



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO  
ERNANI DE SÃO THIAGO  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO  
CUIDADO EM ENFERMAGEM**

**BÁRBARA CRISTINA TAVARES**

**ACURÁCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE  
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA E DE  
INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA DOS PACIENTES  
PORTADORES DE ÚLCERA CRÔNICA DE ETIOLOGIA  
DIVERSA INTERNADOS EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

Florianópolis  
2014



Bárbara Cristina Tavares

**ACURÁCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE  
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA E DE  
INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA DOS PACIENTES  
PORTADORES DE ÚLCERA CRÔNICA DE ETIOLOGIA  
DIVERSA INTERNADOS EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem como requisito para a obtenção do Título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Área de Concentração: Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Eliane Matos

Linha de Pesquisa: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Florianópolis  
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Tavares, Bárbara Cristina

Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada dos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados em serviço de emergência / Bárbara Cristina Tavares ; orientadora, Eliane Matos - Florianópolis, SC, 2014.  
192 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.  
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Inclui referências

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Acurácia. 3. Diagnósticos de Enfermagem: Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada - NANDA-I (2012-2014). 4. Úlcera crônica de etiologia diversa: úlcera por pressão, úlcera venosa e úlcera arterial. 5. Enfermagem em Emergência. I. Matos, Eliane. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO  
CUIDADO EM ENFERMAGEM

“Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada dos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados em serviço de emergência”.

Bárbara Cristina Tavares

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: MESTRE PROFISSIONAL EM  
GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Gestão do Cuidado em Saúde e  
Enfermagem

\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Dra. Jane Cristina Anders  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em  
Enfermagem

Banca Examinadora:

\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Dra. Eliane Matos (Presidente)

\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Dra. Kátia Cilene Godinho Bertonecello (Membro)

\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Dra. Nádia Chiodelli Salum (Membro)

\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Dra. Juliana Balbinot Reis Gironi (Membro)





***Dedicatória***  
*À minha doce e amada mãe (Ivone) e  
ao meu afetuoso e atencioso pai (Valmor).*



## AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e pela força espiritual de todas as horas.

À minha doce e alegre família (irmãs, irmãos, sobrinho, sobrinhas, cunhados e cunhadas) pelo constante incentivo, que mesmo longe, nunca deixaram de enviar palavras de força e de confiança para a superação das minhas dificuldades.

À minha querida orientadora Eliane Matos, dedicada e compreensiva. Obrigada pela paciência e ensinamentos em todos os momentos e pela conquista deste trabalho – que também é sua.

À co-orientadora Isabel Maliska, paciente e atenciosa. Obrigada por compartilhar seus conhecimentos – este êxito também é seu.

À enfermeira Isabela Ubaldo pela sua amizade e escuta atenta em todos os momentos.

À doutoranda Juliana Cristina Lessmann pela amizade e pela disponibilidade para ajudar-me sempre.

À enfermeira Silvana Benedet pela amizade e pela colaboração na etapa da primeira capacitação dos enfermeiros na Disciplina Projetos Assistenciais e de Inovação Tecnológica do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem (HU/UFSC) e por compartilhar seu conhecimento sobre os Diagnósticos de Enfermagem.

Aos pacientes que mesmo em meio à dor e ao ambiente estressante na unidade de emergência sempre me acolheram com muito carinho, colaborando com meu estudo.

Aos colegas de trabalho do setor de emergência adulto que colaboraram com muita dedicação na coleta de dados do meu trabalho, em especial às enfermeiras Joice Guesser, Mônica Motta Lino, Marisa Martins, Ana Sílvia Sincero, Vanessa Neves, Fernanda Garcia e às residentes de enfermagem Priscila Almeida, Maíra Antonello Rasia, Juliana Reinert Maria, Luiza Stella da Cunha e Samara dos Santos.

À Universidade Federal de Santa Catarina, ao curso de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação, os quais possibilitaram minha formação na graduação e, agora, no Mestrado Profissional em Enfermagem.

Ao Hospital Universitário e à Direção de Enfermagem, pelo trabalho e incentivo aos cursos de capacitação, em especial o Mestrado Profissional para os enfermeiros.

Aos integrantes da Banca: Dra. Eliane Matos, Dra. Isabel Alves Maliska, Dra. Kátia Cilene Godinho Bertocello, Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi, Dra. Nádia Chiodelli Salum, Dra. Melissa Honório Locks e doutoranda Silvana Benedet.

Aos colegas do mestrado profissional (MP-3) e aos colegas do Mestrado Acadêmico pelos momentos de estudos e risadas compartilhadas, em especial Jaçany Prudente e Fabiana Minati.

À Dra. Francine Lima Gelbcke pelo apoio e compreensão durante a realização do Curso de Mestrado Profissional.

À Dra. Marisa Monticelli e à Dra. Kenya Schmidt Reibnitz pelos ensinamentos e carinho conquistados na Disciplina de Metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial do Curso de Mestrado PEN/UFSC.

À Dra. Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos pela sua disponibilidade e gentileza em autorizar a utilização da Escala de Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem (EADE) – Versão 2 – em minha pesquisa.

Aos meus amigos pela compreensão da minha ausência e distância.

À Pâmela Bazan, à Isabela Bazan e à Lenara Kretzer por me ajudarem na etapa de transposição dos dados.

Ao Grupo de Pesquisa Práxis pela troca de experiências.

Ao Sr. Raulino Lapa do Serviço de Informática do HU/UFSC pela atenção dispensada nos ajustes dos DE no sistema informatizado do HU.

“Tudo posso naquele que me fortalece”.  
(Felipenses 4:13)



TAVARES, Bárbara Cristina. **Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada dos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados em Serviço de Emergência.** 2014. 192 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Programa de Pós-Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Orientador: Dra. Eliane Matos.

Linha de Pesquisa: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

## RESUMO

Os problemas relacionados à integridade da pele são frequentes no ambiente hospitalar, requerendo a atenção de enfermagem e o planejamento de intervenções seguras e consistentes para o paciente que se configura pela realização do Processo de Enfermagem que, num processo dinâmico, inclui: as etapas de histórico da situação do paciente, estabelecimento de Diagnósticos de Enfermagem, plano e realização das intervenções planejadas e avaliação dos resultados. A fim de unificar a linguagem da profissão, foram desenvolvidas classificações diagnósticas, dentre elas a NANDA-I, a qual é utilizada no estudo. O Diagnóstico de Enfermagem consiste no julgamento clínico das respostas do paciente a problemas de saúde reais ou potenciais. Foram elencados para este estudo os diagnósticos de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada em pacientes portadores de úlceras crônicas de etiologia diversa (úlceras por pressão, arterial e venosa) atendidos em um serviço de emergência adulto para investigar a acurácia diagnóstica neste ambiente assistencial. Um diagnóstico é considerado acurado quando se aproxima do estado geral do paciente, sendo importante o enfermeiro identificar a relevância, especificidade e coerência do mesmo. **Objetivo:** determinar a acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada da NANDA- I (2013) em pacientes portadores de úlceras crônicas de etiologia diversa, internados no serviço de emergência adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Método:** pesquisa com abordagem quantitativa, do tipo descritivo prospectivo, longitudinal de amostra intencional, não probabilístico, realizado com dados de prontuários de 41 pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa, internados no serviço de emergência adulto de um hospital universitário do sul do

Brasil no período entre setembro e dezembro de 2013. No primeiro momento, nove enfermeiros previamente capacitados para trabalhar com os diagnósticos de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada participaram como colaboradores, avaliando e registrando os Diagnósticos de Enfermagem relativos à integridade da pele nos históricos e evoluções dos pacientes internados na unidade de emergência. No segundo momento, a pesquisadora, por meio da Escala de Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem (EADE) – Versão 2 (MATOS; CRUZ, 2009), verificou a acurácia dos diagnósticos elencados pelos enfermeiros, a presença de pistas, relevância, especificidade, coerência e manutenção dos diagnósticos. Os **resultados** relacionados ao perfil dos pacientes mostraram que a maioria é do sexo masculino e idoso; desconhecem sua condição de saúde-doença, apresentam baixa escolaridade, possuem a família como principal rede de apoio e procuraram a especialidade médica vascular para o tratamento das úlceras, tem doenças associadas, como Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica. A verificação da acurácia diagnóstica evidenciou 156 (100%) diagnósticos de Integridade da Pele Prejudicada. No entanto, os enfermeiros identificaram 138 diagnósticos de Integridade da Pele Prejudicada, perfazendo um total de 88,46%. Os enfermeiros identificaram também 18 (11,54%) diagnósticos para Integridade Tissular Prejudicada. Foi constatado um elevado número de diagnósticos associados à úlcera arterial, seguido da úlcera por pressão e venosa. Observou-se que houve uma tendência estatística elevada com grau de acurácia alto para o Diagnóstico de Enfermagem Integridade da Pele Prejudicada e a característica definidora destruição de camadas da pele (78,26%), bem como um grau de acurácia baixo para Integridade Tissular Prejudicada (50%) e a característica definidora tecido destruído (63,64%). Para Integridade da Pele Prejudicada percebeu-se que presença de pistas, relevância, especificidade, coerência e manutenção do diagnóstico obtiveram majoritariamente maior importância estatística em relação à Integridade Tissular Prejudicada. **Discussão:** os resultados encontrados neste estudo estão de acordo com a literatura acerca do diagnóstico de enfermagem no que se refere à alta acurácia para Integridade da Pele Prejudicada e baixa para Integridade Tissular Prejudicada. Observou-se no estudo a dificuldade dos enfermeiros na identificação dos diagnósticos de enfermagem interferindo na definição da acurácia diagnóstica. A identificação de um diagnóstico acurado depende da habilidade e da experiência profissional do enfermeiro, assim como a identificação de características definidoras e fatores peculiares relacionados a cada situação clínica dos pacientes. Também o

ambiente de emergência pode influenciar na identificação dos problemas humanos mais relevantes, no que diz respeito às úlceras de etiologia diversa, pois os profissionais que atuam nesta área estão mais atentos aos problemas agudos, uma vez que estes colocam a pessoa em risco de morte. **Conclusão:** conhecer o grau e as categorias de acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada, assim como o perfil dos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados em um serviço de emergência adulto pode contribuir positivamente com o planejamento da assistência de enfermagem, resultando em intervenções mais eficazes. O estudo possibilitou uma aproximação dos enfermeiros com a etapa diagnóstica, ratificando a necessidade de uma assistência sistematizada aos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa em serviço de emergência.

**Palavras-chave:** Acurácia. Diagnóstico de Enfermagem. Enfermagem em Emergência.



TAVARES, Bárbara Cristina. **Accuracy of Nursing Diagnoses of Impaired Skin Integrity and Impaired Tissue Integrity of patients with chronic ulcer of diverse etiology admitted to emergency service.** 2014. 192 p. Dissertation (Postgraduate Program in Nursing Care Management) - Postgraduate Program in Nursing Care Management, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Supervisor: Professor Dra. Eliane Matos.

Research area: Health Care and Nursing Management

**ABSTRACT:** The problems related to the integrity of the skin are frequent in the hospital environment, requiring nursing care and planning of safe and consistent interventions for the patient which is configured by the realization of the Nursing Process, which in a dynamic process, include: the steps of the historic situation of the patient, establishing Nursing Diagnoses, plan and fulfillment of planned interventions and outcome assessment. In order to unify the terminology of the profession, diagnostic classifications were developed, among them the NANDA-I, which is used in the present study. The Nursing Diagnosis consists of the clinical judgment of the patient's responses to the real or potential health problems. For this study were listed diagnoses of Impaired Skin Integrity and Impaired Tissue Integrity in patients with chronic ulcers of various etiologies (pressure ulcers, arterial and venous) assisted in an adult emergency service to investigate the diagnostic accuracy in the healthcare environment. A diagnosis is considered to be accurate when it approaches to the condition of the patient, so it is important that the nurse identifies the relevance, specificity and consistency of the diagnosis. **Objective:** to determine the accuracy of the Nursing Diagnosis for Impaired Skin Integrity and Impaired Tissue Integrity of NANDA-I (2013) in patients with chronic ulcers of various etiologies, admitted to the adult emergency service of the University Hospital of Federal University of Santa Catarina. **Method:** research with quantitative approach, prospective descriptive type, intentional longitudinal sample, not probabilistic, intentional, fulfilled with data from medical records of 41 patients with chronic ulcers of various etiologies, admitted to the adult emergency service of a university hospital in southern Brazil in the period between September and December 2013. At first, nine nurses previously trained to work with the diagnoses of Impaired Skin Integrity and Impaired Tissue Integrity participated as collaborators, evaluating and recording the Nursing Diagnoses related to skin integrity in the historical and

evolutions of patients admitted to the emergency unit. In a second moment, the researcher, through the Nursing Diagnosis Accuracy Scale (NDAS) – Version 2 (MATOS; CRUZ, 2009), verified the accuracy of the diagnoses listed by the nurses, the presence of cues, relevance, specificity, coherence and maintenance of the diagnostics. The **results** related to the profile of patients showed that most are male sex and elderly; unaware of their condition of health and disease, presented low level of education, have the family as the primary support network and looked for the vascular medical specialty for the treatment of ulcers, and have associated diseases, such as Diabetes *Mellitus* and Systemic Arterial Hypertension. The verification of diagnostic accuracy evidenced 156 (100%) diagnoses of Impaired Skin Integrity. However, the nurses identified 138 diagnoses of Impaired Skin Integrity, totalizing 88.46%. Nurses also identified 18 (11.54%) diagnoses for Impaired Tissue Integrity. A large number of diagnoses associated with arterial ulcer, followed by venous and pressure ulcers was found. It was observed that there was a high degree of statistical trend with high accuracy for the Nursing Diagnosis Impaired Skin Integrity with the defining characteristic destruction of skin layers (78.26%) and a low degree of accuracy for Impaired Tissue Integrity (50%) and defining characteristic destroyed tissue (63.64%). **Discussion:** the findings of this study are consistent with the literature on the nursing diagnosis with regard to high accuracy for Impaired Skin Integrity and low for Impaired Tissue Integrity. It was observed in the study the difficulty of nurses on identifying nursing diagnoses interfering in the definition of diagnostic accuracy. The identification of an accurate diagnosis depends on the skill and professional experience of the nurse, as well as identifying defining characteristics and specific factors related to each clinical condition of patients. Also the emergency environment may influence the identification of the most relevant human problems, in respect of ulcers of diverse etiology, as professionals who work in this area are more responsive to acute problems because they put a person at risk of dying. **Conclusion:** the knowledge of the degree and categories of accuracy of Impaired Skin Integrity and Impaired Tissue Integrity Nursing Diagnosis, as well as the profile of patients with chronic ulcers of diverse etiology admitted in adult emergency service, can contribute positively to the planning of nursing assistance, resulting in more effective interventions. The study allowed an approximation of nurses with the diagnostic step, confirming the need for a systematic care for patients with chronic ulcers of diverse etiology in the emergency service.

**Keywords:** Accuracy, Nursing Diagnosis, Emergency Nursing.



TAVARES, Bárbara Cristina. **Precisión de los Diagnósticos de Enfermería de Integridad de la Piel Perjudicada y de Integridad Tisular Perjudicada de los Pacientes Portadores de Úlcera**. 2014. 192 p. Tesis de Maestría (Programa de Posgraduación Gestión de Atención en Enfermería) – Programa de Post-Gestión de Atención en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Tutora: Dra. Eliane Matos.

Línea de Investigación: Gestión del Cuidado en salud y Enfermería.

**RESUMEN:** Los problemas relacionados a la integridad de la piel son frecuentes en el ambiente hospitalario, requiriendo la atención del área de enfermería y la planificación de intervenciones seguras y consistentes para el paciente que se configura por la realización del Proceso de Enfermería que, en un proceso dinámico, incluye: las etapas del histórico de situación del paciente, establecimiento de Diagnósticos de Enfermería, planificación y realización de las intervenciones planeadas y evaluación de los resultados. Con la intención de unificar el lenguaje de la profesión, fueron desarrolladas clasificaciones de diagnóstico, entre ellas NANDA-I, la cual es utilizada en el presente estudio. El Diagnóstico de Enfermería consiste en la evaluación crítica de las respuestas del paciente a problemas de salud, sean reales o potenciales. Para este estudio, fueron catalogados los diagnósticos de Integridad de la Piel Perjudicada y de Integridad Tisular Perjudicada en pacientes portadores de úlceras crónicas de etiología diversa (úlceras por presión, arterial y venosa) atendidos en un servicio de emergencia adulto para investigar la precisión de diagnóstico en este ambiente de asistencia. Un diagnóstico es considerado preciso cuando se aproxima al estado general del paciente, siendo importante que el enfermero identifique la relevancia, especificidad e coherencia del mismo. **Objetivo:** determinar la precisión de los Diagnósticos de Enfermería de Integridad de la Piel Perjudicada y de Integridad Tisular Perjudicada de NANDA-I (2013) en pacientes portadores de úlceras crónicas de etiología diversa, internados en el servicio de emergencia adulto del Hospital Universitario de la *Universidade Federal de Santa Catarina*. **Método:** investigación de abordaje cuantitativo, del tipo descriptivo prospectivo, longitudinal y muestra intencional, no probabilístico, intencional, realizado con los datos de prontuarios de 41 pacientes portadores de úlcera crónica de etiología diversa, internados en el servicio de emergencia adulto de un hospital universitario del sur de Brasil en el periodo comprendido entre

Setiembre y Diciembre de 2013. En un primer momento, nueve enfermeros previamente capacitados para trabajar con los diagnósticos de Integridad de la Piel Perjudicada e de Integridad Tisular Perjudicada participaron como colaboradores, evaluando y registrando los Diagnósticos de Enfermería referentes a la integridad de la piel en los históricos y evoluciones de los pacientes internados en la unidad de emergencia. En un segundo momento, la investigadora, por medio de la Escala de Precisión de los Diagnósticos de Enfermería (EADE) – Versión 2 (MATO; CRUZ, 2009), verificó la precisión de los diagnósticos enumerados por los enfermeros, la presencia de pistas, relevancia, especificidad, coherencia e mantenimiento de los diagnósticos. Los resultados relacionados al perfil de los pacientes mostraron que la mayoría es de sexo masculino y ancianos; desconocen su condición de salud-enfermedad, tienen baja escolaridad, cuentan con la familia como principal red de apoyo y buscan a la especialidad médica vascular para el tratamiento de las úlceras, tienen enfermedades asociadas, como Diabetes *Mellitus* e Hipertensión Arterial Sistémica. La verificación de la precisión de diagnóstico mostro 156 (100%) diagnósticos de Integridad de la Piel Perjudicada. Sin embargo, los enfermeros identificaron 138 diagnósticos de Integridad de la Piel Perjudicada, referente a un total de 88,46%. Los enfermeros identificaron también 18 (11, 54%) diagnósticos para Integridad Tisular Perjudicada. Fue evidenciado un elevado número de diagnósticos vinculados a la úlcera arterial, seguido de la úlcera por presión y venosa. Se observó una tendencia estadística elevada con grado de precisión alto para el Diagnóstico de Enfermería Integridad de la Piel Perjudicada y la característica definidora destrucción de capas de la piel (78,26) así como un grado de precisión bajo para Integridad Tisular Perjudicada (50%) y la característica definidora de tejido destruido (63,64). Para Integridad de la Piel Perjudicada se observó que la presencia de pistas, relevancia, especificidad, coherencia e mantenimiento del diagnóstico obtuvieron mayoritariamente más importancia estadística en relación a la Integridad Tisular Perjudicada. **Discusión:** los resultados encontrados en este estudio están de acuerdo con la literatura acerca del diagnóstico de enfermería en lo que se refiere a la alta precisión para la Integridad de la Piel Perjudicada y baja para la Integridad Tisular Perjudicada. Se observó en el estudio la dificultad que poseen los enfermeros para identificar los diagnósticos de enfermería interfiriendo en la definición de precisión de diagnóstico. La identificación de un diagnóstico preciso depende de la habilidad y experiencia profesional del enfermero, como también de la identificación de características definidoras y factores

peculiares relacionados a cada situación clínica de los pacientes. Inclusive el ambiente de emergencia puede influenciar en la identificación de los problemas humanos más relevantes, en relación a las úlceras de etiología diversa, ya que los profesionales que actúan en esta área están más atentos a los problemas agudos, en tanto estos colocan a la persona en una situación de riesgo de muerte. Conclusión: conocer el grado y las categorías de precisión de los Diagnósticos de Enfermería de Integridad de la Piel Perjudicada y de Integridad Tisular Perjudicada, como también el perfil de los pacientes portadores de úlcera crónica de etiología diversa internados en un servicio de emergencia adulto puede contribuir positivamente en la planificación de la asistencia de enfermería, derivando en intervenciones de mayor eficacia. El estudio posibilitó una aproximación de los enfermeros a la etapa de diagnóstico, confirmando la necesidad de una asistencia sistematizada a los pacientes portadores de úlcera crónica de etiología diversa en el servicio de emergencia.

