isso não indica necessariamente que não são avaliados os resultados, mas sim que essas avaliações realizadas na prática não têm sido registradas adequadamente. Vê-se, por isso, que este estudo traz contribuições significativas para a enfermagem, ao mostrar vieses da prática clínica que precisam ser dirimidos para incremento de cientificidade à profissão.

Como perspectivas para o futuro, recomendam-se inclusões na NIC e na NOC de intervenções e resultados voltados à assistência ambulatorial. Além disso, a NOC, em especial, deve ser revista no que tange às ligações com os diagnósticos “Integridade tissular prejudicada” e “Integridade da pele prejudicada”, pois para esses diagnósticos não são sugeridos resultados relacionados ao controle da dor. Por fim, sugere-se a estruturação de um protocolo assistencial para pacientes com feridas, contendo as intervenções e os resultados de enfermagem encontrados neste estudo, tendo em vista que a padronização dos registros dos cuidados prestados e dos resultados alcançados permitirá reavaliações precisas, culminando em melhora da qualidade assistencial prestada aos pacientes.

■ REFERÊNCIAS

1. Wong VW, Gurtner GC. Tissue engineering for the management of chronic wounds: current concepts and future perspectives. *Exp Dermatol*. 2012;21(10):729-34.
2. Zaho G, Hochwalt PC, Usui ML, Underwood RA, Singh PK, James GA, et al. Delayed wound healing in diabetic (db/db) mice with *Pseudomonas aeruginosa* biofilm challenge: a model for the study of chronic wounds. *Wound Repair Regen*. 2010; 18(5):467-77.
3. Charlesworth B, Pilling C, Chadwick P, Butcher M. Dressing-related trauma: clinical sequelae and resource utilization in a UK setting. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2014; 6:227-39.
4. Soares PPB, Ferreira LA, Gonçalves JRL, Zuffi FB. Impacto das úlceras arteriais na qualidade de vida sob a percepção dos pacientes. *Rev Enferm UFPE on line*. 2013; 7(8):5225-31.
5. Lara MQ, Pereira Júnior AC, Pinto JSF, Vieira NF, Wichr P. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. *Cogitare Enferm*. 2011;16(3):471-7.
6. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Brasília; 2009.
7. Moorhead S, Johnson M, Meridean MAAS. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 3. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
8. Dochterman JMC, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
9. Lima MSFS, Carvalho ESS, Silva EA, Gomes WS, Passos SSS, Santos LM. Diagnósticos de enfermagem evidenciados em mulheres com feridas crônicas. *Rev Baiana Enferm*. 2012;26(3):585-92.
10. Cavalcante AMRZ, Moreira A, Azevedo KB, Lima LR, Coimbra WKAM. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(4):727-35.
11. Luciano TS, Nóbrega MML, Saporolli ECL, Barros ALBL. Mapeamento cruzado de diagnósticos de enfermagem em puericultura utilizando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):250-6.
12. Pessanha FS, Oliveira BGRB. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes ambulatoriais com úlceras da perna. *Rev Enferm UFPE on line*. 2015;9(7):8551-60.
13. Pessanha FS. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem: estudo de mapeamento cruzado em pacientes com feridas [trabalho de conclusão de curso]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2013.
14. Queirós P, Santos E, Apóstolo J, Cardoso D, Cunha M, Rodrigues M. The effectiveness of cleansing solutions for wound treatment: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. 2013;11(5):169-81.
15. Sood A, Granick MS, Tomaselli NL. Wound dressings and comparative effectiveness data. *Adv Wound Care (New Rochelle)*. 2014 Aug 1;3(8):511-29.
16. Azoubel R, Torres GV, Silva LWS, Gomes FV, Reis LA. Efeitos da terapia física descongestiva na cicatrização de úlceras venosas. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1085-92.
17. Santos ICRV, Oliveira RC, Silva MA. Desbridamento cirúrgico e a competência legal do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):184-92.
18. Martins MA, Tipple AFV, Reis C, Santiago SB, Bachion MM. Úlcera crônica de perna de pacientes em tratamento ambulatorial: análise microbiológica e de suscetibilidade antimicrobiana. *Cienc Cuid Saude*. 2010;9(3):464-70.
19. Scotton MF, Miot HA, Abbade LPF. Factors that influence healing of chronic venous leg ulcers: a retrospective cohort. *An Bras Dermatol*. 2014;89(3):414-22.
20. Melo EM, Teles MS, Teles RS, Barbosa IV, Studart RMB, Oliveira MM. Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. *Rev Enf Refer*. 2011;3(5):37-44.

■ Autor correspondente:

Fernanda Pessanha de Oliveira
E-mail: fernandapessanh@hotmail.com

Recebido: 23.04.2015

Aprovado: 04.04.2016