**Palabras clave:** Precisión. Diagnóstico de Enfermería. Enfermería de Emergencia.



## LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CD	Características Definidoras
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DE	Diagnósticos de Enfermagem
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
EBSCO	EBSCOhost
EADE	Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem
EPUAP	<i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
FRs	Fatores Relacionados
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HU	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe
LSM	<i>Lunney Scoring Method</i>
MAE	Método de Assistência de Enfermagem
MID	Membro inferior direito
MMII	Membros inferiores
mmHg	Milímetros por Mercúrio
MP	Mestrado profissional
NANDA-I	<i>North American Nursing Diagnosis Association International</i>
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NPUAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
PE	Processo de Enfermagem
PEN	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Pubmed	<i>Medicine and the Institute of Health</i>

RUV	Radiação Ultravioleta
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço Móvel de Urgência e Emergência
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SEI	Serviço de Emergência Interna
Sestatnet	Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na <i>Web</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UA	Úlcera Arterial
UP	Úlcera por pressão
UV	Úlcera Venosa
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Lesão ulcerada associada à insuficiência venosa crônica....	177
Figura 2: Úlcera por pressão em região sacra. ....	178



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem de Lunney .....	75
Quadro 2: Escala de acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem – EADE – Versão 2. ....	76
Quadro 3: Sistema de pontuação das respostas – EADE – Versão 2. ....	77
Quadro 4: Orientações para utilização da EADE – Versão 2.....	79
Quadro 5: Escala de acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem – EADE – Versão 2. ....	128
Quadro 6: Instrumento para coleta de dados sociodemográficos.....	179
Quadro 7: Instrumento para descrição da úlcera crônica de etiologia diversa.....	184



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas dos pacientes com úlcera crônica de etiologia diversa atendidos na emergência do HU/UFSC, no período de Setembro a Dezembro de 2013. ....	111
Tabela 2: Tipo de úlcera, características definidoras e etiologia das úlceras crônicas de etiologia diversa dos pacientes internados no serviço de emergência do HU/UFSC, no período de Setembro a Dezembro de 2013. ....	112
Tabela 3: Estatística descritiva do grau de acurácia e categorias de acurácia, dos diagnósticos de enfermagem identificados pelos enfermeiros, segundo enunciado diagnóstico. Florianópolis, 2013. ...	130
Tabela 4: Categoria da acurácia dos DE Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada e acurácia. Florianópolis, 2013....	132
Tabela 5: Acurácia para as CD e itens da escala EADE – Versão2. Florianópolis, 2013. ....	134



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	<b>26</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	<b>28</b>
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	<b>30</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>32</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>37</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>43</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	43
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	43
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA E SUSTENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>45</b>
3.1 ÚLCERAS CRÔNICAS DE ETIOLOGIA DIVERSA.....	45
3.2 CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA DA NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA).....	49
3.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA E DE INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA, CONFORME TAXONOMIA II DA NANDA-I (2012-2014) .....	52
3.3.1 Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada (NANDA-I) na assistência de enfermagem a pessoas portadoras de úlceras crônicas de etiologia diversa.....	53
3.3.1.1 Externos .....	54
3.3.1.2 Internos .....	59
3.3.2 Diagnóstico de Enfermagem de Integridade Tissular Prejudicada (NANDA-I, 2012-2014) na assistência a pessoas portadoras de úlceras crônicas de etiologia diversa.....	64
3.4 ACURÁCIA DIAGNÓSTICA .....	68
3.4.1 Método para estimar a acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem.....	74
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>85</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	85
4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO .....	85
4.3 AMOSTRA DO ESTUDO .....	89
4.3.1 Etapas da Pesquisa .....	90
4.3.2 Instrumentos de Coleta de Dados .....	93
4.3.3 Análise Estatística.....	97
4.3.3.1 Variáveis sociodemográficas .....	97

4.3.3.2	Variáveis relacionadas à situação saúde-doença .....	98
4.3.3.3	Variáveis relacionadas aos Diagnósticos de Enfermagem.....	100
4.3.3.4	Variáveis relacionadas à Escala de Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem – EADE – Versão 2 .....	101
4.4	ASPECTOS ÉTICOS .....	<b>102</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>103</b>
5.1	MANUSCRITO 1: PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERA CRÔNICA DE ETIOLOGIA DIVERSA, INTERNADOS EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA.....	104
5.2	MANUSCRITO 2: ACURÁCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA E DE INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA, CONFORME NANDA-I (2012-2014), EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA NOS PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERA CRÔNICA DE ETIOLOGIA DIVERSA .....	122
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>145</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>149</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>163</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>185</b>



# 1 INTRODUÇÃO

O termo Diagnóstico de Enfermagem (DE) foi usado por Vera Fry pela primeira vez em 1953, com o intuito de descrever o primeiro passo essencial ao desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem. Após esse ano, as classificações diagnósticas de enfermagem pouco se desenvolveram. Somente em 1973, quando ocorreu o primeiro encontro do *National Group for the Classification of Nursing Diagnosis* que esta temática se tornou mais evidente, recebendo destaque até os dias atuais (CARPENITO-MOYET, 2009).

Em 1990 aconteceu a nona Conferência da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) que aprovou uma definição oficial do DE. Anteriormente ao desenvolvimento de um sistema de classificação diagnóstica de enfermagem, os enfermeiros não utilizavam uma linguagem padrão para falar sobre os sinais e sintomas apresentados na avaliação clínica de cada paciente (NANDA, 1990).

Para Constanzi (2011), os sistemas de classificação diagnóstica têm por objetivo uniformizar e padronizar a linguagem de enfermagem no momento de execução do Processo de Enfermagem (PE) e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A inclusão da etapa diagnóstica no PE é recente na realidade brasileira. Segundo Menezes, Priel e Pereira (2011), a SAE pode sofrer influências em sua execução, como: desconhecimento relacionado ao não envolvimento dos profissionais, pouca valorização de sua execução no cotidiano do trabalho, falta de capacitação dos profissionais para realizar a sistematização, além das lacunas durante o ensino de graduação e pós-graduação.

O ensino e as experiências de aplicação da SAE concentram-se principalmente em instituições universitárias, nas quais uma parte significativa utiliza o modelo de sistematização proposto por Wanda Horta (1979), autora que definiu que o Processo de Enfermagem é constituído pela dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, com atenção ao cuidado com o ser humano, sendo caracterizado por etapas que se complementam, como: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem.

O modelo proposto por Wanda Horta na década de 1970 relacionava o Diagnóstico de Enfermagem aos problemas apresentados pelo paciente que requeriam ou poderiam vir a requerer assistência de enfermagem de acordo com o seu grau de dependência (HORTA, 1979),

contrapondo-se ao modelo atual da classificação diagnóstica da NANDA-I que comporta dimensões do julgamento clínico, caracterizado por um processo cognitivo frente às inferências observadas pelos enfermeiros, com foco nas respostas reais ou potenciais dos pacientes, sendo a base para a seleção das intervenções de enfermagem (CRUZ, PEREZ, LIMA, 2012).

No Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), local onde a autora deste estudo exerce sua prática assistencial, realiza-se o planejamento da assistência de enfermagem utilizando-se da Metodologia de Assistência de Enfermagem (MAE), desde o ano de 1980, guiada pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 1980).

Segundo o previsto neste modelo, a enfermagem identifica os problemas do paciente ao realizar o Histórico de Enfermagem ou coleta de dados iniciais. Os problemas de enfermagem, ou aquelas situações que indicam a necessidade de cuidados de enfermagem, é realizado diariamente na avaliação que o enfermeiro faz do paciente e registrado na Evolução de Enfermagem.

O modelo utilizado pela enfermagem de prontuário adotado no HU/UFSC não contempla a etapa do diagnóstico de enfermagem aos pacientes, conforme o disposto na Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, a qual torna obrigatória a SAE em todas as instituições públicas e privadas, a fim de manter o objetivo de organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, possibilitando a operacionalização do Processo de Enfermagem em suas cinco etapas: o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, a prescrição de enfermagem, a implementação de cuidados de enfermagem e a evolução de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

De acordo com Ubaldo (2012), a adoção do modelo das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta pela enfermagem do Hospital Universitário provavelmente seja um dos fatores que contribuiu para a não adoção da etapa diagnóstica, segundo as classificações propostas na literatura nos dias atuais.

A discussão acerca da inclusão do DE, bem como da classificação diagnóstica da NANDA-I no Processo de Enfermagem desta instituição tem-se apresentado incipiente, tendo como uma das iniciativas o estudo de Ubaldo (2012) que incluiu de forma experimental a etapa intermediária do Diagnóstico de Enfermagem para realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), utilizando uma ferramenta informatizada.

O processo desenvolvido por Ubaldo (2012) inclui a definição dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I (2010) mais frequentes em pacientes internados em clínica médica, através de pesquisa documental, realizada com base nos problemas de enfermagem destacados pelos enfermeiros no histórico de enfermagem, assim como na percepção dos mesmos em função de sua atuação na prática. Este processo incluiu uma série de diagnósticos, fatores relacionados e características definidoras, elencados pelos enfermeiros que atuam em Clínica Médica como os mais frequentes neste grupo de pacientes: risco de infecção, risco de integridade da pele prejudicada, ansiedade, risco de glicemia instável, integridade da pele prejudicada, dor crônica, padrão respiratório ineficaz, integridade tissular prejudicada, nutrição desequilibrada, risco de constipação e constipação.

Dentre os diagnósticos contemplados no estudo de Ubaldo (2012), destacam-se a Integridade da Pele Prejudicada e a Integridade Tissular Prejudicada, uma vez que na experiência profissional da autora deste estudo no serviço de emergência adulto percebe-se grande demanda de pacientes portadores de úlceras crônicas de etiologia diversa, o que reforça a necessidade de uma linguagem padrão e uniforme para prestar assistência de enfermagem a tais pacientes. Para Soares et al (2012), no hospital em estudo, com frequência prestam-se cuidados de enfermagem aos pacientes portadores de úlceras crônicas, sendo que muitos destes, desde o momento inicial da internação, apresentam alteração prévia na integridade da pele.

Úlcera crônica de etiologia diversa consiste no grupo de lesões que causam mudanças na estrutura da pele, podendo variar em profundidade e extensão; apresentam processo de cicatrização lento, cronicado e respondem pouco ou quase nada ao tratamento inicial, podendo ser representadas pelas úlceras por pressão, arterial e venosa (SOUZA et al, 2013).

Dessa maneira, uma abordagem específica de enfermagem relacionada ao paciente portador de úlcera crônica de etiologia diversa pode dar-se pela identificação dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada, uma vez que o DE estabelece ligação entre as respostas humanas, contribuindo para a definição da assistência e, conseqüentemente, das escolhas das intervenções para guiar o cuidado (CRUZ; PEREZ, 2002; BRAGA; CRUZ, 2005).

No entanto, nem sempre essas definições garantem a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem, sendo constatado por Ubaldo (2012) na aplicação do DE na SAE uma discrepância na escolha

dos DE, ou seja, uma inexatidão no momento da escolha do DE, características definidoras e fatores relacionados/riscos, sugerindo baixo domínio científico e clínico do enfermeiro. A autora conclui que é necessária a intensificação de estudos acerca dos diagnósticos de enfermagem na instituição, além de ações que possam auxiliar o enfermeiro na aplicabilidade dos DE na prática assistencial, fortalecendo deste modo o Processo de Enfermagem e determinando escolhas cientificamente embasadas de intervenções de enfermagem.

Todavia, este trabalho trata da discussão que para elaborar Diagnósticos de Enfermagem faz-se necessário também realizar a acurácia desses diagnósticos para que fiquem mais próximos da realidade clínica de cada paciente.

O conceito de acurácia de um Diagnóstico de Enfermagem está intimamente ligado ao conjunto de dados clínicos do paciente e pode ser visto como o julgamento de um avaliador em relação à relevância, especificidade e consistência das pistas para elaborar um Diagnóstico de Enfermagem (MATOS; CRUZ, 2009). Segundo as autoras, o conjunto de dados está representado pelas 'pistas' do diagnóstico que podem variar em grau de relevância, especificidade, coerência em relação ao diagnóstico e informações acessadas.

Trabalhar a acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem associados às úlceras crônicas de etiologia diversa pode contribuir para melhores práticas no cuidado de pessoas portadoras desta condição crônica de saúde, revertendo-se em benefícios para os próprios pacientes, no sentido de promover uma recuperação mais rápida; para a instituição, no que se refere à otimização de custos; bem como à própria enfermagem, no sentido de promover o desenvolvimento de um cuidado fundamentado cientificamente e, portanto, mais eficaz.

A partir das constatações de Ubaldo (2012) e na percepção da importância do uso de uma linguagem padrão para a assistência de enfermagem foi que surgiu a proposta de investigar a acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada. Truppel et al (2009) defendem que a acurácia no julgamento clínico do estado geral do paciente fundamenta cientificamente o cuidado.

Diante do exposto, e considerando a intenção de contribuir para melhores práticas no cuidado aos pacientes portadores de úlceras crônicas de etiologia diversa pela utilização e incorporação do Diagnóstico de Enfermagem na SAE, optou-se por desenvolver este estudo a partir da perspectiva de verificação da acurácia dos

Diagnósticos de Enfermagem Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada (NANDA-I, 2012-2014).

Neste sentido, foi estabelecida como questão de pesquisa: Qual acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada da NANDA-I (2012-2014) nos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados em um serviço de emergência adulto?



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada da NANDA-I (2012-2014) em pacientes portadores de úlceras crônicas de etiologia diversa internados em serviço de emergência adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil dos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados em emergência hospitalar com Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada, segundo Taxonomia da NANDA-I (2012-2014);
- Verificar o grau de acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada, segundo Taxonomia da NANDA-I (2012-2014) nos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados em serviço de emergência adulto;
- Descrever as categorias da acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada, segundo Taxonomia da NANDA-I (2012-2014) nos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados em serviço de emergência adulto.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA E SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

O presente estudo foi desenvolvido considerando a literatura existente acerca das úlceras crônicas de etiologia diversa: Souza et al (2013), Domansky e Borges (2012), Chaves e Posso (2012), Silva, Figueiredo e Meireles (2011), Maffei (2002), a classificação diagnóstica da NANDA-I (2013) e os Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada, além de estudos acerca da acurácia Diagnóstica Lunney (1989, 1990, 1992, 1995, 1997, 1998, 2004); Matos e Cruz (2009); Cruz et al (2007). Foram também utilizadas as contribuições de diversos estudiosos acerca destes temas, incluindo os achados nos bancos de dados (EBSCO HOST, Portal Capes, Literatura Latino Americana e do Caribe – LILACS, *Scientific Eletronic Library Online* – SCIELO, Base de Dados de Enfermagem – BDEFN, *National Library of Medicine and the Institute of Health* – Pubmed) livros, teses e dissertações, no período de 2009 a 2013.

#### 3.1 ÚLCERAS CRÔNICAS DE ETIOLOGIA DIVERSA

A úlcera crônica de etiologia diversa pertence ao grupo de lesões na pele cujo processo cicatricial é lento ou cronificado, pois na maioria das vezes, a cicatrização das camadas da pele pouco responde ao tratamento inicial ou, dependendo das condições clínicas do paciente, mesmo com tratamento correto, persiste a lesão e o paciente convive com esse problema por um tempo de seis semanas ou mais (SOUZA et al, 2013; COLLIER, 2003).

A úlcera crônica de etiologia diversa pode ser representada por feridas ulcerativas/ úlceras crônicas que possuem características singulares como: rompimento e/ou destruição da mucosa, córnea, epiderme, derme e subcutâneo, ou seja, possuem profundidade e extensão variáveis, podendo atingir tecido adiposo, muscular, ósseo e tendões. Essas úlceras apresentam fatores etiológicos de acordo com as características de cada paciente, como: idade, forças por pressão, abrasão, alteração na temperatura da pele, imobilização física, uso de medicamentos, umidade na pele e no ambiente físico no qual se encontra, presença de substâncias químicas na pele, irradiação solar ou radioterápica, circulação prejudicada, deficiência imunológica, alteração no estado hidro nutricional, conhecimento a respeito da etiologia de uma úlcera, alteração na coloração e/ou alterações na sensibilidade

(NANDA-I, 2013). Dessa maneira, as úlceras crônicas de etiologia diversa podem ser representadas pelo grupo das úlceras por pressão e úlceras arteriais e venosas.

Em 2009 a *European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP/EPUAP, 2009) definiu a úlcera por pressão (UP) como um rompimento/destruição das camadas da pele e tecido subjacente, resultante de um contato íntimo e constante entre a pele e o tecido ósseo, associados a forças por pressão, cisalhamento ou torção. Isto significa que uma úlcera é uma alteração na estrutura funcional e fisiológica da camada da pele que pode afetar estruturas profundas do corpo como tecido muscular, ósseo e tendão quando associada a forças opressivas em contato com proeminências ósseas.

A úlcera arterial (UA) pode ser representada pela Doença Arterial Obstrutiva Periférica, a qual se manifesta pela obstrução do lúmen do vaso sanguíneo, presença de dor ao deambular (Claudicação Intermitente), margens arredondadas, palidez perilesional, necrose discreta úmida ou seca no leito da úlcera, cianose e hipoaquecimento, principalmente em extremidades dos membros afetados, sendo que o edema nem sempre aparece no membro afetado e sua localização é, em geral, em porção ântero-posterior da perna (MAFFEI, 2002; RYAN, 2010; HONÓRIO, GELBECKE, 2013). Ryan (2010) afirma que a epidemiologia da doença arterial periférica acomete 5% dos pacientes masculinos acima de 50 anos, afetando os membros inferiores, sendo necessária a amputação do membro em aproximadamente 2% dos casos.

A úlcera de etiologia venosa ocorre devido à dificuldade de irrigação sanguínea dos tecidos afetados em virtude da incompetência das válvulas do sistema venoso tanto superficial, quanto profundo. Quando ocorre danificação das válvulas, o sangue extravasa em qualquer direção, levando à hipertensão venosa, responsável pela gênese da úlcera venosa, resultando em capilares tortuosos e permeáveis. Um trauma de leve a moderado é suficiente para romper o tecido e iniciar uma úlcera venosa (MAFFEI, 2002; DEALEY, 2008). O paciente queixa-se de presença de telangiectasia, varizes, edema, hemorragia, prurido, coloração ocre em membros inferiores (MMII). Além disso, os MMII podem apresentar erisipela (por invasão de bactérias), presença de cicatriz, pulso, afetando principalmente a região maleolar dos membros. A questão da dor é variável, pois essa sensação é reduzida quando se eleva o membro afetado (MAFFEI, 2002; RYAN, 2010; HONÓRIO, GELBECKE, 2013).

O tratamento das úlceras ao longo dos anos sofreu várias mudanças, tanto nas questões éticas, quanto no que tange à técnica e às novas tecnologias utilizadas no tratamento. Muitas são as formas de tratamento no processo de cicatrização das úlceras – sejam elas agudas ou crônicas – e desde a antiguidade já se conhecia a importância de protegê-las, evitando as complicações locais ou sistêmicas para o paciente (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

De acordo com Dealey (2008), a capacidade para avaliar úlceras é aptidão de suma importância na enfermagem. O enfermeiro deve compreender informações básicas para que aplique um produto propício à cicatrização, consiga um prognóstico favorável e um diagnóstico correto para avaliação da mesma.

Conforme Scemons e Elston (2011), a cicatrização da úlcera pode ser entendida como uma série de eventos, iniciando com o trauma e encerrando com o fechamento do tecido cicatricial.

Para avaliar a úlcera é necessário entender a estrutura da pele. Para Hess (2002), a pele constitui-se no maior órgão do corpo humano, equivale a 10% do peso corporal e apresenta duas camadas:

- **Derme:** garante resistência, suporte, sangue e oxigênio à pele, apresenta vasos sanguíneos, folículos pilosos, vasos linfáticos, glândulas sebáceas e sudoríparas, fibroblastos, colágeno e fibras elásticas;
- **Epiderme:** é a camada mais externa da pele, fina e avascular, com grande capacidade de regeneração e atua como barreira física. Possui quatro subcamadas: estrato lúcido, estrato granuloso, estrato espinhoso, estrato germinativo, sendo este faz ligação entre a epiderme e a derme.

Ainda segundo este autor, a pele exerce seis funções:

- **Proteção:** atua como barreira física contra agentes patológicos e substâncias estranhas, protegendo contra infecções e perda de líquidos;
- **Sensibilidade:** possui terminações nervosas que permitem a sensação de dor, pressão, calor e frio;
- **Termorregulação:** regula a temperatura corporal diante da vasoconstrição, vasodilatação e sudorese;
- **Excreção:** auxilia na termorregulação, diante da excreção de eletrólitos e água;

- **Metabolismo:** faz síntese de vitamina D, ou seja, a pele exposta à luz solar ativa o metabolismo de cálcio e fosfato, auxiliando na formação óssea;
- **Imagem corporal:** identifica cada indivíduo, pois delinea a aparência dos seres vivos.

De acordo com Hess (2002), a partir do momento em que a integridade da pele é rompida, surge uma úlcera e o processo de cicatrização é iniciado, dividido em três fases:

- **Fase inflamatória:** é o momento que inicia a lesão, com duração de quatro a seis dias. Apresenta edema, calor e dor e o sangramento é controlado pela hemostasia, atuando os leucócitos granulócitos, em especial os neutrófilos polimorfonucleares;
- **Fase proliferativa:** apresenta duração de quatro a 24 dias. Na ferida aberta surge o tecido de granulação e à medida que esse tecido aumenta gera força de tensão para a estrutura do tegumento, as bordas aproximam-se e reduzem a superfície da ferida, isolando-a do ambiente externo. Vale lembrar que a epitelização ocorre somente na presença de tecido favorável à cicatrização para que no final do processo ocorra a formação de uma cicatriz;
- **Fase de maturação:** pode durar de 21 dias a dois anos. As fibras de colágeno reorganizam-se, remodelam-se e amadurecem, o que gera força de tensão. Este processo é contínuo até que o tecido alcance 80% da força original da pele, configurando um tecido sempre com risco maior de ser destruído, uma vez que sua “força de lesão” é menor que àquela da pele íntegra.

No Brasil as feridas são um problema de saúde pública, pois existe um grande número de doentes com alterações na integridade cutânea. O grande número de pacientes com úlceras aumenta os gastos públicos, além de interferir na qualidade de vida da população. Os tipos de lesão de pele mais encontrados nos serviços de saúde básica são: úlceras venosas, arteriais, hipertensivas, por pressão e neurotróficas, com longa duração e de resposta terapêutica variável (BRASIL, 2002).

Outro fator que deve ser considerado no estudo das úlceras crônicas de etiologia diversa é que elas geram muita dor e desconforto ao paciente, como afirma Dealey (2008). O enfermeiro deve, portanto, realizar a avaliação da úlcera de forma crítica e com olhar clínico. As classificações diagnósticas podem contribuir para a análise das úlceras

de pele e para o estabelecimento de intervenções de enfermagem adequadas.

### 3.2 CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA DA *NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION* (NANDA)

Para Gaidzinski et al (2008), a linguagem das pessoas é formada por palavras e, sem estas, não se consegue elaborar pensamentos para responder aos próprios interesses e o discernimento das diversas situações. Desta maneira, as classificações têm a intenção de unificar a linguagem da enfermagem, de deixar mais claro e sistemático o pensamento do enfermeiro no seu contexto de trabalho, deixando-o mais distante do “*quick thinking*” para um pensamento teórico-prático mais elaborado cientificamente na sua prática assistencial.

Para Barros (2012), ao elaborar o DE o enfermeiro deve levar em consideração os processos de pensamentos necessários para elaboração desta etapa. Garcia e Nóbrega (2009) acreditam que ao utilizar termos como úlcera crônica de etiologia diversa, por exemplo, esta deva assumir uma conotação específica e padronizada na área de Enfermagem para facilitar a comunicação da profissão, uma vez que vários termos foram incorporados no momento de socialização profissional ao longo dos anos.

Contudo, antes do surgimento de uma classificação diagnóstica de enfermagem, os enfermeiros não utilizavam uma linguagem padrão para descrever os problemas do paciente e utilizavam-se apenas de termos médicos. Faltavam ao enfermeiro palavras para delinear os problemas e, conseqüentemente, o desenvolvimento de pesquisas (CARPENITO-MOYET, 2009).

Diante do desenvolvimento de um corpo de conhecimentos de enfermagem no cenário mundial, no Brasil, a precursora Wanda de Aguiar Horta introduziu o Processo de Enfermagem (PE). Para ela, o DE deve ser elaborado pelo enfermeiro, fundamentado em suas observações, levantamentos de problemas e necessidades do paciente, família ou comunidade (HORTA, 1979).

Embora Horta não tenha tido tempo de ampliar sua teoria a respeito do diagnóstico de enfermagem, ela dizia que a autonomia da profissão só seria alcançada quando os enfermeiros utilizassem uma metodologia científica no seu trabalho, ou seja, utilizassem uma sistematização de suas ações por meio do PE, focando no indivíduo, na família, na comunidade e centrando em suas necessidades humanas básicas (HORTA, 1979).

O estudo acerca do diagnóstico de enfermagem e das classificações diagnósticas resultou, em 1990, na aprovação do conceito de Diagnóstico de Enfermagem pela NANDA, como sendo: “um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas da saúde/processos vitais reais ou potenciais” (NANDA, 2013, p. 588).

Silva et al (2009) relatam que a classificação diagnóstica da NANDA-I teve um papel fundamental no desenvolvimento e refinamento dos diagnósticos de enfermagem, principalmente pelo surgimento de Taxonomias, sendo que a primeira publicação foi da Taxonomia I, em 1989, a qual continha nove categorias, denominadas de Padrões de Respostas Humanas. Contudo, essa taxonomia apresentava várias dificuldades para classificar novos DE que fossem aceitos pela NANDA.

Diante de tal dificuldade, iniciaram-se estudos a respeito do diagnóstico de enfermagem utilizando o método *Q-Sort* naturalístico, com a apresentação dos resultados nas conferências de 1994 e 1998 e a identificação de 21 categorias de classificação diagnóstica. No entanto, o grande número de categorias poderia prejudicar sua utilidade como estrutura de classificação, sendo necessária a modificação da Estrutura dos Padrões Funcionais. Após inúmeras discussões, a NANDA manteve o objetivo de direcionar a padronização da linguagem na enfermagem, publicando, em 2001, a Taxonomia II, com a apresentação de 13 domínios, 47 classes e 187 diagnósticos de enfermagem (SILVA et al, 2009; CARPENITO-MOYET, 2009). Os estudos não encerraram na época, visto que o “Comitê da Taxonomia” realizou novos aperfeiçoamentos e, ainda hoje, são realizados estudos e aperfeiçoamentos da estrutura taxonômica dos DE (NANDA-I, 2013).

É importante destacar que durante o aperfeiçoamento dos diagnósticos, a organização da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), em 2002, passou a ser denominada apenas de NANDA Internacional ou NANDA-I, sendo caracterizada como uma marca e não mais como uma abreviatura da organização (HERDMAN, 2013).

Na edição atual da NANDA-I (2012 -2014), após aperfeiçoamentos dos diagnósticos, a Taxonomia II organiza os 216 de diagnósticos de enfermagem em domínios e classes e usa uma estrutura multiaxial para o desenvolvimento dos focos dos conceitos diagnósticos (NANDA-I, 2013), contribuindo, dessa maneira, com o desenvolvimento e refinamento dos diagnósticos de enfermagem. Nesta

edição foram inseridos 16 DE novos, 11 revisados e dois retirados, sendo elaborados novos capítulos ou aprimorados os antigos.

Segundo Braga e Cruz (2003), na Taxonomia II, cada domínio é formado por classes e estas, por conceitos diagnósticos. A taxonomia II permite a inclusão de novos diagnósticos a cada edição da NANDA-I.

Esse sistema multiaxial é formado por sete eixos, sendo representados nos títulos dos DE (NANDA, 2013), conforme explicado a seguir:

- Eixo 1 (conceito diagnóstico): contém o foco do diagnóstico de enfermagem, sendo o elemento central deste;
- Eixo 2 (sujeito do diagnóstico): define a pessoa para quem o diagnóstico é elaborado, podendo ser para uma pessoa, família, grupo ou comunidade;
- Eixo 3 (julgamento): limita a direção do foco do diagnóstico;
- Eixo 4 (localização): indica regiões do corpo e/ou suas funções são relacionadas;
- Eixo 5 (idade): relaciona-se à idade do indivíduo que é sujeito na elaboração do diagnóstico;
- Eixo 6 (tempo): relaciona-se à duração do conceito diagnóstico, podendo ser agudo, crônico, intermitente ou contínuo;
- Eixo 7 (situação do diagnóstico): relaciona-se à categoria do DE, podendo ser real, de risco, de bem-estar ou de promoção da saúde.

Além dos eixos, o DE, segundo NANDA-I (2013) é composto por elementos estruturais, como:

- **Enunciado diagnóstico:** é um termo ou expressão que estabelece um nome ao enunciado diagnóstico, devendo apresentar, pelo menos, o foco do diagnóstico e seu julgamento, sendo representado por um padrão de indícios ou pistas relacionados (NANDA-I, 2013). Para Carpenito-Moyet (2009) e Alfaro-Lefere (2010, apud BARROS, 2012), o enunciado diagnóstico pode ser denominado de título ou rótulo diagnóstico;
- **Definição:** relaciona-se à decisão clara e precisa que norteia seu significado, auxiliando na diferenciação de diagnósticos similares;

- **Características definidoras:** relaciona-se a pistas, inferências observáveis, que estão agrupadas como manifestações de um DE real ou de promoção da saúde;
- **Fatores relacionados:** demonstram uma relação uniformizada e padronizada com o DE, sendo que apenas os diagnósticos reais possuem estes fatores;
- **Fatores de risco:** fatores ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéticos, que elevam a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou comunidade.

Ao estudar os diagnósticos relacionados à integridade da pele, optou-se pela utilização da taxonomia da NANDA-I, em virtude do maior domínio e conhecimento desta classificação na realidade da enfermagem brasileira que possibilita a prática de enfermagem fundamentada no julgamento clínico das respostas humanas e decisões científicas sobre o cuidado (BENEDET et al 2012).

### 3.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA E DE INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA, CONFORME TAXONOMIA II DA NANDA-I (2012-2014)

Na estrutura diagnóstica da Taxonomia II, domínio 11, especialmente nas classes I e II, chama a atenção os diagnósticos que envolvem o cuidado com as estruturas da pele. Os pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa podem ser beneficiados com a proposta de utilização de uma linguagem padrão específica, como as classificações diagnósticas para o planejamento, intervenção e avaliação dos cuidados necessários ao seu reestabelecimento. Os diagnósticos de enfermagem diretamente ligados ao cuidado da pele, abordados neste estudo, incluem: Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada, de acordo com a NANDA-I (2013).

O processo diagnóstico está associado à capacidade do enfermeiro em tomar decisões de uma condição clínica do paciente por meio de exame físico e interpretação destes dados (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Desta maneira, para que o enfermeiro compreenda o enunciado de um diagnóstico, ele deve realizar exame físico e interpretá-lo de acordo com a condição clínica do paciente e de seu entendimento sobre o assunto. Para auxiliar no processo diagnóstico, neste estudo, são

apresentados alguns conceitos sobre pele, tecido tissular, mucosa e olho, como exposto a seguir:

A pele é o maior órgão do corpo humano e recobre sua superfície. Ela é composta por epiderme e derme (de fora para dentro). Logo abaixo, em continuidade com a derme, encontra-se o tecido adiposo ou hipoderme. Este, por sua vez, está em continuidade com o tecido muscular, tecido esquelético e os tendões (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 1999; CHAVES; POSSO, 2012).

Em relação ao termo tissular, este é utilizado por Junqueira e Carneiro (1999) para determinar um tipo de tecido, podendo ser representado pelo tecido epitelial, tecido conjuntivo, tecido muscular e tecido nervoso.

Já a mucosa é o conjunto formado pelo epitélio e tecido conjuntivo, que reveste cavidades úmidas como boca, bexiga, intestino, contrastando com a pele, cujo tecido é considerado seco (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 1999). Segundo Souza et al (2013), as mucosas incluem: conjuntivas (olhos), labiobucal, lingual e gengival. Para Chaves e Posso (2012), quando as mucosas apresentam-se vermelhadas, lisas e úmidas, estão com integridade tissular sem alterações.

Por último, o olho, que é um órgão fotossensível que permite a visualização de formato, cor e intensidade dos objetos. Os olhos estão localizados dentro da caixa óssea protetora, denominada região orbital, que apresenta camada de células receptoras sensoriais, lentes com a função de focalizar os objetos, além de possuir um feixe de células e nervos com a função de conduzir o estímulo recebido à região do córtex cerebral. O olho possui três camadas: a mais externa é a esclera (esclerótica); a córnea é a segunda camada, formada pelo coróide, corpo ciliar e íris; já a camada mais interna é a retina, responsável pela formação das imagens (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 1999). É uma camada transparente sobreposta à íris (CHAVES; POSSO, 2012).

Destaca-se que o Diagnóstico de Enfermagem de Integridade Tissular Prejudicada faz referência ao conjunto de dados que envolvem as úlceras crônicas de etiologia diversa e úlceras de outra natureza que afetam mucosas e olhos, sendo que estes últimos não foram abordados nesta pesquisa.

### **3.3.1 Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada (NANDA-I) na assistência de enfermagem a pessoas portadoras de úlceras crônicas de etiologia diversa**

A definição do enunciado diagnóstico de Integridade da Pele Prejudicada consiste na alteração de duas camadas da pele,

representadas pela epiderme e/ou derme (NANDA, 2013). Neste DE existem inúmeros graus de alteração na integridade da pele, sendo representada pelas características definidoras (CD): Destruição de Camadas da Pele, Invasão de Estruturas do Corpo e Rompimento da Superfície da Pele, conforme descritas a seguir:

- **Destruição de Camadas da Pele:** configura-se como o ato ou efeito de destruir (HOWAISS; VILAR, 2009). A pele apresenta camadas denominadas epiderme e derme (DEALEY, 2008). Para Figueira et al (2007), esta destruição leva ao dano significativo da estrutura da pele, podendo surgir necrose nas camadas. No âmbito das úlceras crônicas de etiologia diversa, esta CD pode ser correlacionada às úlceras por pressão Grau II e úlceras Arteriais ou Venosas mais superficiais;
- **Invasão de Estruturas do Corpo:** configura-se pela penetração em um determinado ambiente (HOWAISS; VILAR, 2009), podendo esta ir além da epiderme e da derme. No âmbito das úlceras crônicas de etiologia diversa, esta CD pode ser correlacionada às úlceras por pressão Grau II, III e IV e úlceras Arteriais ou Venosas mais profundas (rompimento de epiderme e derme e visualização de tecido subcutâneo);
- **Rompimento da superfície da pele:** configura-se no ato ou efeito de romper a superfície da pele (HOWAISS; VILAR, 2009). Neste caso, o rompimento ocorre na epiderme e na derme. No âmbito das úlceras crônicas de etiologia diversa, esta CD pode ser correlacionada às úlceras por pressão Grau II e úlceras Arteriais ou Venosas mais superficiais (perda de espessura da pele).

Ao elaborar um DE o enfermeiro deverá encontrar pistas ou características definidoras, associando-as aos fatores relacionados que se sobressaem na anamnese e no seu próprio conhecimento técnico-científico a respeito da condição de saúde-doença do paciente e/ou da família. Desta maneira, serão descritos, a seguir, os fatores relacionados ao Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada.

### 3.3.1.1 Externos

#### **Extremos de idade:**

O envelhecimento ocasiona mudanças na alteração da pele e gera uma perda de até 20% da derme. No idoso, existe uma diminuição das

células de Langherans (células relacionadas ao sistema imune), deixando-o mais susceptível à entrada de patógenos quando a integridade da pele é alterada. O colágeno reduz 1% por ano, diminuindo também a resistência da pele, o que dificulta a cicatrização, contribui para o aparecimento de lesões, principalmente pelo cisalhamento da pele, pela redução de tecido de sustentação, o que deixa a pele mais frágil e sensível às lesões, conforme explicam Sakano e Yoshitome (2007).

**Fatores mecânicos (por exemplo, forças abrasivas, pressão, contenção):**

A proteção mecânica ocorre essencialmente pela camada gordurosa (hipoderme) (DOMANSKY; BORGES, 2012). A pressão constante sobre determinada área da pele caracteriza uma força compressiva. Se esta for maior que a pressão sanguínea capilar (32 mmHg), os vasos menores (capilares) podem ser obstruídos, danificando o tecido e levando à hipóxia (CARPENITO-MOYET, 2009).

A fricção constitui-se no desgaste fisiológico do tecido. Desta maneira, esfregar a pele contra a roupa de cama pode desgastar a epiderme por abrasão (CARPENITO-MOYET, 2009). Em relação ao deslizamento, este acontece quando uma camada de tecido desliza em direção contrária à outra. Carpenito-Moyet (2009) ressalta que quando a pele adere à roupa de cama, o peso do corpo força a estrutura óssea a penetrar na pele, fazendo com que os capilares subepidérmicos tornem-se pontiagudos, diminuindo a pressão na pele. A fricção caracteriza-se pela força entre duas superfícies de contato, como por exemplo: pele e roupa, deslocando-se uma sobre a outra. Isto acontece no momento em que se movimenta o paciente do leito para a cadeira de rodas, durante a mudança de decúbito, prejudicando a integridade da pele (BORGES, 2006).

O cisalhamento da pele caracteriza-se pela atuação da gravidade concomitantemente à fricção, ao exercer forças paralelas na integridade da pele. Isto pode ser em decorrência da pressão gravitacional que realiza força para baixo, e a resistência (peso) do corpo em contato com a superfície de apoio (cama, cadeira), o que dificulta que o corpo sofra mudança de posição e altera a estrutura da pele, ocorrendo principalmente nas regiões sacra e região do cóccix (BORGES, 2006).

**Hipertermia:**

Constitui-se em um aumento descontrolado da temperatura corporal que ultrapassa a capacidade do corpo em perder calor para o meio externo (HARISSON, 2013). Os mecanismos para perda de calor tornam-se incapazes de manter o ritmo com a produção excessiva deste,

gerando uma elevação atípica da temperatura corporal. Nos idosos acontece a atrofia das glândulas sudoríparas e sebáceas, diminuindo a quantidade de transpiração, alterando a termorregulação de perda e contenção de calor, o que favorece processos inflamatórios e infecciosos em idosos (GUEDES, 2009).

### **Hipotermia:**

Segundo Jarvis (2010), a pele caracteriza-se por ser aquecida e com temperatura idêntica bilateralmente. A hipotermia caracteriza-se por um esfriamento generalizado podendo ser induzido por cirurgia ou febre alta. Em geral, a hipotermia está associada ao distúrbio circulatório central (choque) ou localizada (insuficiência arterial periférica). A baixa temperatura localizada pode ser em decorrência de extremidade imobilizada, como membros contidos/imobilizados ou recebendo infusão intravenosa.

### **Imobilização física:**

Pacientes com alteração na mobilização física, como os que se apresentam acamados, podem apresentar complicações decorrentes da imobilização no leito, como: enfraquecimento da musculatura, deformidades (pé equino), obstrução das veias e alteração da integridade cutâneo-mucosa. Portanto, faz-se necessária a mobilização das estruturas do corpo para evitar complicações desta natureza. A mobilização pode ser (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008):

- Ativa: paciente realiza sozinho, tendo por objetivo a melhora da circulação, aumento da força e resistência muscular, auxilia a coordenação;
- Assistida: paciente é auxiliado por um profissional ou familiar;
- Passiva: o paciente é incapaz de movimentar-se, sendo realizada por um profissional ou familiar, a fim de evitar atrofia musculoesquelética, o aparecimento de aderências e auxiliando a circulação.

### **Medicamentos:**

O uso de antibacterianos, esteroides e hormônios podem afetar a flora bacteriana da pele e o uso de analgésicos, medicamentos anti-inflamatórios não esteroides podem afetar a resposta inflamatória da pele (DOMANSKY; BORGES, 2012). Glicocorticoides e anti-inflamatórios, segundo Figueira et al (2007), afetam o processo cicatricial, já que eliminam a resposta inflamatória, reduzindo o número de macrófagos, fibroblastos, síntese de colágeno e força de tensão da

pele lesionada, além de interferir no processo de contração e epitelização da pele.

Para Figueira et al (2007), os corticoides, os quimioterápicos e os radioterápicos podem gerar uma redução na cicatrização da integridade da pele, pois afetam a resposta imune, podem interferir na síntese de proteínas ou dicotomia celular, atuando na produção de colágeno e elevando a produção de colagenase.

Segundo Martins et al (2012), as medicações podem desenvolver reações adversas, surgindo manifestações dermatológicas, como: exantemas, nos quais normalmente ocorre a reação adversa entre o 4º e 14º dia após exposição ao medicamento ou de um a dois dias após suspensão da droga. Em casos de reexposição, pode ocorrer subitamente. Caracteriza-se por ser máculo-papular difuso simétrico, acometendo tronco e membros superiores. As mucosas geralmente não são afetadas. Pode ocorrer prurido ou temperatura corporal elevada. A integridade da pele retorna ao estado normal após sete ou 10 dias da suspensão medicamentosa.

Urticária aguda: normalmente ocorre reação adversa entre sete e 14 dias. Os analgésicos podem manifestar a reação adversa em 20 minutos ou até quatro horas após a infusão da droga. A integridade da pele fica evidenciada por urticárias eritematosas de curta duração, acometendo grande área ou não, como: derme, epiderme e tecido subcutâneo, formando o angioedema, podendo levar ao choque anafilático. A fotossensibilidade surge geralmente após a infusão da medicação com exposição do paciente à luz; a pele apresenta queimadura. As medicações mais comuns que levam à alteração da integridade da pele são: derivados sulfamídicos, fenotiazínicos, piroxicam, griseofulvina, ácido nalidíxico, quinolonas, psoralênicos e sulfonilureias (Martins et al, 2012).

#### **Pele úmida:**

A presença de umidade na pele decorrente da incontinência, transpiração, secreções ou exsudatos oriundos de lesões cutâneas favorece a ocorrência de lesões (DOMANSKY; BORGES, 2012). Quando o tecido cutâneo sofre ação da umidade prolongada, a pele torna-se macerada, deixando as células enfraquecidas e a epiderme facilmente prejudicada (CARPENITO-MOYET, 2009). Para Borges (2006), os agentes causadores da umidade na pele são: perspiração, incontinências urinária e fecal. De acordo com a autora, a umidade associada à fricção e ao cisalhamento destrói e enfraquece a integridade da pele, facilitando o surgimento de lesões, pois aumenta a probabilidade da pele fixar-se à roupa.

A umidade decorrente da incontinência fecal é altamente abrasiva, uma vez que existe o atrito mecânico da pele em virtude da limpeza e aumenta as chances de infecção pelo rompimento da pele. Barros (2012) fala que a presença de secreções e excreções corporais predis põem à pele aos riscos de desenvolver úlceras ou desenvolver um prognóstico ruim, dificultando a cicatrização.

#### **Radiação:**

A radiação ultravioleta (RUV) favorece a formação de radicais livres, aumentando-os em número, alterando o metabolismo celular dos melanócitos, ceratinócitos e células de Langherans, além de elevar o risco de câncer de pele. Uma pele normal, sem exposição excessiva ao sol, apresenta-se sem manchas, com pigmentação uniforme e textura macia (DOMANSKY; BORGES, 2012). Para Porto (2005), a exposição entre 10 e 16 horas é responsável pelo câncer de pele, ou seja, pode provocar a alteração da integridade da pele.

#### **Substância química:**

O banho diminui a espessura e a quantidade de camadas celulares do estrato córneo da pele. Em geral, os sabões emulsificam o manto hidrolipídico cutâneo, gerando diminuição da flora bacteriana residente e transitória. O uso em excesso de sabão pode modificar a capacidade de retenção ou absorção de água pela pele, alterando o controle bacteriano. A pele na presença de produtos químicos, como os detergentes para limpeza, pode sofrer irritações como: eritema, edema, prurido e liberação de exsudato (DOMANSKY; BORGES, 2012). Além dos detergentes, a ingestão de álcool também é prejudicial à saúde. Para Graeff (1989), o alcoolismo crônico desencadeia uma série de problemas orgânicos associados ao sistema nervoso periférico, tais como: alterações sensoriais (parestesias) e motoras (paresia), levando ao rebaixamento do nível de consciência e à diminuição da percepção quanto ao desenvolvimento de úlcera.

#### **Umidade:**

A presença de umidade nem sempre está relacionada à pele úmida, ou seja, podem existir fatores que propiciam a umidade na pele como afirmam Malaquias, Bachion e Nakatani (2008): situação do leito do paciente, incluindo vestes ou roupa de cama com presença de eliminação vesical e intestinal, sudorese, sujidade, sangue, exsudatos e presença de sondagem vesical de demora, ‘dispositivos urinários’ e fralda descartável.

Em relação à influência do colchão na determinação da integridade da pele, os pacientes dependentes e semi-dependentes devem ser favorecidos pelo uso do colchão piramidal ou inflável, uma

vez que estes melhoram a circulação sanguínea e previnem alterações na integridade da pele (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

Quanto à roupa de cama, os lençóis e cobertores precisam permanecer esticados, sem a presença de área enrugadas que danificam a estrutura da integridade cutânea-mucosa. Deve-se manter a roupa de cama e vestuário limpos e secos, livres de contaminação. O melhor tecido para ser utilizado na roupa de cama ou vestuário é o algodão, pois ajuda absorver a umidade (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

Na avaliação da pele é necessário considerar as condições ambientais. Por exemplo, em um ambiente muito quente, a pele fica mais rosada devido à vasodilatação dos vasos e, em um ambiente frio, a pele pode ficar cianótica (POTTER; PERRY, 2009).

### 3.3.1.2 Internos

#### **Circulação prejudicada:**

Segundo Ferreira et al (2006), um *déficit* da oxigenação sistêmica e escassez no suprimento sanguíneo, em geral, afetam a distribuição de nutrientes das células, o processo do sistema imune corporal, o tratamento com antibióticos e outras medicações prescritas para melhora da cicatrização; diminuindo o transporte de catabólitos originados do metabolismo das células.

Desta maneira, todas as doenças que geram alteração na oxigenação e impedem um transporte adequado de oxigênio às células, constituem-se em um problema para a cicatrização e para a integridade da pele. Quando ocorre um aumento da pressão venosa periférica sucede uma elevação da permeabilidade vascular com extravasamento de fibrinogênio para o meio extravascular, transformando-se em fibrina, reduzindo a circulação e o suprimento sanguíneo aos tecidos, o que conseqüente favorece a isquemia e morte celular (GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

Para Potter e Perry (2009), mudanças pontuais na pele como palidez e eritema geralmente indicam problemas circulatórios. Quando surge uma área pálida e bem localizada em extremidades, associa-se à oclusão arterial ou edema.

#### **Deficiência imunológica:**

A imunossupressão, para Figueira et al (2007), pode ocorrer devido a doenças ou utilização de medicações imunossupressoras, pois ela afeta o processo cicatricial, em especial na fase de mitose e síntese

proteica. Na fase inflamatória eleva a taxa de infecções, já que interrompe a função dos macrófagos.

Para Resende, Bachion e Araújo (2006), as doenças como Diabetes e Hipotireoidismo e o uso de medicações psicotrópicas aumentam as chances do paciente desenvolver baixa imunidade, favorecendo a alteração na estrutura da pele e o retardo no tempo de cicatrização.

#### **Estado Metabólico Prejudicado:**

Nas doenças crônicas, como: doença coronariana, doença vascular periférica, câncer e Diabetes *Mellitus* a integridade da pele pode sofrer alteração. Por exemplo: no paciente portador de Diabetes *Mellitus* (insulino-dependente), no rompimento da pele, sua recuperação ocorre com lentidão, pois a formação do tecido de granulação depende da ação da insulina e uma baixa produção ou ausência deste hormônio pode levar ao atraso na melhora da integridade da pele (HESS, 2002).

Segundo Porto (2005), doenças como Diabetes e Hipotireoidismo afetam diretamente o tecido subcutâneo, sendo potenciais causadoras de lesões ou agravantes da alteração na integridade da pele.

Em um estudo relacionando integridade da pele e idosos, Cavalcante et al (2010) ressaltam que o sistema cardiovascular com o passar dos anos é menos efetivo, principalmente pela presença de aterosclerose e problemas arteriais e venosos, os quais propiciam redução da circulação sanguínea, gerando alteração na integridade da pele e demora na cicatrização, o que facilita a ocorrência de embolias, trombozes e infartos.

#### **Estado Nutricional Desequilibrado (por exemplo, obesidade, emagrecimento):**

A desnutrição reduz a síntese do processo cicatricial e deprime o sistema imune (FIGUEIRA et al, 2007). Além disso, a desnutrição reduz a tolerância dos tecidos à pressão e à escassez de proteína, o que gera uma diminuição de fibroblastos, síntese de colágeno e da angiogênese, facilitando a cronificação da integridade da pele lesionada (BORGES, 2006). No exame clínico, o paciente desnutrido pode apresentar (BARROS et al, 2002):

- Turgor cutâneo - baixo (a prega demora a retornar ao estado normal);
- Face - em lua cheia, hipocorada;
- Olhos - conjuntiva hipocorada, xerose da conjuntiva, xerose de córnea, arco córneo (anel branco ao redor dos

olhos), xantelasma (bolsas amareladas em região periorbital);

- Lábios - estomatite (lesões róseas ou brancas no canto dos lábios);
- Língua - púrpura;
- Dentes - esmalte com manchas;
- Gengivas - sangrantes;
- Glândulas - aumento da tireóide e paratiróide;
- Sistema nervoso - alterações psicomotoras.

Para Jarvis (2010), um emagrecimento sem realização de educação alimentar pode ser em virtude do surgimento de doenças agudas (febre, infecção, doenças na cavidade orofaríngea) ou crônicas (endócrinas, câncer, doenças de ordem psíquica).

Se por um lado o emagrecimento pode interferir no processo cicatricial, por outro, a obesidade corporal gera um aumento da pressão da circulação venosa dos membros inferiores, podendo desenvolver a hipertensão venosa de membros inferiores e então acarretar em úlceras nos membros inferiores (MALAQUIAS, 2010).

#### **Fatores de desenvolvimento:**

Os fatores de desenvolvimento são todos aqueles relacionados à pele e à faixa etária da pessoa, às características pessoais e ao envelhecimento. Para Sakano e Yoshitome (2007), a pele é o órgão que evidencia os primeiros sinais de envelhecimento. No idoso a estrutura fisiológica apresenta-se mais ressecada, sensível, sem preservação de elasticidade e turgor, ou seja, muito mais propensa a desenvolver lesões, infecções e prurido. Nesta fase da vida existe perda do tecido de sustentação, lipídio subcutâneo, redução de pelos e glândulas sudoríparas e sebáceas.

#### **Mudanças na pigmentação:**

Para Chaves e Posso (2012), a coloração da pele é resultado da presença de:

- Melanina: constitui-se no principal pigmento da pele, é formada no estrato germinativo e protege a pele contra raios infravermelhos oriundos do sol;
- Caroteno: constitui-se em um pigmento amarelo-dourado, encontra-se na gordura subcutânea, sendo que na natureza é encontrado nos vegetais verdes e algas marinhas;
- Hemoglobina: circula nas hemácias, carregando 98% do oxigênio do sangue e apresenta-se em duas formas: oxiemoglobina e desoxi-hemoglobina. A desoxi-

hemoglobina possui coloração mais escura em relação à oxiemoglobina, o que lhe confere aspecto azulado e o aumento de sua concentração nos vasos sanguíneos caracteriza a pele com um aspecto azulado, denominado de cianose.

### **Alterações na pele:**

- Tom pletórico ou avermelhado: pode ocorrer no momento da transfusão sanguínea;
- Palidez: indivíduo hipocorado;
- Cianose: coloração azulada de extremidades ou não;
- Icterícia: indivíduo com pele, esclerótica amareladas.

### **Manchas vasculossanguíneas:**

- Eritema: aspecto avermelhado por vasodilatação em região limitada da pele, sendo caracterizada por placas de tamanho e forma variadas, podendo ser representada por uma reação de sensibilidade por infecção, reação a determinados medicamentos e raios ultravioletas ou calor. No momento do ‘dígito pressão’ o eritema desaparece;
- Exantema: pode ser observado por eritema de mucosas, ocorre geralmente no decorrer de doenças como: sarampo, varicela, escarlatina e varíola. Pode ser dividido em:
  - **Púrpura:** acontece por meio de extravasamento de hemácias para a pele. Pode ser caracterizado como:
    - **Petéquias:** lesões menores de um centímetro;
    - **Equimoses:** lesões maiores que um centímetro;
    - **Víbices:** ‘vergões’.
  - **Manchas pigmentares:**
    - **Hipocromia:** *déficit* de coloração, sendo mais clara que a pele, com pouca presença de melanina;
    - **Acromia:** não apresenta cor, ausência de melanina;
    - **Hiperacromia:** excesso de melanina, podendo ser castanho, preto ou azulado.

### **Mudanças no estado hídrico:**

O turgor, a elasticidade e a mobilidade da pele sofrem modificações conforme o estado nutricional e idade do paciente. Desta maneira, portanto, ao fazer o exame físico de palpação digital (usando dedos indicadores e polegar em pinça) percebe-se que na desidratação e

na caquexia, principalmente, pela perda de água corporal, a hidratação, o turgor e a elasticidade estarão reduzidos, indicando que a pele se apresenta seca (CHAVES; POSSO, 2012).

#### **Mudanças no turgor:**

Para Potter e Perry (2009) o turgor pode ser entendido como a elasticidade da pele e está reduzido com a presença de desidratação e do edema.

Desta maneira, no momento da palpação bidigital a pele deve preguiar-se com facilidade e demorar para retornar a sua posição inicial, ao contrário do que ocorre em pacientes obesos, pois o turgor, elasticidade e mobilidade da pele estão maiores (CHAVES; POSSO, 2012).

Entende-se por mobilidade da pele a facilidade da pele subir ao ser preguiada e turgor como a capacidade de voltar ao local imediatamente quando solta (JARVIS, 2010).

Quando o turgor está associado a estados de desidratação o enfermeiro pode realizar a prega cutânea e avaliar a facilidade com que ela é deslocada e a velocidade de retorno (BARROS et al, 2002).

Já o edema é ocasionado pelo extravasamento de líquidos corpóreos nos tecidos, causado por trauma mecânico ou alteração do retorno venoso (POTTER; PERRY, 2009).

#### **Proeminências ósseas:**

Para Silva e Lucena (2011), a imobilidade prolongada, seja por paralisia, anestesia geral ou limitações físicas, relacionada por pressão externa sobre proeminências ósseas, pode gerar *déficit* circulatório, causando dano no tecido, como hipóxia e, consequentemente, necrose.

Para reduzir alterações na integridade da pele em pacientes que apresentam compressão das proeminências ósseas é necessário realizar cuidados básicos de transferência e mudanças de decúbito, ou seja, deve-se manipular o paciente durante a movimentação, de maneira que ele possa ser erguido com o auxílio de lençol móvel ou aparelhos de transferência (de acordo com a realidade do local) e na medida do possível estimular que o paciente auxilie na mudança de decúbito, o que favorece sua independência (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

A Úlcera por Pressão em pacientes acamados e com sinais de emagrecimento está relacionada também à pressão que o corpo realiza sobre determinada superfície durante um certo período, ocasionando isquemia tecidual, principalmente nos tecidos moles (SARASÚA et al, 2011).

#### **Sensações prejudicadas:**

Malaquias, Bachion e Nakatani (2008) citam que as alterações de sensibilidade estão relacionadas à presença de dor, formigamento e/ou adormecimento em uma parte do corpo.

A textura da pele depende da idade, estado hídrico e localização da área inspecionada. Em crianças e adultos a pele é macia, suave, uniforme e flexível. Já a palma das mãos, região plantar, pode ser mais áspera e espessa. Em idosos, devido à redução de colágeno, gordura subcutânea e glândulas sudoríparas, a pele torna-se mais áspera e ressecada (POTTER; PERRY, 2009).

A pele pode ser palpada com a ponta dos dedos para verificar sensibilidade, firmeza e profundidade, podendo ser observadas áreas endurecidas resultantes de aplicações subcutâneas ou intramusculares (HESS, 2002; POTTER; PERRY, 2009). Para Hess (2002), a hiperemia reativa normal na pele pode ser devido à vasodilatação localizada, sendo que a pele fica sensível ao toque (ponta dos dedos) quando sofre uma leve pressão, modificando de cor avermelhada para esbranquiçada.

Para Guyton (2006), a sensação térmica no ser humano pode ser dividida por três receptores sensoriais: receptores para frio, para calor e para dor. Estes receptores localizam-se na porção inferior da pele, gerando sensações de frio e calor.

A dor constitui-se em um mecanismo de proteção, conforme Guyton (2006), uma vez que surge após alteração na integridade da pele ou tecido. A sensação de pele dolorida está associada à isquemia tecidual.

Em relação ao prurido, Guyton (2006) revela que a pele apresenta terminações nervosas livres mecanorreceptivas responsáveis por essas sensações e que o tecido conjuntivo é o único que pode liberar a sensação de prurido. A pele, quando íntegra, estabelece ligação física com os sistemas orgânicos do corpo.

No entanto, a pele quando sofre alterações (físicas, químicas, mecânicas e/ou biológicas relativas ao envelhecimento) pode apresentar prejuízos na parte sensorial, tátil, dolorosa, regulação de temperatura, proteção e defesa, dificultando a cicatrização ou manutenção do tecido (MENDES; GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

### **3.3.2 Diagnóstico de Enfermagem de Integridade Tissular Prejudicada (NANDA-I, 2012-2014) na assistência a pessoas portadoras de úlceras crônicas de etiologia diversa**

A definição do enunciado diagnóstico de Integridade Tissular Prejudicada consiste no dano a mucosas, córnea, pele e tecidos subcutâneos (NANDA, 2013). Nesse DE existem inúmeros graus de

alteração relacionados ao tecido, sendo representados pelas **características definidoras (CD)**: tecido destruído e tecido lesado, descritos a seguir:

**Tecido destruído:**

Os tecidos são constituídos por células semelhantes, com a função de desempenhar uma função específica, como por exemplo o tecido subcutâneo cuja função é manter a temperatura corporal. A célula em seu estado normal tem a função de manter o equilíbrio fisiológico, a capacidade metabólica e a estrutura celular. No entanto, essas células podem sofrer ações estressoras constantes do meio externo e sofrer modificações em sua estrutura, levando à lesão celular reversível – se o estímulo estressor for retirado e a causa da lesão não for grave, a célula poderá voltar as suas condições normais; e a lesão irreversível – se o estímulo estressor ultrapassar a capacidade do tecido de adaptar-se ao novo meio, ocasionando a morte celular e, conseqüentemente, a necrose (JUNQUEIRA, CARNEIRO, 1999; MITCHEL et al, 2012).

De acordo com Mitchel et al (2012), as causas das lesões das células são diversas, destacando-se as lesões por: falta de oxigênio nos tecidos (hipóxia), levando à isquemia celular; agentes físicos (trauma, pressão), agentes químicos e drogas (inclusive drogas terapêuticas, venenos, poluentes); agentes infecciosos (vírus, bactérias, fungos, parasitas); reações imunológicas (doença autoimune e lesão celular em resposta à inflamação); distúrbios genéticos (alterações genéticas, cromossômicas); desequilíbrio nutricional (deficiência protéico-calórica, vitamínica ou hipervitaminose e obesidade).

Portanto, quando ocorre destruição do tecido, pode-se dizer que existe uma alteração de alguma camada da pele, pois esta, ao sofrer uma lesão física, química ou mecânica, modifica a estrutura funcional do tecido, impedindo-o de desenvolver seu papel específico.

**Tecido lesado (por exemplo: córnea, mucosas, pele ou tecidos subcutâneos):**

Os tecidos são constituídos por células semelhantes, com a função de desempenhar uma função específica, como o tecido subcutâneo que tem a função de manter a temperatura corporal. A célula, em seu estado normal, tem a função de manter o equilíbrio fisiológico, a capacidade metabólica e a estrutura celular (MITCHEL et al, 2012). No entanto, estes tecidos podem sofrer ações ambientais ou não que levam ao surgimento de lesão, contusão que formam o tecido lesado.

Os **fatores relacionados** do Diagnóstico de Enfermagem de Integridade Tissular Prejudicada são:

### **Circulação alterada:**

Segundo Ferreira et al (2006), um *déficit* da oxigenação sistêmica e escassez no suprimento sanguíneo, em geral, afetam a distribuição de nutrientes das células e o processo cicatricial dos tecidos.

Segundo Jarvis (2010), o globo ocular apresenta vários pequenos vasos sanguíneos, sendo vistos por meio da conjuntiva transparente. Para Chaves e Posso (2012), a conjuntiva palpebral apresenta-se vermelha, com umidade, brilho e lisa.

Souza et al (2013) afirmam que a mucosa pode ser classificada quanto a sua coloração, como:

- Normocorada: apresenta-se de rósea à avermelhada;
- Hipocorada: apresenta-se com tom de rosa claro a esbranquiçada, e sua variação é medida por meio de cruces: + leve redução da tonalidade, ++ moderada redução da tonalidade e +++ próximo ao tom esbranquiçado e ++++ totalmente descoradas;
- Hipercoradas: presença de tonalidade vermelha, indicando processos de inflamação ou crescente número de hemácias.

### ***Déficit* de conhecimento:**

O *déficit* de conhecimento pode estar relacionado ao baixo conhecimento a respeito da prevenção e cuidados com a úlcera de etiologia diversa. No estudo de Malaquias, Bachion e Nakatani (2008) foi relatado que fatores cognitivos e psicogênicos interferem na vida do idoso, facilitando que este desenvolva alguma alteração na integridade da pele, principalmente pela mudança na memória, capacidade para resolver os problemas, percepção e desempenho intelectual.

Para Silva et al (2009), a falta de conhecimento em relação à doença e tratamento pode dificultar a adesão ao tratamento da úlcera crônica de etiologia diversa.

### ***Déficit* de líquidos:**

O baixo consumo hídrico pode resultar em desidratação e esta condição propicia o organismo a responder de forma negativa a complicações, como: infecções, constipação, redução na distensibilidade do músculo da bexiga, desequilíbrios hidroeletrólíticos (sódio, potássio, cloro) e alteração na elasticidade da pele, o que dificulta a cicatrização das úlceras (NASCIMENTO; TOURINHO, 2012).

Segundo Jarvis (2010), a boca seca ocorre por vários motivos, dentre os quais: desidratação, febre e língua com fissuras verticais profundas.

Malaquias (2010) relata que o déficit de líquidos está relacionado à proteção aos fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras vasculogênicas.

#### **Excesso de líquidos:**

Assim como o *déficit*, o excesso de líquidos também acarreta danos à pele (MALAQUIAS, 2010). De acordo com Mitchel et al (2012), o excesso de líquidos pode ser visto na presença do edema, que é quando ocorre um desequilíbrio, uma diferença de pressão hidrostática entre a movimentação de água e solutos dos espaços intersticial e intravasculares. Segundo estes autores, o aumento da pressão capilar e redução da pressão osmótica levam ao aumento do líquido intersticial. Se a movimentação de água para dentro dos tecidos exceder a drenagem linfática, surgirá o edema que pode localizar-se em qualquer parte do corpo humano, como por exemplo no tecido subcutâneo (geralmente ocorre em membros inferiores devido à influência da gravidade).

#### **Extremos de temperatura:**

A hipertermia constitui-se em um aumento descontrolado da temperatura corporal, a qual ultrapassa a capacidade do corpo em perder calor para o meio externo (HARISSON, 2013). Segundo Jarvis (2010), a hipotermia caracteriza-se por um esfriamento generalizado, podendo ser induzido por cirurgia ou febre alta. Em geral, a hipotermia está associada ao distúrbio circulatório central (choque) ou localizada (insuficiência arterial periférica). Apesar de Guedes (2009) e Jarvis (2010) correlacionarem temperatura corporal com a pele, para Malaquias (2010) esse contexto é diferente, pois extremo de temperatura não faz relação com a perda tecidual.

#### **Fatores mecânicos (por exemplo, pressão, abrasão, fricção):**

A proteção mecânica ocorre essencialmente pela camada gordurosa (hipoderme) (DOMANSKY; BORGES, 2012). Podem existir diversos fatores mecânicos que geram lesões tipo úlcera, como fricção e cisalhamento (BORGES, 2006).

Além desses fatores, em seu estudo sobre a integridade da pele em área perilesional de pacientes portadores de úlceras vasculogênicas, Malaquias (2010) destaca que o trauma mecânico (pancadas e arranhões, como por exemplo) culmina em prejuízos, muitas vezes irreversíveis, uma vez que existe relação na alteração da circulação e traumas.

#### **Fatores nutricionais:**

A desnutrição reduz a síntese do processo cicatricial, gera uma diminuição de síntese de colágeno e da formação de novos vasos sanguíneos, facilitando a cronificação da integridade da pele lesionada (FIGUEIRA et al, 2007; BORGES, 2006).

### **Irritantes químicos:**

Na avaliação quanto aos irritantes químicos na pele, destacam-se na literatura: tabaco, álcool, uso de produtos químicos sobre a pele que causem danos, alergia a fraldas, medicamentos, dentre outros produtos que causem alteração na estrutura das camadas da pele ou tecido tissular (BRASIL, 2007; MALAQUIAS et al, 2014). Na presença de produtos químicos, como detergentes para limpeza, a pele pode sofrer irritações como: eritema, edema, prurido e liberação de exsudato (DOMANSKY; BORGES, 2012).

Segundo Chaves e Posso (2012), na avaliação do olho quanto a presença de irritantes, destacam-se na literatura: fumaça, poeira, substâncias químicas, doenças infecciosas (Sarampo, Leptospirose, Gripe), bactérias, podendo ocasionar hiperemia, dor, calor, edema e presença de exsudato.

### **Mobilidade física prejudicada:**

Para Silva e Lucena (2011), a mobilidade física prejudicada está relacionada ao sistema musculoesquelético, caracterizado pelos sinais e sintomas de atrofia muscular, deformidade óssea, fraqueza muscular ou paresia, marcha claudicante, paralisia e parestesia.

### **Radiação (inclusive radioterapia):**

Inclui a radiação ultravioleta (RUV), a exposição ao sol nos horários das 10 às 16 horas, evitando a formação de radicais livres, alterando o metabolismo celular e o risco de câncer de pele. Esses cuidados evitam a formação de manchas na pele (PORTO, 2005; DOMANSKY, BORGES, 2012).

## 3.4 ACURÁCIA DIAGNÓSTICA

O DE baseado na NANDA-I apresenta uma linguagem padrão e uniforme da enfermagem, a qual pode ser associada à acurácia diagnóstica (NANDA-I, 2013), sendo assim, o enfermeiro deve evitar neologismos diagnósticos, uma vez que a falta de padronização pode induzir a prescrições de enfermagem equivocadas, levando a resultados insatisfatórios tanto na assistência quanto na pesquisa. Corroborando com isso, Lunney (2004) fala que a imprecisão para elaborar os DE, levam os enfermeiros à seleção de intervenções de enfermagem inapropriadas ao contexto vivido pelo paciente.

A utilização da taxonomia da NANDA-I facilita o uso de uma linguagem padrão para os DE, todavia, apenas sua utilização não comprova que o enfermeiro está apto a realizar um julgamento clínico e identificar um DE, suas características definidoras e seus fatores

relacionados acurados durante uma avaliação clínica do paciente (HULLEY et al, 2008).

Para Herdman (2013), a definição de um diagnóstico de enfermagem descreve as respostas humanas observadas pelo enfermeiro na prática assistencial. A autora ainda destaca a importância dos profissionais diferenciarem diagnósticos semelhantes. As Características Definidoras identificam os DE, sendo representadas por sinais e sintomas observados e relatados pelos enfermeiros durante o exame clínico dos pacientes, coleta do histórico de enfermagem e avaliações realizadas pelos demais profissionais. Em relação aos Fatores Relacionados (FRs), estes orientam as intervenções de enfermagem e estabelecem relação padronizada com o DE, podendo ser chamados de fatores etiológicos ou causativos, uma vez que representam “as questões ocultas” que levam à gênese da resposta humana observada e identificada pelo enfermeiro. Portanto, focar só nas características definidoras pode predispor avaliações equivocadas da acurácia diagnóstica e acarretar em inconsistência das intervenções de enfermagem.

A NANDA-I tem o objetivo de promover o raciocínio clínico e a acurácia diagnóstica, auxiliando no julgamento clínico das respostas humanas.

Diversos estudos debatem a habilidade do enfermeiro, sua cognição e percepção, seu julgamento clínico, seu pensamento crítico e seu conhecimento para identificar características definidoras e fatores relacionados acurados. Considera-se nestes estudos que para alcançar diagnósticos de enfermagem acurados é primordial que esse profissional empregue seu conhecimento científico, suas aptidões e sua experiência clínica para identificar os DE, a fim de que possa definir intervenções de enfermagem acuradas (CRUZ; PIMENTA, 2005; PAANS et al, 2012; CARPENITO-MOYET, 2002; MAZONI; CARVALHO; SANTOS, 2013).

O DE é considerado acurado quando se aproxima do estado real do paciente. Assim sendo, ele torna-se essencial para realizar o planejamento e a implementação de enfermagem de maneira acurada, levando à melhoria da assistência de enfermagem prestada ao paciente (LUNNEY, 1990; POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; NOGUEIRA et al 2009).

Enfatiza-se que o diagnóstico das respostas humanas consiste em um processo complexo, pois depende da interpretação do comportamento humano frente a uma situação de saúde, sendo que, de acordo com Lunney (2004), envolve: processos interpessoais

(comunicação com paciente e outros profissionais); processos técnicos (histórico de enfermagem, realização de exame físico, avaliação do paciente, família ou comunidade) e processos intelectuais (emprego de pensamento crítico para coleta de dados e tomada de decisões).

Assim sendo, para facilitar este processo, o enfermeiro deve reconhecer mentalmente evidências na etapa diagnóstica de enfermagem. Assim, ele pode avaliar o paciente de maneira intencional, abordando a coleta de dados como base para desenvolver ações de enfermagem; ele poderá também, avaliar este paciente de maneira não-intencional, desenvolvendo evidências relevantes sem necessitar planejar sua realização. Nas diversas situações de atendimento ao paciente, este profissional percebe as evidências definidoras para desenvolver os DE, utilizando para isso o pensamento, por meio da percepção dos sentidos, como: visão, olfato, audição, tato e paladar (LUNNEY, 2004). Ou seja, elabora seu pensamento por meio de sua habilidade em observar o contexto no qual o paciente, sua família ou comunidade estão inseridos, associando suas observações a sua experiência clínica.

Para Lunney (2002) e Matos (2010), existe uma explicação a respeito disso, elas apontam que o conhecimento é essencial, porém, somente ele, não é responsável por alcançar a acurácia diagnóstica. Neste sentido, estudo com acadêmicos de enfermagem utilizando uma ferramenta avaliadora para acurácia em diagnósticos de enfermagem demonstrou que o conhecimento prévio do DE não interfere na elaboração de diagnósticos acurados, uma vez que os acadêmicos mesmo tendo acesso ao conhecimento identificaram e elaboraram DE inconsistentes e incompletos (PAANS et al, 2010).

A verificação da acurácia diagnóstica considera a experiência clínica e pessoal, o tempo de formação acadêmica do enfermeiro que realiza o diagnóstico, assim como a experiência que este teve em sua vida acadêmica e profissional em trabalhar com a sistematização da assistência e com as classificações diagnósticas (MATOS, 2010).

Portanto, considera-se que o enfermeiro experiente na prática clínica possa ser inexperiente no raciocínio diagnóstico, dependendo de sua formação e do contato que teve com as classificações diagnósticas em sua formação acadêmica, uma vez que, no Brasil, a divulgação sobre o PE na grade curricular dos cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem, só aconteceu na década de 1970, com a difusão das teorias de enfermagem e a publicação do livro de Horta sobre a teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Maslow, operacionalizando o Processo de Enfermagem. Estudos evidenciam variações nas

interpretações dos enfermeiros frente às respostas dos pacientes, demonstrando interpretações inconsistentes e pouco domínio em relação à identificação dos DE (HORTA, 1979; MATOS, 2006; MATOS, 2010; UBALDO, 2012).

Autores que estudam a acurácia dos diagnósticos de enfermagem entendem que estes envolvem interpretações de respostas humanas e que existem inconsistências no conceito de acurácia, uma vez que esta é uma propriedade dicotômica, diferentemente dos DE. A acurácia diagnóstica deve ser considerada tarefa complexa, caracterizada por uma variedade contínua, ou seja, “um diagnóstico pode ser mais ou menos acurado, não se tratando de tudo ou nada” (LUNNEY, 1992; MATOS; CRUZ, 2013, p. 95).

Matos e Cruz (2013) discorrem a respeito da complexidade e da diversidade da interpretação das respostas humanas na definição de um diagnóstico de enfermagem com base em alguns estudos (LUNNEY, 1990, 2004; CARNAVELI; THOMAS, 1993), apontando categorias para diagnósticos com baixa acurácia, como:

- **Complexidade da tarefa diagnóstica:** relaciona-se a situações clínicas, sendo necessária a presença da enfermagem ou de outras profissões e variam conforme o domínio de condição humana, como: biológico, psicológico, social, cultural e espiritual. Por exemplo, atendimento de enfermagem (ou outras equipes) ao paciente vítima de acidente automobilístico com fratura exposta em membro superior direito. Na avaliação inicial, o atendimento é feito para a melhora das respostas do paciente ao braço fraturado. Caso o paciente relate outras evidências, medo, por exemplo, a complexidade da tarefa diagnóstica passa ser maior;
- **Diversidade da linguagem:** a inexistência de uma linguagem padrão para o julgamento das respostas humanas leva a diferentes formas de pensar o mesmo fenômeno;
- **Desconhecimento da real situação do paciente:** o enfermeiro pode não conhecer a verdadeira situação do paciente, já que poucas manifestações são interpretadas, levando a diagnósticos com baixa acurácia, vagos, gerais;
- **O contexto da situação:** o local onde o enfermeiro elabora os DE contribui para resultados equívocos da acurácia diagnóstica. Por exemplo, no ambiente de emergência ou

Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os cuidados de enfermagem dispendidos aos pacientes portadores de úlceras crônicas de etiologia diversa podem sofrer influência das situações graves. Ainda em relação ao contexto da situação, a especialização do conhecimento pode afetar a precisão. Além disso, a disponibilidade de recursos leva a interpretações errôneas da precisão diagnóstica. Dentre estes recursos, destacam-se auxílio e compartilhamento de responsabilidade entre os profissionais; e o conhecimento relacionado a respostas humanas (LUNNEY, 2004);

- **Compartilhamento de pistas entre diagnósticos de enfermagem:** neste caso pode gerar dúvidas. Assim sendo, com um mesmo conjunto de dados o avaliador pode fazer interpretações das respostas humanas de maneira inconsistente;
- **Expertise do diagnosticador:** depende do conhecimento, da habilidade e da experiência do diagnosticador, favorecendo avaliações consistentes ou superficiais do paciente. Dependendo da experiência, o enfermeiro pode ou não identificar Diagnósticos de Enfermagem relevantes ao paciente, assim como diagnósticos irrelevantes ou pouco acurados, interferindo negativamente na intervenção de enfermagem. Portanto, a *expertise* do diagnosticador tem relevante papel na identificação do diagnóstico, podendo ser disposto em:
  - Domínio interpessoal: os pacientes geralmente compartilham respostas humanas e experiências subjetivas com os enfermeiros. No entanto, para que isso aconteça, é imprescindível que o enfermeiro faça perguntas ou comentários pertinentes em cada situação vivida pelo paciente. Acredita-se que exista relação entre diagnósticos mais precisos das respostas psicossociais com a colaboração do paciente, uma vez que o processo diagnóstico deve caracterizar-se como um processo colaborativo entre paciente e enfermeiro;
  - Domínio técnico: envolve habilidades técnicas, capacidade do enfermeiro em coletar a história de saúde e realizar um exame físico. Sabe-se que essas

habilidades variam de acordo com o desenvolvimento pessoal do enfermeiro, uma vez que a coleta e interpretação dos dados dependem também das respostas humanas. Por exemplo, um enfermeiro que estuda valores e crenças, encontra-se mais preparado para diagnosticar angústia espiritual com precisão do que outros que não desenvolveram estas habilidades;

- Domínio intelectual: está associado à quantidade e tipos de conhecimentos armazenados na memória e processos de pensamento. Dessa maneira, o conhecimento adquirido pelo enfermeiro à resposta humana, armazenado na memória são caracterizados por: definições, evidências, fatores contribuintes, intervenções de enfermagem e seus resultados.

Hulley et al (2008) discorre em seu estudo sobre a existência de haver uma relação inversa entre acurácia e erro, ou seja, quanto maior o erro, menor será a acurácia dos dados, podendo ser denominado de erro sistemático (viés da pesquisa). Este erro por sua vez, pode ser apontado por:

- Viés do observador: consiste na discrepância intencional ou não e na maneira pela qual o observador realiza a coleta de dados, como por exemplo: influenciar o entrevistado a uma determinada resposta no momento da entrevista;
- Viés do instrumento: consiste na imprecisão de um determinado instrumento, como por exemplo: balança indicando valores errados de peso;
- Viés do sujeito: consiste na discrepância da aferição gerada pelo sujeito do estudo, como por exemplo: incluir alguma característica definidora ou fator relacionado, além dos que existem no Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada.

Ressalta-se que dúvidas podem surgir ao elaborar um DE e, por esse motivo, caso o enfermeiro não encontre evidências (intencionais ou não) durante a avaliação do paciente para elaborar um DE, este deverá ampliar sua percepção a respeito das evidências coletadas e só então realizar e confirmar o DE (LUNNEY, 2004).

Acredita-se que a acurácia de uma variável diagnóstica tenha a competência da mesma representar o que realmente ela deveria

representar (MATOS, 2010). Desta maneira, a acurácia não precisa estar relacionada à precisão, uma vez que precisão consiste no “grau em que uma variável tem valores semelhantes quando medido várias vezes” (HULLEY et al, 2008, p. 60). Para os autores Hulley, Martin e Cumming (apud MATOS, 2010), a acurácia pode ser alcançada pelo viés da pesquisa, enquanto que precisão pode existir em diagnósticos pouco acurados.

De acordo com Lunney (2004), apesar dos avanços na área do conhecimento científico na enfermagem, pouco ou quase nada o enfermeiro apropriou-se na acurácia diagnóstica, ou seja, os problemas reais ou potenciais dos pacientes podem ser avaliados de forma distinta por dois ou mais enfermeiros, muitas vezes, levando a avaliações discrepantes.

Para Lunney (2003), a acurácia é uma variável contínua, uma vez que os problemas humanos identificados pelos enfermeiros são considerados cíclicos e dinâmicos. Em outros estudos, a autora explica que os DE não devem ser categorizados em certos ou errados, mas ser classificados de forma contínua em mais acurados e menos acurados. É preciso entender que em certas situações, além dos diagnósticos altamente acurados, podem-se encontrar outros com menor grau de acurácia. A mesma autora faz ainda uma ressalva de que a interpretação das respostas humanas é complexa, fazendo com que exista um grande risco para a baixa acurácia (LUNNEY, 1990, 2003, 2004).

### **3.4.1 Método para estimar a acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem**

Segundo Fontes (2013), atualmente existe uma ínfima quantidade de escalas que medem a acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem. Independente das escalas existentes, considera-se relevante a tarefa de diagnosticar, assim como a tarefa de verificação da acurácia dos DE e de sua relevância. A associação do diagnóstico acurado com resultados positivos e tratamentos adequados pode contribuir com informações preciosas a respeito do refinamento diagnóstico (MATOS, 2010). Lunney (2004) relaciona o pequeno número de estudos sobre acurácia diagnóstica com o fato desta não ser muito valorizada na prática clínica realizada pelos enfermeiros.

Por volta de 2005, Matos e Cruz iniciaram estudos para desenvolver uma escala de acurácia que fosse válida na prática clínica dos enfermeiros com dados escritos dos pacientes (MATOS, 2010). Para alcançar estes objetivos, as autoras realizaram a tradução da escala de acurácia da enfermeira norte americana Margaret Lunney para a língua

portuguesa com a intenção de validar a escala e avaliar suas propriedades psicométricas (CRUZ et al, 2007).

A escala de Lunney é baseada no conceito de acurácia, sendo denominada *Lunney Scoring Method for Rating of Nursing Diagnosis* (LSM). O método proposto por Lunney enumera os graus de acurácia em sete valores e seus respectivos critérios (LUNNEY, 2001). Estes valores e os critérios estão representados no Quadro 1 a seguir, que é uma versão brasileira traduzida por Matos e Cruz (2013, p. 98).

**Quadro 1:** Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem de Lunney

<b>Escala de acurácia de diagnósticos de enfermagem de Lunney – Versão Brasileira</b>	
<b>Escores</b>	<b>Crítérios</b>
+5	O diagnóstico é consistente com todas as pistas, suportado por pistas altamente relevantes e precisas.
+4	O diagnóstico é consistente com a maioria ou todas as pistas e suportado por pistas relevantes, mas falha em refletir uma ou poucas pistas relevantes.
+3	O diagnóstico é consistente com muitas das pistas, mas falha em refletir a especificidade de pistas disponíveis.
+2	O diagnóstico é indicado por algumas das pistas, mas as pistas relevantes são insuficientes para o diagnóstico e/ou o diagnóstico tem prioridade menor que outros diagnósticos.
+1	O diagnóstico é somente sugerido por uma ou poucas pistas.
0	O diagnóstico não é indicado por nenhuma pista. Nenhum diagnóstico é afirmado quando não há pistas suficientes para afirmar um diagnóstico. O diagnóstico não pode ser pontuado.
-1	O diagnóstico é indicado por mais de uma pista, mas deveria ser rejeitado com base na presença de pelo menos duas pistas que o desconfirmam.

Fonte: Adaptado de Matos e Cruz (2013, p. 98).

Quando adaptada para a língua portuguesa e validada no estudo de Cruz et al (2007), as autoras identificaram que essa escala não era compatível com dados escritos (registros de histórico de enfermagem e exame físico) da avaliação do paciente, encontrando fortes subsídios para fazer modificações nesta.

Dentre as dificuldades encontradas no uso da escala de Lunney, Cruz et al (2007) destacaram que o instrumento de medida, quando traduzido, mostrou-se sem validade e sem confiabilidade. Para as autoras o instrumento não apresentava o real poder de medir a acurácia dos DE. Sendo assim, entre os anos de 2005 e 2006, elas realizaram outro estudo, o qual tinha a intenção de desenvolver um novo instrumento, a Escala de Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem (EADE) Versão 1, com base nos trabalhos de Lunney (1990).

A Versão 1 da EADE desenvolvida por Cruz et al (2007) apresenta quatro itens de respostas dicotômicas, sendo que o item 1 (presença de pistas) sugere a pontuação do diagnóstico. Já os escores do item 2 a 4 (relevância, especificidade, coerência da pista) facilitam a interpretação do diagnóstico identificado pelo enfermeiro. Esta escala identifica o grau de acurácia diagnóstica, apresentando números reais para a avaliação da acurácia, podendo assumir três categorias de acurácia diagnóstica: nula, baixa e alta.

Para as autoras, o conceito de acurácia de um diagnóstico consiste em “um julgamento do avaliador quanto ao grau de relevância, especificidade e coerência das pistas existentes para o diagnóstico, sendo considerado uma propriedade contínua, podendo ser mais ou menos acurado” (MATOS; CRUZ, 2009, p. 1089).

Nos anos seguintes, Matos e Cruz aperfeiçoaram a versão EADE 1, evoluindo para a versão EADE 2, conforme Quadro 2 a seguir:

**Quadro 2:** Escala de acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem – EADE – Versão 2.

Diagnósticos de Enfermagem*	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Você manteria esse DE?		Grau de acurácia	Categoria de acurácia
	Há pistas? **		Relevância (pista x DE)		Especificidade (pista x DE)		Coerência (pista x DE x conjunto dos dados)		Sim	Não		
	Sim (1)	Não (0)	A/M (1)	B (0)	A/M (3,5)	B (0)	A/M (8)	B (0)				
Integridade da pele prejudicada												
Integridade tissular prejudicada												

**Legenda:** A: Alta; M: Moderada; B: Baixa; N: Nula.

\* Inserir número de linhas igual ao número de diagnósticos a serem avaliados pela EADE.

\*\* Quando a resposta for não, não preencher as demais células para o diagnóstico.

Fonte: Matos e Cruz (2013, p. 101).

Desde a escala anterior, as autoras apresentaram conceitos para nortear o avaliador no momento da verificação da acurácia dos diagnósticos. Estes conceitos foram refinados na escala EADE – Versão 2, e estão definidos a seguir (MATOS; CRUZ, 2013, p. 104):

- **Item 1:** Presença de pistas são “manifestações dos pacientes (implícitas ou explícitas) que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado”;
- **Item 2:** Relevância da pista é o “grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) necessária(s) para indicar o diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado”;
- **Item 3:** Especificidade da pista é o “grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) característica(s) do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado”;
- **Item 4:** Coerência da pista é o “grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) consistente(s) com o diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado e com o conjunto das informações disponíveis”.

As pistas são chamadas de características definidoras, uma vez que os diagnósticos partilham características definidoras, as quais permitem a verificação da acurácia.

Na versão 2 da EADE foi incluída uma variável nominal: ‘você enunciaria esse diagnóstico?’. Esta pergunta tem a finalidade de refletir a respeito do DE avaliado e influencia na escolha dos DE mais importantes para cada caso clínico (MATOS; CRUZ, 2009).

A EADE – Versão 2 manteve os itens de respostas dicotômicas, sendo que o item 1 (presença de pistas) sugere pontuação do diagnóstico. Já os escores do item 2 a 4 (relevância, especificidade, coerência da pista) facilitam a interpretação do diagnóstico identificado pelo enfermeiro. Essa nova escala, indica nove probabilidades de pontuação, como: 0/ 1/ 2/ 4,5/ 5,5/ 9/ 10/ 12,5 e 13,5; assumindo quatro possibilidades de categorias de acurácia: Nula (0), Baixa (1), Moderada (2/ 4,5 e 5,5) e Alta (9/ 10/ 12,5 e 13,5) como se pode identificar a seguir no Quadro 3.

**Quadro 3:** Sistema de pontuação das respostas – EADE – Versão 2.

Escore para os itens da EADE – Versão 2			
Itens	Definições	Categorias	Escore de

Escores para os itens da EADE – Versão 2				
				acurácia
1	Presença de pista	Manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado.	Sim	1
			Não	0
2	Relevância da pista	Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) necessária(s) para indicar o diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado.	Alta/ Moderada	1
			Baixa	0
3	Especificidade da pista	Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) característica(s) do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado.	Alta/ Moderada	3,5
			Baixa	0
4	Coerência da pista	Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) consistente(s) com o diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado e com o conjunto das informações disponíveis.	Alta/ Moderada	8
			Baixa	0
5	Você enunciaria esse diagnóstico de enfermagem?	Mesmo havendo pistas com alguma relevância, especificidade e coerência para o diagnóstico, ele pode: não ser <u>prioritário</u> , não direcionar <u>intervenções</u> adequadas ou <u>outro diagnóstico</u> pode	Sim	Não pontua
			Não	Não pontua

<b>Escores para os itens da EADE – Versão 2</b>			
		explicar melhor a resposta do paciente.	
<b>Categorias de acurácia da EADE – Versão 2</b>			
Escores de acurácia	Interpretação		Categoria de Acurácia
0	Não há pistas que indiquem o diagnóstico em questão.		NULA
1	A(s) pista(s) existente(s) tem (têm) baixa relevância, baixa especificidade e baixa coerência.		BAIXA
2 4,5 5,5	A(s) pista(s) presente(s) nos dados de avaliação tem (têm) coerência baixa com os dados da avaliação, mas tem (têm) pista(s) altamente/moderadamente relevante(s) E/OU altamente/moderadamente específica(s) para o diagnóstico em questão.		MODERADA
9,0 10,0 12,5 13,5	A(s) pista(s) presente(s) nos dados de avaliação é (são) altamente/moderadamente coerente(s) com os dados da avaliação. São também altamente/moderadamente relevantes E/OU altamente/moderadamente específicas para o diagnóstico em questão.		ALTA

Fonte: Adaptado de Matos (2010, p. 43).

O trabalho desenvolvido por Matos e Cruz (2009) prevê situações que auxiliam o avaliador a realizar a acurácia dos DE. Sob este aspecto recomendam as autoras que caso o avaliador esqueça os passos para realizar a acurácia, ele deve consultar o manual explicativo que acompanha a EADE – Versão 2 (Quadro 4).

**Quadro 4:** Orientações para utilização da EADE – Versão 2.

<b>Orientações para utilização da EADE</b>	
<b>1) Orientações:</b>	A EADE – Versão 2 foi desenvolvida para estimar o grau com

### Orientações para utilização da EADE

que uma afirmação diagnóstica tem sustentação num conjunto de informações clínicas escritas do paciente. O uso adequado da escala requer que o avaliador esteja suficientemente esclarecido sobre conceitos e termos envolvidos na escala.

A necessidade de aprimorar a EADE – Versão 1 resultou na proposta da sua segunda versão (EADE – Versão 2). A EADE – Versão 2 incorporou modificações: 1) nos enunciados das definições de pistas, relevância e especificidade; 2) nas escalas de cada item, em que foi eliminada a categoria ‘nula’; 3) nos escores e categorias de acurácia, permitindo diferenciar os diagnósticos sem pistas dos quais as pistas têm relevância, especificidade e coerência baixas; 4) inclusão da pergunta no final da escala para favorecer a seleção do diagnóstico de enfermagem prioritário.

A aplicação da EADE – Versão 2 requer a análise de cada diagnóstico formulado para um paciente, com base nos dados de avaliação clínica que deram origem aos diagnósticos em análise. Para aplicar a EADE – Versão 2 deve-se ter em mãos os dados de avaliação clínica do paciente e os diagnósticos formulados com base nesses dados.

A EADE – Versão 2 consta de 5 itens com respostas dicotômicas, sendo que quatro deles são pontuáveis. Para responder a cada item, o avaliador deve considerar cada diagnóstico estabelecido frente ao conjunto de dados que deram origem aos diagnósticos em questão.

- A)** **ANTES** de iniciar o julgamento dos diagnósticos, o avaliador deve realizar a leitura cuidadosa dos dados clínicos escritos disponíveis sobre o paciente (entrevista, exame físico e outros dados);
  - B)** **APÓS** realizar a leitura cuidadosa dos dados, o avaliador deve submeter cada diagnóstico listado à EADE – Versão 2.
    - a. O avaliador deverá voltar, sempre que necessário, aos dados escritos para responder os itens da EADE – Versão 2;
    - b. Recomenda-se também que a classificação da NANDA-I seja amplamente consultada.
  - C)** Os itens da EADE – Versão 2 e as orientações para respondê-los são:
    - **Item 1** – Há pista(s) para o diagnóstico?  Sim  
 Não
- Orientações: Considere a definição de pistas: são

### Orientações para utilização da EADE

manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado. Se houver pelo menos uma pista para o diagnóstico, independente de sua relevância, especificidade e coerência, marque a resposta sim.

Consulte a NANDA-I sempre que necessário.

Se a resposta for não, os outros itens não se aplicam. Interrompa aqui a aplicação do EADE para este diagnóstico.

- **Item 2** – A relevância da(s) pista(s) existente(s) é:  
 Alta/Moderada  Baixa

Orientações: Considere a definição de relevância da pista: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é necessária (o) para indicar o diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado. Indique o grau de relevância da(s) pista(s) existente(s) como: Alta/Moderada ou Baixa.

Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de relevância, indique apenas o mais elevado (Alta / Moderada).

Consulte a NANDA-I sempre que necessário.

- **Item 3** – A especificidade da(s) pista(s) existente(s) é:  Alta/Moderada  Baixa

Orientações: Considere a definição de especificidade da pista: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é característica(o) do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado. Indique o grau de especificidade da(s) pista(s) existente(s) como: Alta/Moderada ou Baixa.

Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de especificidade, indique apenas o mais elevado (Alta / Moderada).

Consulte a NANDA-I sempre que necessário.

- **Item 4** – A coerência da(s) pista(s) existente(s) é:  
 Alta/Moderada  Baixa

Orientação: Considere a definição de coerência da pista: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é consistente com o conjunto das

### Orientações para utilização da EADE

informações disponíveis (incluindo o próprio diagnóstico que está sendo avaliado). Indique o grau de coerência da(s) pista(s) existente(s) como: Alta/Moderada ou Baixa.

Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de coerência, indique apenas o mais elevado (Alta/Moderada).

- **Item 5** – Você manteria o diagnóstico?  Sim  Não

Orientação: Considere que mesmo havendo pistas com alguma relevância, especificidade e coerência para o diagnóstico:

- Ele pode não ser prioritário para a situação do paciente;
- Ele pode não direcionar intervenções adequadas;
- Outro diagnóstico pode explicar melhor a resposta do paciente.

Nestes casos, indique a resposta Não.

Consulte a NANDA-I sempre que necessário.

- **Item 6** – A relevância da(s) pista(s) existente(s) é:  Alta/Moderada  Baixa

Orientações: Considere a definição de relevância da pista: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é necessária(o) para indicar o diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado. Indique o grau de relevância da(s) pista(s) existente(s) como: Alta/Moderada ou Baixa.

Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de relevância, indique apenas o mais elevado (Alta / Moderada).

Consulte a NANDA-I sempre que necessário.

Fonte: Matos (2010, p.101).

Para Matos e Cruz (2009), o uso de uma escala confiável e válida para realizar a acurácia amplia o conhecimento científico a respeito do diagnóstico de enfermagem e a confiança dos estudos nesse assunto.

Também para as autoras, a utilização desta escala pressupõe o desenvolvimento de um instrumento contendo os aspectos a serem

avaliados, assim como deve possuir conhecimento científico que permita avaliar as pistas correspondentes a cada situação observada no paciente.

Considerando os aspectos aqui abordados, a verificação da acurácia dos diagnósticos de enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada foram realizados pela escala de EADE – versão 2 de Matos e Cruz (2009). Considerou-se para a identificação de pistas, avaliação da relevância, especificidade e coerência das mesmas a revisão de literatura, que aponta cientificamente cada aspecto das características definidoras e dos fatores relacionados referentes aos diagnósticos estudados, e instrumento desenvolvido no presente estudo para direcionar o olhar para o paciente e para a lesão de pele.

Tanto a versão 1 quanto a versão 2 da EADE foram desenvolvidas com o intuito de verificar o quanto o grau de uma afirmação diagnóstica apresenta validade em uma variedade de informações clínicas coletadas e descritas do paciente (dados descritos por meio de histórico de enfermagem e exame físico). Assim, cabe ao avaliador elaborar um instrumento que auxilie no julgamento da acurácia dos diagnósticos, levando a melhor confiabilidade nos resultados (MATOS et al, 2007).

Os autores recomendam ainda que a aplicação da escala seja feita por uma pessoa diferente daquela que identificou as respostas humanas da saúde do paciente e seus respectivos diagnósticos de enfermagem. Este deve ser um enfermeiro experiente na avaliação clínica do paciente e no uso da etapa diagnóstica e com familiaridade com a escala (MATOS; CRUZ, 2013).

Para a utilização da Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem Versão 2.0 (EADE) neste trabalho, foi obtido o consentimento das autoras (Anexo 1).



## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, do tipo descritivo, prospectivo, longitudinal de amostra intencional, não probabilístico, que abordou o grau de Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada por meio da Escala de Diagnósticos de Enfermagem (EADE) – Versão 2 (MATOS; CRUZ, 2009).

### 4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), hospital geral inaugurado em 1980, totalmente público, voltado para o ensino, pesquisa e extensão. Este hospital atende a comunidade local, a população do Estado de Santa Catarina e os turistas que visitam a cidade. O hospital é referência estadual em patologias complexas, com grande demanda na área do câncer e cirurgia de grande porte, incluindo a cirurgia vascular (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2013).

O serviço de Emergência Adulto atende 24 horas por dia, atingindo uma média de 400 pacientes/dia. O atendimento prestado neste serviço abrange os pacientes acima de 15 anos de idade, portadores de patologias diversas, relacionadas ao Aparelho Cardiovascular, Respiratório, Renal, Hepático, Neurológico, doenças crônicas (Diabetes *Mellitus*, Hipertensão) e suas complicações, mordidas de animais, picadas de insetos, intoxicações exógenas, dentre outras (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2013).

Este serviço conta com uma equipe de enfermagem, médica, nutrição, serviço social, psicologia, farmácia, além de residentes e acadêmicos nas respectivas áreas. Existem seguranças, pessoal da limpeza e recepcionistas. No que diz respeito à Enfermagem, o serviço possui 22 enfermeiros (seis destes são residentes do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde), 47 técnicos e 10 auxiliares de enfermagem para a prestação da assistência. A enfermagem conta também com alunos bolsistas que auxiliam nos encaminhamentos de exames, pedido de materiais e outras atividades rotineiras.

Neste setor, os pacientes são atendidos por demanda espontânea (podendo ele mesmo procurar o serviço ou ser levado por amigos, familiares) ou são referenciados por outra unidade de saúde ou hospital e conduzidos por equipes de resgate (ambulância, helicóptero). Para prestar o atendimento, o serviço de emergência é organizado em três ambientes físicos: Acolhimento, Serviço de Emergência Interna e Repouso.

Na área de **Acolhimento** os enfermeiros realizam a avaliação e Classificação de Risco das pessoas que procuram a instituição. A Classificação de Risco trata-se de uma ferramenta que organiza o serviço por prioridade, garantindo o atendimento imediato do paciente com grau de risco elevado (BRASIL, 2009).

Segundo Júnior et al (2010), durante o acolhimento tem-se utilizado protocolos para facilitar a tomada de decisão do profissional da saúde na priorização do atendimento aos pacientes. O acolhimento, na instituição estudada é realizado por enfermeiras, no horário compreendido entre sete e 23 horas, diariamente – elas utilizam um instrumento adaptado do Protocolo de Manchester para orientar a atividade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010).

Esse documento tem por finalidade auxiliar o enfermeiro a classificar o paciente que procura a unidade de emergência por grau de gravidade, segundo definição a seguir:

- Vermelha: pacientes em estado grave, com risco de morte e que necessitam de atendimento imediato;
- Laranja: pacientes em estado crítico ou semicrítico e que podem esperar no máximo dez minutos pelo atendimento;
- Amarela: pacientes não críticos, que possuem condição clínica para aguardar atendimento médico no intervalo de tempo previsto de uma hora;
- Verde: pacientes sem prioridade de urgência ou emergência, exigindo atendimento médico no intervalo de tempo previsto de no máximo quatro horas, podendo ser assistido nas Unidades de Pronto Atendimento;
- Azul: pacientes sem prioridade de urgência ou emergência e sem problemas de saúde recentes que poderiam resolver seu quadro clínico na Unidade Básica de Saúde ou em consulta pré-agendada, podendo aguardar por seis horas, caso queiram receber atendimento no serviço.

Na área destinada ao **Serviço de Emergência Interna (SEI)**, realiza-se o atendimento aos pacientes que chegam tanto pelo Acolhimento com Classificação de Risco, quanto àqueles trazidos por equipes de resgate, familiares, amigos.

No SEI estão localizadas a sala de reanimação, quatro consultórios, sendo três para clínica médica e um para clínica cirúrgica; uma farmácia satélite que funciona 24 horas, sala cirúrgica, sala de procedimentos e posto de enfermagem. Há ainda neste local, nos corredores, 12 macas nas quais os pacientes permanecem em observação do estado clínico ou internados durante dias por falta de leitos nas unidades de internação do referido hospital.

A sala de reanimação prioriza o atendimento a pacientes classificados pelo Protocolo de Manchester em vermelho e laranja e pacientes em estado grave que chegam via equipes de resgate, familiares ou amigos. Esta sala apresenta capacidade para atender dois pacientes em estado crítico ou semicrítico simultaneamente. Como rotina, após o atendimento a estes pacientes, caso necessário, eles são encaminhados para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para a área de repouso ou para as macas no corredor da emergência. Em diversas ocasiões, os pacientes graves permanecem por tempo indeterminado na sala de reanimação, geralmente por falta de vagas de UTI.

Ainda no ambiente do SEI, existe uma sala de medicação que possui 10 poltronas onde são atendidos os pacientes que necessitam de algum tratamento medicamentoso, realização de exames diagnósticos, hidratação e outros tratamentos ou cuidados.

No espaço físico do **Repouso** existem 12 leitos de internação e um de isolamento. Neste local permanecem pacientes de todas as especialidades médicas. Estes frequentemente permanecem por um período mais prolongado no local, seja por falta de leitos ou porque aguardam a estabilização hemodinâmica de seus quadros clínicos para serem encaminhados para as unidades de internação do próprio hospital.

Existe habitualmente uma sobrecarga de pacientes no ambiente da emergência estudada, em razão da falta de leitos hospitalares e de UTI. Esta condição torna o setor um ambiente um tanto caótico, com muitos pacientes em macas, na sala de medicação, nos consultórios médicos e na sala de procedimentos cirúrgicos. Um número significativo de pacientes permanece no local até a alta e as condições ruins de acomodação aumentam o risco de comprometimento da integridade da pele.

Na distribuição de pessoal para atender a essa demanda, geralmente o serviço organiza-se da seguinte forma: no período diurno,

um enfermeiro fica responsável pelo acolhimento, outro pelo SEI e um terceiro pelos pacientes internados no repouso. No período noturno dois enfermeiros permanecem após às 23 horas e atendem a área de acolhimento somente em alguma intercorrência. Para os demais casos o profissional administrativo realiza a ficha de atendimento segundo a queixa do paciente, uma vez que a partir deste horário o tempo de espera é pouco significativo.

Seguindo as normas da Diretoria de Enfermagem, os enfermeiros utilizam no Processo de Enfermagem a Metodologia de Assistência de Enfermagem (MAE), norteada pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta para guiar o planejamento formal da assistência aos pacientes. A MAE é registrada no Prontuário do Paciente, que é um instrumento único, de registro das ações de todos os profissionais de saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 1980).

Os registros da MAE contemplam o Histórico de Enfermagem com os problemas de enfermagem; a Prescrição e a Evolução de Enfermagem. A etapa do Diagnóstico de Enfermagem não é realizada e a 'lista de problemas' orienta os enfermeiros na elaboração da Prescrição de Enfermagem.

O serviço de emergência adulto aplica a MAE em todas as fases propostas pela instituição, diariamente aos pacientes internados no repouso e no isolamento. Devido à organização do serviço e à alta rotatividade de pacientes nas macas, a MAE não é realizada em sua totalidade para os pacientes que permanecem nos demais ambientes da emergência. Para estes últimos, é realizada a cada turno, por um dos integrantes da equipe de enfermagem, uma Evolução de Enfermagem (nas folhas denominadas de Observações Complementares de Enfermagem). Compete ao enfermeiro avaliar as necessidades de cuidado e as repassar para a equipe. Entretanto, o enfermeiro não registra o histórico e a prescrição de Enfermagem no prontuário do paciente (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 1980).

No presente estudo, para a verificação da Acurácia dos Diagnósticos de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada, os enfermeiros, no período de coleta de dados, aplicaram o histórico de enfermagem e os Diagnósticos de Enfermagem para todos os pacientes com úlcera crônica por etiologia diversa, independente do local em que estes se encontravam. A opção por trabalhar com todos os pacientes internados na emergência, deu-se para obter uma amostra mais significativa de casos no tempo disponível para

a coleta de dados. Considerou-se também que a inadequada acomodação dos pacientes em macas pode deixá-los mais suscetíveis a essas intercorrências.

### 4.3 AMOSTRA DO ESTUDO

Este estudo teve a colaboração de 41 pacientes (homens e mulheres) internados na emergência adulto, no período de Setembro a Dezembro de 2013 que aceitaram participar da pesquisa, autorizando a consulta de seus prontuários após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, (Apêndice 1), tendo como critérios de inclusão:

- Apresentar úlcera crônica de etiologia diversa;
- Ter em seu prontuário, no Histórico de Enfermagem ou na primeira evolução de enfermagem o registro de Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada;
- Estar lúcido, orientado, comunicativo e, em caso de impossibilidade de comunicação, estar acompanhado por responsável que autorizasse a pesquisa;
- Ser maior de 18 anos;
- Estar internado na unidade de emergência adulto.

Participaram ainda do estudo nove enfermeiros, previamente capacitados, que aceitaram no período de realização da pesquisa incluir na atenção aos pacientes sob seus cuidados a avaliação da pele, considerando o Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada. Estes enfermeiros participaram do estudo colaborativamente, realizando o processo de enfermagem, avaliando a pele dos pacientes e identificando os DE, suas características definidoras e fatores relacionados, segundo a NANDA-I (2013).

A participação dos enfermeiros foi definida por convite e aceite após assinatura do TCLE (Apêndice 2) segundo os seguintes critérios de inclusão:

- Ser enfermeiro atuante no Serviço de Emergência Adulto da instituição;
- Estar executando suas atividades no Serviço de Emergência no período da coleta de dados;
- Ter participado das oficinas de capacitação acerca do DE, realizadas pela pesquisadora deste trabalho.

### 4.3.1 Etapas da Pesquisa

#### **Etapa 1: Capacitação dos enfermeiros para avaliação da Integridade da Pele e definição dos diagnósticos de enfermagem do paciente.**

Esta etapa foi realizada durante a Disciplina Projetos Assistenciais e de Inovação Tecnológica do Curso de Mestrado Profissional – Gestão do Cuidado em Enfermagem (HU/UFSC) que aconteceu no segundo semestre de 2012. Nesta ocasião foi realizada uma primeira capacitação sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, com enfoque nos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada da NANDA-I, na perspectiva de preparar o grupo de enfermeiros que atuavam na Emergência para trabalhar com os referidos DE.

Os 22 enfermeiros do setor de emergência adulto foram convidados a participar do estudo durante a reunião bimensal dos enfermeiros, por *e-mail* e informalmente no próprio setor de trabalho.

Destaca-se que 11 enfermeiros participaram da capacitação. Este momento teve por objetivo uma primeira aproximação com os enfermeiros e estímulo à participação na pesquisa. Na ocasião foram explicados aos enfermeiros os objetivos da pesquisa, sendo convidada uma enfermeira com conhecimento teórico-científico em Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I) para realizar a capacitação.

O encontro proporcionou troca de conhecimentos e reforçou que os DE podem facilitar o trabalho do enfermeiro, principalmente por ser uma linguagem padrão e uniforme do julgamento clínico das condições de saúde-doença do paciente, facilitando o cuidado e o enfoque nos sinais e sintomas que o paciente apresenta e não na prescrição médica.

A capacitação foi realizada no próprio ambiente da emergência adulto, sendo utilizado o recurso tecnológico *Power Point®* da *Microsoft Windows®* para apresentação da proposta.

Em Agosto de 2013, antes de iniciar a coleta de dados, foi realizada uma nova capacitação da qual participaram 15 enfermeiros.

Neste momento foram retomados os objetivos da pesquisa, apresentados os procedimentos metodológicos e instrumentos a serem utilizados na coleta de dados por aqueles que decidissem pela colaboração com este estudo.

Foi explicado aos enfermeiros como se desenvolveriam todas as etapas da pesquisa, desde a realização do histórico de enfermagem e definição dos diagnósticos até a identificação do perfil destes pacientes e a verificação do grau de acurácia e descrição das categorias de acurácia dos diagnósticos em estudo.

Para auxiliar os enfermeiros na realização do Histórico de Enfermagem, na elaboração dos Diagnósticos de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada da NANDA-I (2013) e na descrição das úlceras crônicas de etiologia diversa, a pesquisadora deste estudo desenvolveu material explicativo a respeito desses assuntos, apresentando-os no Programa *Power Point*® da *Microsoft Windows*®. Além desse recurso tecnológico, a pesquisadora disponibilizou nos computadores da unidade do Repouso material para consulta, como conceitos e descrições sobre úlceras por pressão, venosa, arterial (Apêndice 3) e material contendo a explicação científica das características definidoras e fatores relacionados de cada DE (Apêndice 4) em estudo. Este material foi impresso e colado nas bancadas do setor de emergência com a intenção de orientar os enfermeiros sobre a realização do processo.

Além disso, para este momento de capacitação, a pesquisadora levou dois estudos de caso hipotéticos (Apêndice 5) sobre o tema com o objetivo de discutir e ‘tirar dúvidas’ a respeito da realização dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada NANDA-I (2013).

A fim de reforçar a utilização do sistema informatizado para realizar a SAE, foi apresentado, por meio do computador do referido hospital, o instrumento informatizado do HU, contendo espaços para a elaboração da evolução diária de enfermagem e dos DE. Nesse momento foi explicado que no sistema já estavam incluídos alguns diagnósticos de enfermagem em função do estudo de Ubaldo (2012), sendo que para o estudo atual seriam avaliados apenas os DE na Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada.

Por último, a pesquisadora ainda esteve com cada enfermeiro individualmente, no mês de Agosto de 2013. Neste encontro individual foram apresentados os DE no sistema informatizado do HU, sendo esta atividade realizada na sala da chefia de enfermagem, por haver maior acessibilidade ao computador. Posteriormente, por problemas no sistema informatizado, os enfermeiros realizaram o processo manualmente no prontuário físico do paciente.

Após a capacitação dos enfermeiros, iniciou-se a coleta de dados em Setembro de 2013. Os enfermeiros assinaram o TCLE no momento da capacitação. Do quantitativo de enfermeiros da emergência adulto, participaram da coleta de dados nove profissionais.

## **Etapa 2: Identificação dos pacientes portadores de úlceras crônicas de etiologia diversa, realização do Histórico de Enfermagem e definição dos Diagnósticos de Enfermagem**

Conforme orientação, na data agendada os enfermeiros passaram a identificar os pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa (por pressão, arterial ou venosa), realizando o Histórico de Enfermagem destes, de acordo com o modelo da instituição. Essa etapa incluiu a coleta de informações com o paciente e/ou familiar e o exame físico com a descrição detalhada das características das úlceras e do tecido tegumentar do paciente, para então identificarem os Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada da NANDA-I (2013), conforme a situação. Nos casos nos quais a úlcera não foi identificada no histórico inicial, foi possibilitado o registro da mesma na primeira evolução do paciente, que ocorre 24 horas após a realização do histórico.

Para organizar o material da coleta de dados, a pesquisadora orientou os enfermeiros a separarem o Histórico de Enfermagem e a imprimirem duas vias da evolução de enfermagem (caso efetivassem) e os Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada, NANDA-I (2013), com a descrição das úlceras crônicas de etiologia diversa do prontuário do paciente, deixando este material em uma caixa confeccionada pela pesquisadora, própria para este fim, que foi alocada na sala da chefia de enfermagem da emergência. Os enfermeiros anotavam no censo da unidade os pacientes já incluídos na realização do Diagnóstico de Enfermagem, a fim de evitar deste modo a duplicação das informações.

## **Etapa 3: Verificação da Acurácia Diagnóstica.**

Para efetivação desta etapa, diariamente a pesquisadora passava na unidade de emergência adulto nos turnos vespertino e noturno para identificar os pacientes que os enfermeiros haviam elaborado os Históricos de Enfermagem, DE, suas características definidoras e fatores relacionados à Integridade da Pele Prejudicada e/ou Integridade Tissular Prejudicada NANDA-I (2013), assim como a descrição das úlceras crônicas de etiologia diversa.

Na sequência, a pesquisadora identificava os pacientes internados com o diagnóstico de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada, segundo anotações dos enfermeiros, e fazia contato pessoalmente no serviço de emergência adulto com estes ou com seus responsáveis quando fosse o caso, solicitando autorização para inclusão no estudo. A participação dos pacientes deu-se pela autorização

para coletar em seus prontuários dados sociodemográficos para definição do perfil dos pacientes com problemas na integridade da pele e dados do histórico de enfermagem que permitissem a validação dos diagnósticos definidos pelos enfermeiros. Nesta ocasião era apresentado o TCLE, explicados os procedimentos e a forma de participação no estudo.

Durante o período de estudo, ocorrido entre Setembro e Dezembro de 2013, os enfermeiros identificaram 41 pacientes com alteração na integridade da pele e todos eles, quando abordados pela pesquisadora, aceitaram participar da pesquisa.

#### **4.3.2 Instrumentos de Coleta de Dados**

**a) Histórico de enfermagem do serviço de emergência adulto do paciente – este instrumento faz parte do prontuário do paciente (Anexo 2)**

Consiste no roteiro sistematizado para a identificação das informações do ser humano, tornando possível a identificação dos seus problemas (HORTA, 2011). Em 1965 o Histórico foi incorporado ao currículo de Enfermagem, sendo denominado de Anamnese de Enfermagem. Porém, devido à semelhança com a Anamnese Médica, optou-se em descrevê-lo, em 1969, de Histórico de Enfermagem (HORTA, 2011).

Na elaboração do Histórico de Enfermagem, o enfermeiro deve identificar alguns fatores que interferem em sua construção, como: identificação do paciente, idade, gênero, cultura, escolaridade, tempo de permanência no hospital, comunicação entre profissional, paciente e instituição, devendo ser descrito de maneira concisa e sem a repetição de dados (HORTA, 2011).

O Modelo de Histórico de Enfermagem da instituição deve ser elaborado pelo enfermeiro, atentando para a coleta de dados pautadas na entrevista com o paciente ou responsável, exame físico e observação do paciente e ambiente. Além disso, a coleta de dados deve ser norteada pela Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas da Wanda de Aguiar Horta (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 1980).

**b) Instrumento de coleta e conferência de dados do prontuário e do Histórico de Enfermagem (Apêndice 6)**

Este instrumento foi elaborado pela pesquisadora, sendo composto por 33 perguntas. Parte deste instrumento teve por objetivo captar dados para a definição do perfil dos pacientes internados na Emergência em estudo com diagnóstico de úlcera crônica de etiologia diversa e problemas na integridade da pele; parte foi elaborado para organizar os dados que deram sustentação à verificação da acurácia diagnóstica dos DE estudados. As questões relativas à pele foram fundamentadas nos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada da NANDA-I (2013), suas características definidoras e fatores relacionados.

Este instrumento foi aplicado pela pesquisadora após assinatura do TCLE (Apêndice 1) pelos pacientes ou acompanhantes. Em caso de necessidade de complementar os dados inexistentes nos prontuários, a pesquisadora perguntou diretamente ao paciente ou responsável.

Após agrupar os dados dos prontuários dos pacientes nesse instrumento, os mesmos foram transcritos para uma planilha do Programa *Excel*® da *Microsoft Windows*®, organizando-os em dados sociodemográficos, enunciados diagnósticos e suas características definidoras e fatores relacionados para posteriormente investigar a acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada (NANDA-I 2013).

c) **Instrumento de descrição da úlcera crônica de etiologia diversa**

Também foi utilizado a para descrição da úlcera crônica de etiologia diversa um instrumento elaborado pela pesquisadora (Apêndice 7).

Este instrumento foi composto por itens que facilitavam a descrição da úlcera, como: quantidade de úlceras que o paciente apresenta, localização, tamanho, tipo de tecido, tipo de exsudato e característica da borda.

Com a finalidade de organizar a coleta de dados, a pesquisadora transcreveu os dados sobre descrição da úlcera contidos no prontuário do paciente neste instrumento e posteriormente para uma planilha do Programa *Excel*® da *Microsoft Windows*®.

**d) Escala de acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem (EADE) versão 2**

Para avaliar a acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada NANDA-I (2013), utilizou-se a escala EADE – Versão 2 de Matos e Cruz (2009).

A escala estima os aspectos da avaliação dos dados descritos no prontuário do paciente realizado pelo enfermeiro. Além disso, avalia: o registro de enfermagem que apresenta pistas indicativas do diagnóstico identificado, se a pista é relevante, específica com o diagnóstico identificado e se a presença de pista é coerente com o conjunto de informações obtidas por meio do prontuário do paciente, identificando o diagnóstico selecionado.

Para utilizar os dados sociodemográficos e descrição da úlcera contidos na planilha do *Excel*® e interpretá-los para a escala EADE – versão 2, foi necessário estudar cada paciente individualmente, já que a apreciação de cada item da escala (presença de pistas, relevância, especificidade, coerência das pistas e julgamento de manter ou não o DE) exigiu avaliação criteriosa sobre o que foi descrito no exame físico pelo enfermeiro no momento da realização do Histórico e Evolução de Enfermagem, fazendo constante comparação e associação com os DE de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada NANDA-I e conhecimento científico sobre as úlceras. Os dados das planilhas contendo questões sociodemográficas e descrição da úlcera contribuíram para avaliar minuciosamente cada item da EADE – Versão 2. Em caso afirmativo e presença de pistas, analisava-se a relevância da pista, especificidade e coerência desta. A estes últimos, foram atribuídos valores (previamente definidos pelas autoras da escala) que quando somados permitiam identificar o grau e a relevância do DE.

Abaixo constam retomadas as etapas e procedimentos da pesquisa desde o Histórico de Enfermagem até a obtenção da acurácia diagnóstica para sequencialmente expor passo a passo a desenrolar da pesquisa.

Etapas realizadas pelos enfermeiros assistenciais colaboradores no estudo:

1. Realização do Histórico e da Evolução de Enfermagem pelo enfermeiro do serviço de emergência adulto, assim como preenchimento dos dados sociodemográficos e da descrição da úlcera no prontuário do paciente;

2. Identificação da úlcera por etiologia diversa no exame físico e realização do Histórico ou Evolução de Enfermagem;
3. Estabelecimento de Diagnósticos de Enfermagem pertinentes à situação da pele do paciente;
4. Registro dos diagnósticos no prontuário do paciente;
5. Anotação no censo, identificando o paciente com histórico de úlcera crônica por etiologia diversa, evitando coleta duplicada de um mesmo paciente;
6. Depósito de cópia do Histórico ou Evolução de Enfermagem na urna localizada na sala da chefia de Enfermagem.

Etapa realizada pela pesquisadora para obtenção do TCLE dos pacientes, registro dos dados, obtenção e identificação da acurácia:

1. Verificação diária dos registros dos enfermeiros no censo e na urna do serviço de emergência para identificar os pacientes com diagnóstico de úlcera crônica de etiologia diversa;
2. Confirmação da existência do Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada no prontuário do paciente;
3. Abordagem do paciente ou familiar responsável para esclarecimentos acerca da pesquisa e solicitação de consentimento para participação;
4. Leitura detalhada dos dados que os enfermeiros descreveram no prontuário do paciente;
5. Transcrição das anotações dos enfermeiros para instrumento de coleta de dados sociodemográficos e descrição da úlcera elaborados pela pesquisadora;
6. Avaliação dos dados, busca das pistas, sua relevância e especificidade, assim como, a coerência dos dados no contexto da realidade vivida pelo paciente, pela utilização da escala EADE – Versão 2;
7. Avaliação dos 156 Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada apresentados pelos enfermeiros para os 41 pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa. Nesta construção apareceram 138 diagnósticos de Integridade da Pele Prejudicada e 18 diagnósticos de Integridade Tissular Prejudicada;

8. Identificação da acurácia dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos enfermeiros, com lançamento dos dados em uma planilha do Programa *Excel*® da *Microsoft Windows*®. A planilha contemplou os enunciados diagnósticos, características definidoras, fatores relacionados e cada item da EADE, incluindo o grau e o escore da acurácia (etapa realizada exclusivamente pela pesquisadora);
9. Análise estatística dos achados do estudo, considerando a totalidade dos prontuários e diagnósticos apresentados.

### 4.3.3 Análise Estatística

Para a análise dos números absolutos utilizou-se a estatística descritiva (frequências relativas e absolutas), sendo que para esta etapa foram elencadas variáveis sociodemográficas.

Para a análise da condição de saúde e da pele do paciente foram elaboradas as variáveis relacionadas à situação de saúde do paciente. Ambas são apresentadas a seguir:

#### 4.3.3.1 Variáveis sociodemográficas

- **Data de internação** (quantitativa nominal): refere-se ao dia em que o paciente foi internado;
- **Tempo de internação** (quantitativa discreta): refere-se ao número de dias em que o paciente está internado;
- **Sexo** (qualitativa nominal): caracteriza-se pelo gênero (masculino ou feminino) do indivíduo;
- **Idade** (quantitativa ordinal): constitui o período de vida do indivíduo;
- **Cor ou raça** (qualitativa nominal): característica de cor de pelo ou origem racial obtida pelo pesquisador no momento da autorização para realizar a pesquisa com o prontuário do paciente, de acordo com as seguintes opções: branca, negra, parda/mestiça ou outra;
- **Escolaridade** (qualitativa ordinal): avaliado o tempo em anos que o entrevistado frequentou a rede de ensino no Brasil, sendo agrupado para análise em: analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, graduação incompleta, graduação completa, pós-graduação incompleta, pós-graduação completa;

- **Ocupação profissional** (qualitativa nominal): considera a atividade laboral exercida pelo paciente, incluindo aposentadoria, pensionista e outras;
- **Procedência** (qualitativa nominal): origem de nascimento do paciente ou cidade onde ele está morando no momento da coleta de dados, sendo dividida didaticamente em: Florianópolis; demais cidades do Estado de Santa Catarina ou municípios de outros Estados;
- **Estado civil** (qualitativa nominal): considera as seguintes situações: solteiro, casado, divorciado/ separado ou outros;
- **Número de filhos** (quantitativa discreta): considera o número de filhos vivos, enteados, agregados.

#### 4.3.3.2 Variáveis relacionadas à situação saúde-doença

- **Tempo de diagnóstico da doença** (qualitativa ordinal): período após o recebimento do diagnóstico da doença. Este dado deve ser agrupado em: menos de um ano, um ano, dois, três anos, quatro anos ou mais;
- **Tempo de surgimento da alteração na integridade da pele:** (qualitativa ordinal): período após a percepção do início da lesão de pele. Este dado será dividido em: menos de um ano; um ano; dois anos; três anos ou mais;
- **Tipo de úlcera** (qualitativa nominal): consiste na identificação, pelo enfermeiro, do tipo de úlcera crônica de etiologia diversa (úlceras por pressão, arterial ou venosa);
- **Tipo de característica definidora da úlcera** (qualitativa nominal): consiste em observar durante a coleta do histórico de enfermagem e observação da integridade da pele do paciente portador de alteração na pele: eritema, rubor, erosão, fissura, prurido, pústula, ulceração, vesícula/bolha, cianose;
- **Dimensões da alteração na integridade da pele** (qualitativa nominal): consiste em observar por meio da coleta do histórico e observar da pele do paciente o tamanho da lesão;
- **Localização da alteração na integridade da pele ou tissular** (qualitativa nominal): consiste em observar por meio da coleta de histórico e observar na pele do paciente portador de alteração na integridade o sítio onde se encontra a úlcera crônica de etiologia diversa;

- **Tipo de mobilidade** (qualitativa nominal): representa a maneira pela qual o paciente consegue deambular, sendo representada por: acamado, cadeira de rodas, deambula com ou sem auxílio, atrofia muscular, deformidade óssea, fraqueza muscular, marcha claudicante, paralisia, parestesia;
- **Fatores mecânicos** (qualitativa nominal): representa fatores que podem comprometer a integridade da pele durante a internação, como: comprometimento prévio, área por pressão, fricção, cisalhamento;
- **Tipo de mobilização** (qualitativa nominal): representa de que forma o paciente movimenta-se no leito, como: não apresenta, ativa, passiva;
- **Temperatura corporal** (quantitativa ordinal): medição da temperatura corporal por meio de um termômetro digital na região axilar, registrada em graus centígrados;
- **Medicamentos** (qualitativa nominal): medicações que usa em casa e prescritas no ambiente hospitalar;
- **Presença de substância química** (qualitativa nominal): representada pelo uso de substâncias no tratamento da úlcera crônica de etiologia diversa;
- **Pele úmida e umidade** (qualitativa nominal): representada pela presença de transpiração, incontinência urinária/fecal, secreções, vestes ou roupas molhadas, uso de fralda, uso de sondagem vesical de demora, tipo de banho;
- **Hidratação da pele** (qualitativa nominal): representada por hidratação, desidratação, friável, presença de turgor, edema;
- **Alteração de circulação na pele** (qualitativa nominal): representada por cianose, hipoaquecida, hipocorada, presença de infecção, ausência de pulsos, edema, dor, amputação prévia à internação;
- **Deficiência imunológica** (qualitativa nominal): representada pela presença de doença autoimune;
- **Doença crônica** (qualitativa nominal): as doenças crônicas não transmissíveis possuem caráter de longa duração e progressão lentificada, sendo representadas por: doenças cardiovasculares, doenças neurológicas, câncer, doenças respiratórias, Diabetes *Mellitus*, Hipertensão Arterial Sistêmica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

- **Glicemia e pressão arterial sistêmica** (quantitativa ordinal): representada por valores reais, sendo medidas por aparelhos específicos, como: glicosímetro e esfigmomanômetro;
- **Peso e altura** (quantitativa ordinal): valores reais, sendo medidos por balança e fita métrica, quando possível;
- **Proeminências ósseas** (qualitativa nominal): presença de proeminências ósseas visíveis em qualquer região do corpo;
- **Tipo de alimentação/dieta, ingesta hídrica** (qualitativa nominal): considera a aceitação da dieta via oral ou se está recebendo dieta por sondas;
- **Sensações prejudicadas** (qualitativa nominal): são sensações alteradas no local da úlcera crônica de etiologia diversa, como: dor, prurido, aquecimento, hiperemia reativa.

#### 4.3.3.3 Variáveis relacionadas aos Diagnósticos de Enfermagem

- **Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada** (qualitativa nominal): “epiderme e derme alteradas” (NANDA, 2013, p. 494).
  - **Destruição das camadas da pele** (qualitativa nominal): considerar a perda tecidual referente às camadas da epiderme e da derme;
  - **Invasão de estruturas do corpo** (qualitativa nominal): considerar a invasão da pele quando ocorrer penetração além das camadas da pele, como penetração de tecido muscular, ósseo e tendão;
  - **Rompimento de superfície da pele** (qualitativa nominal): considerar como rompimento quando ocorrer na epiderme.
- **Diagnóstico de Enfermagem de Integridade Tissular Prejudicada** (qualitativa nominal): dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos.
  - **Tecido destruído** (qualitativa nominal): existe uma alteração de alguma camada da pele, pois esta, ao sofrer uma lesão física, química ou mecânica, modifica a estrutura funcional do tecido, impedindo-o de desenvolver seu papel específico;

- **Tecido lesado** (qualitativa nominal): existe dano ou agressão às camadas da pele, às estruturas mais profundas, como tecido muscular, adiposo, ósseo e tendão, bem como lesão em mucosas e córneas.
- 4.3.3.4 Variáveis relacionadas à Escala de Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem – EADE – Versão 2
- **Pistas** (quantitativa ordinal): manifestações dos sinais e sintomas relatados pelos pacientes;
  - **Relevância** (quantitativa ordinal): considera-se o grau que um sinal e um sintoma são necessários para representar os DE em estudo;
  - **Especificidade** (quantitativa ordinal): grau em que um sinal ou sintoma são necessários para caracterizar os DE em estudo;
  - **Coerência** (quantitativa ordinal): grau com que o conjunto dos sinais e sintomas é consistente com os DE em estudo;
  - **Grau de acurácia** (quantitativa ordinal): consiste no escore ordinal do somatório das pistas que indicam o grau da acurácia dos DE em estudo;
  - **Categoria de acurácia** (qualitativa nominal): consiste no escore nominal do somatório das pistas que indicam a categoria da acurácia dos DE em estudo.

Procedeu-se a partir daí à verificação do Grau de Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada (NANDA-I, 2013), segundo a EADE (MATOS; CRUZ, 2009).

As tabelas foram organizadas de acordo com as variáveis escolhidas e com o objetivo de realizar os testes estatísticos foi utilizada a ferramenta computacional *on-line* Sestatnet (NASSAR et al, 2014).

Na análise desses dados, utilizou-se estatística descritiva (frequências relativas, absolutas, médias, medianas, desvio padrão, amplitude mínima e máxima).

Com a média identificou-se a posição e o conjunto de dados do estudo (BARBETTA, 2012). Com a “Mediana avaliou-se o centro de conjunto de valores, o valor que dividiu a distribuição ao meio, deixando os 50% menores valores de um lado e os 50% maiores do outro lado” (BARBETTA, 2012, p. 100). Por último foi analisado o desvio padrão para avaliar ou indicar a dispersão ou heterogeneidade dos valores encontrados (BARBETTA, 2012).

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo respeitou em todas as suas etapas os aspectos éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos, conforme Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e suas complementares vigentes por ocasião do estudo.

Os pacientes e enfermeiros que participaram da pesquisa foram informados sobre os objetivos e métodos do estudo de forma clara e objetiva. Também foi assegurado a cada participante o direito a desistir a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo ao seu atendimento ou a suas atividades laborais.

O estudo foi submetido à aprovação da direção geral da instituição e à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sendo que a coleta dos dados somente foi iniciada após a autorização e aprovação do CEP-UFSC (Anexo 3) que ocorreu sob o número 19715413.9.0000.0121.

Os pacientes envolvidos nesta pesquisa foram identificados pela letra P seguida de numeração ordinal, conforme avaliação dos prontuários e os enfermeiros foram identificados pela letra E seguida de número ordinal, como por exemplo: P1, E1. Os nomes dos enfermeiros e pacientes que participaram da pesquisa foram mantidos em sigilo e não se fez correlações que os pudesse identificar. O material proveniente da pesquisa foi armazenado em computador do pesquisador e após cinco anos será inutilizado. Não será permitido acesso de outras pessoas aos dados.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados desta pesquisa estão apresentados na forma de dois manuscritos, conforme Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de julho de 2011 (Anexo 4).

O primeiro manuscrito aborda o perfil dos pacientes internados no serviço de emergência adulto com o Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada (NANDA-I, 2013). O segundo manuscrito aborda a acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada (NANDA-I, 2013).

## 5.1 MANUSCRITO 1: PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERA CRÔNICA DE ETIOLOGIA DIVERSA, INTERNADOS EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA.

### **Perfil dos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa, internados em unidade de emergência<sup>1</sup>**

### **Profile of patients with chronic ulcer of diverse etiology, admitted to the emergency department**

### **Perfil de los pacientes portadores de úlcera crónica de etiología diversa, internados en centro de emergencia.**

Tavares, Bárbara Cristina<sup>2</sup>

Matos, Eliane<sup>3</sup>

Maliska, Isabel Cristina Alves<sup>4</sup>

**Resumo:** Trata-se de um estudo que tem como **objetivo:** identificar o perfil dos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados em emergência hospitalar com Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada, segundo Taxonomia da NANDA-I (2013). **Método:** estudo quantitativo do tipo descritivo, prospectivo, longitudinal de amostra intencional, não

---

<sup>1</sup> Recorte da dissertação do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulada: Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada da NANDA-I (2013) em serviço de emergência.

<sup>2</sup> Aluna do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem/UFSC/HU. Enfermeira Assistencial da unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário/HU/UFSC. Endereço de correspondência: Rua Barão Von Wangenheim nº 179, Jardim Atlântico, Florianópolis/SC. CEP. 88090-460. *E-mail:* barbaratavares22@gmail.com.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Filosofia Saúde e Sociedade da UFSC da UFSC e diretora de Enfermagem do HU/SC. Endereço de correspondência: Rua Professor Ayrton Roberto Oliveira nº 20, apto 302A, Itacorubi, Florianópolis/SC. CEP. 880.34-050. *E-mail:* elianematos@hotmail.com.

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Filosofia Saúde e Sociedade da UFSC e enfermeira do HU/SC. Endereço de correspondência: Rua Europa nº 410, casa 9, Trindade, Florianópolis/SC. CEP. 880360-135. *E-mail:* isabel.alves07@yahoo.com.br.

probabilístico realizado com 41 pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa, com problemas na integridade da pele, no período de Setembro a Dezembro de 2013. **Resultado:** foram identificados 156 Diagnósticos de Enfermagem relacionados à Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada. Os pacientes com úlcera crônica são majoritariamente homens e idosos, possuem baixa escolaridade, apresentam conhecimento deficitário em relação aos cuidados com a úlcera, possuem uma ou mais doenças crônicas associadas e têm a família como a principal rede de apoio. **Discussão:** dados apontam aumento da incidência de úlcera crônica de etiologia diversa em pessoas idosas e um aumento da expectativa de vida acompanhado pelo desenvolvimento de doenças crônicas. **Conclusão:** conhecer o perfil do paciente portador de úlcera contribui para a elaboração de diretrizes para o cuidado e tratamento, melhorando a tecnologia do tratamento e a assistência de enfermagem. **Palavras-chave:** Úlcera por pressão. Úlcera venosa. Úlcera arterial. Serviço hospitalar de emergência. Enfermagem.

**Abstract:** This is a study that aims to: identify the profile of patients with chronic ulcer of diverse etiology admitted to hospital emergency with Impaired Skin Integrity and Impaired Tissue Integrity Nursing Diagnosis, according to NANDA Taxonomy-I (2013). **Method:** quantitative descriptive study, prospective, longitudinal intentional sample, carried out with 41 patients with chronic ulcer patients of diverse etiology, with problems in the integrity of the skin, in the period from September to December 2013. **Results:** 156 nursing diagnoses were identified related to Impaired Skin Integrity and Impaired Tissue Integrity. Patients with chronic ulcers are mostly men and elderly, have low level of education, have deficient knowledge regarding the care of the ulcer, have one or more chronic disease associated and have the family as the main support network. **Discussion:** data show increased incidence of chronic ulcer of diverse etiology in older people and an increase in life expectancy accompanied by the development of chronic diseases. **Conclusion:** the knowledge of the patient's profile with ulcer contributes to the development of guidelines for the care and treatment, improving the technology of treatment and nursing care. **Keywords:** Pressure ulcers. Venous ulcers. Arterial ulcers. Emergency hospital services. Nursing.

**Resumen:** Se trata de un estudio que tiene como **objetivo:** identificar el perfil de los pacientes portadores de úlcera crónica de etiología diversa

internados en emergencia hospitalaria con Diagnóstico de Enfermería de Integridad de la Piel Perjudicada y de Integridad Tisular Perjudicada, según la Taxonomía de NANDA-I (2013). **Método:** estudio cuantitativo del tipo descriptivo, prospectivo, longitudinal de muestra intencional, no probabilístico realizado con 41 pacientes portadores de úlcera crónica de etiología diversa, con problemas en la integridad de la piel, en el periodo de Setiembre a Diciembre de 2013. **Resultados:** fueron identificados 156 Diagnósticos de Enfermería relacionados a la Integridad de la Piel Perjudicada y de Integridad Tisular Perjudicada. Los pacientes con úlcera crónica son mayoritariamente hombres y ancianos, tienen baja escolaridad e poseen un conocimiento deficitario en relación a los cuidados de la úlcera, a su vez, tienen una o más enfermedades crónicas asociadas y presentan como principal red de apoyo a la familia. **Discusión:** los datos muestran un aumento de la incidencia de úlcera crónica de etiología diversa en personas ancianas y un aumento de la expectativa de vida acompañado por el desarrollo de enfermedades crónicas. **Conclusión:** conocer el perfil del paciente portador de úlcera contribuye en la elaboración de directrices para el cuidado y el tratamiento, mejorando la tecnología de tratamiento y la asistencia de enfermería.

**Palabras clave:** Úlcera por presión, Úlcera venosa, Úlcera arterial, Servicio hospitalario de emergencia, Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Historicamente, tanto nos serviços ambulatoriais como hospitalares, a enfermagem tem se ocupado do cuidado das úlceras crônicas, tanto no âmbito da prevenção, quanto no tratamento destas. Destaca-se que essa realidade também é frequente nas unidades de emergência dos hospitais, uma vez que esses serviços se constituem em importante porta de entrada para a assistência de saúde, atendem situações agudas de urgência e emergência, assim como situações crônicas, que demandam internação. Segundo Júnior et al (2013), aproximadamente 30% dos pacientes internados na emergência apresentam alterações agudas ou crônicas na integridade da pele, firmando a importância de desenvolver pesquisas sobre esta condição de saúde neste ambiente assistencial.

No serviço de emergência em estudo, com frequência, prestam-se cuidados de enfermagem aos pacientes portadores de úlceras crônicas de etiologia diversa, sendo que muitos desses, já apresentam úlceras previamente à internação. A demanda de pacientes com úlceras de pele

justifica-se por ser o hospital referência em várias especialidades, incluindo a cirurgia vascular (SOARES, 2012; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2013).

Na atualidade, as condições crônicas de saúde representam 60% dos gastos em doença, sendo que se prevê que em 2020 as condições crônicas de saúde representarão 80% dos gastos em saúde nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A úlcera crônica de etiologia diversa pertence ao grupo de lesões na pele cujo processo cicatricial é lento ou cronicado, pois na maioria das vezes, a cicatrização das camadas da pele pouco responde ao tratamento inicial ou, dependendo das condições clínicas do paciente, mesmo com tratamento correto, persiste a lesão e o paciente convive com esse problema (SOUZA et al, 2013).

As úlceras crônicas podem ter diferentes etiologias, tais como úlcera por pressão (UP) e de perna (venosa e arterial) que se constituem em um problema de saúde pública, pois afetam as atividades diárias desses pacientes, além de gerar custos elevados, dor e sofrimento aos portadores dessa moléstia e a seus familiares. O tratamento das úlceras é considerado difícil e demorado, requerendo dos enfermeiros cuidados científicos e específicos (DEALEY, 2008).

A UP foi definida pela *European Pressure Ulcer Advisory Panel e National Pressure Ulcer Panel* (2009) como um rompimento das camadas da pele e tecido subjacente, resultante de um contato íntimo e constante entre a pele e o tecido ósseo, associados a forças por pressão, cisalhamento ou torção. Dessa maneira, uma úlcera é uma alteração na estrutura funcional e fisiológica da camada da pele, podendo afetar estruturas profundas do corpo como tecido muscular, ósseo e tendão, quando associada a forças opressivas em contato com proeminências ósseas.

A real dimensão do número de pacientes portadores de úlcera por pressão ainda é imprecisa, pois o registro deste agravo e o valor numérico da ocorrência não são vistos como rotina no trabalho do enfermeiro, segundo Domansky e Borges (2012).

A úlcera arterial pode ser representada pela Doença Arterial Obstrutiva Periférica a qual se manifesta pela obstrução do lúmen do vaso sanguíneo, presença de dor ao deambular (claudicação intermitente), presença de cianose e hipoaquecimento, principalmente em extremidades dos membros afetados, e sua localização é, em geral, em porção ântero-posterior da perna (MAFFEI, 2002; RYAN, 2010). Para RYAN (2010), a epidemiologia da doença arterial periférica

acomete 5% dos pacientes masculinos acima de 50 anos, afetando os membros inferiores, sendo necessária a amputação do membro em aproximadamente 2% dos casos.

Já a úlcera de etiologia venosa ocorre devido à dificuldade de irrigação sanguínea dos tecidos afetados em virtude da incompetência das válvulas do sistema venoso tanto superficial, quanto profundo. Quando ocorre danificação das válvulas, o sangue extravasa em qualquer direção, levando à hipertensão venosa, responsável pela gênese da úlcera venosa, o que resulta em capilares tortuosos e permeáveis. Um trauma de leve a moderado é suficiente para romper o tecido e iniciar uma úlcera venosa (MAFFEY, 2002; DEALEY, 2008). O paciente queixa-se de presença de varizes, dor, edema, hemorragia, prurido e coloração ocre em membros inferiores (MMII), afetando principalmente a região maleolar de MMII (MAFFEY, 2002; RYAN, 2010).

De acordo com Brasil (2007), apesar de muitos estudos apontarem para a subnotificação das úlceras, a incidência e prevalência desses tipos de úlcera crônica aumentou, pois existe uma relação direta entre o perfil da longevidade da população brasileira e das doenças crônicas. Deste modo, quanto mais idoso, maiores as chances de desenvolver uma doença crônica, uma vez que hábito de vida inadequado e falta de exercícios físicos desencadeiam doenças crônicas, como por exemplo: Diabetes *Mellitus* (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e doenças vasculares.

Pesquisas citam que pouco se sabe em relação ao perfil clínico e sociodemográfico das pessoas com úlcera crônica, em especial úlcera de perna. Assim, faz-se necessário desenvolver estudos que reconheçam esse perfil para auxiliar no desenvolvimento de normas, diretrizes no tratamento das úlceras e melhorar a qualidade na assistência de enfermagem, diminuindo gastos e tempo de tratamento (OLIVEIRA et al, 2012).

Diante dessas constatações, partindo do pressuposto de que a úlcera crônica de etiologia diversa transcende em muito os aspectos de ordem física, apresentando diversas repercussões tanto para o paciente quanto para sua família, faz-se essencial que se compreenda o perfil dessa população, a partir de dados sociodemográficos e clínicos. Esses dados podem indicar predicativos importantes e auxiliar a estabelecer Diagnósticos de Enfermagem acurados, que possibilitem que o enfermeiro planeje ações consistentes que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do paciente portador desse tipo de úlcera, assim como de sua família.

Busca-se neste estudo responder à seguinte questão de pesquisa: Qual o perfil dos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa, com Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada (NANDA, 2012-2014), internados em um serviço de emergência adulto de um hospital universitário?

Frente ao exposto, a pesquisa remete para o seguinte objetivo: Identificar o perfil dos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados em emergência hospitalar com Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada, segundo Taxonomia da NANDA-I (2012-2014).

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo descritivo, prospectivo, longitudinal de amostra intencional, não probabilístico realizado com pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa, como: úlceras por pressão ou de perna de origem arterial ou venosa, com diagnóstico de enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e/ou Integridade Tissular Prejudicada, internados no serviço de emergência adulto de um hospital universitário.

O serviço de Emergência em estudo atende 24 horas por dia, atingindo uma média de atendimento de 400 pacientes/dia. Esta emergência faz parte de um hospital geral universitário que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência estadual em patologias complexas, com grande demanda na área do câncer e cirurgias de grande porte, bem como cirurgia vascular (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2013).

A coleta de dados foi realizada entre Setembro e Dezembro de 2013, através de consulta aos prontuários dos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa que receberam o diagnóstico de enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e/ou Integridade Tissular Prejudicada pela avaliação dos enfermeiros na realização do histórico de enfermagem. Foram considerados como critérios de inclusão: ser portador de úlcera crônica de etiologia diversa, apresentar diagnóstico de enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e/ou Integridade Tissular Prejudicada, ser maior de 18 anos, estar internado no Serviço de Emergência Adulto da instituição do estudo no período de coleta de dados e aceitar participar do estudo. Foram excluídos os pacientes menores de idade e que não atenderam ao critério de possuir úlcera crônica. No total, participaram do estudo 41 pacientes.

Atuaram na pesquisa como colaboradores, nove enfermeiros, realizando diariamente as etapas do processo de enfermagem, o registro no Histórico de Enfermagem dos dados gerais de identificação do paciente, a descrição das condições da pele e apresentando os Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada, suas características definidoras e fatores relacionados (NANDA-I, 2013), quando presentes.

Os dados referentes ao perfil dos pacientes e características das úlceras foram organizados em instrumento sociodemográfico e os de descrição da úlcera foram elaborados pela pesquisadora, todos tabulados em planilha do Programa *Excel*®. Esta organização permitiu avaliar os dados captados pelos enfermeiros no momento do histórico ou evolução do paciente, relacionando-os aos Diagnósticos de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada.

Para a análise dos números absolutos utilizou-se a estatística descritiva (frequências relativas e absolutas), sendo que para esta etapa foram elencadas variáveis sociodemográficas e as de descrição da úlcera.

O projeto foi aprovado pelo no Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina sob o nº 19715413.90000.0121 (Anexo 2). Os participantes foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que no decorrer do estudo foi considerada a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e suas complementares. Aos integrantes do estudo foi assegurado o direito de retirar-se da pesquisa em qualquer etapa da mesma, sendo garantido o anonimato, bem como o sigilo dos dados que porventura pudessem identificá-los.

## **RESULTADOS**

Foram analisadas informações referentes à situação sociodemográfica e clínica dos 41 prontuários de pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados no serviço de Emergência estudado, para os quais os enfermeiros identificaram um ou mais diagnóstico de Integridade da Pele Prejudicada ou Integridade Tissular Prejudicada. Estes foram coletados majoritariamente do histórico de enfermagem (87,8%), realizado no momento inicial de admissão do paciente. Quando estes dados foram insuficientes ou inexistiam no histórico, foram buscadas as informações na primeira evolução de enfermagem (12,2%) que é realizada em até 24 horas após internação do paciente.

A Tabela 1 a seguir apresenta a síntese dos dados sociodemográficos dos 41 pacientes com **úlceras crônicas de etiologia diversa que integraram este estudo**.

**Tabela 1:** Características sociodemográficas dos pacientes com úlcera crônica de etiologia diversa atendidos na emergência do HU/UFSC, no período de Setembro a Dezembro de 2013.

<b>Dados sociodemográficos</b>		
	<b>Número</b>	<b>Percentual</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>		
20 a 30	2	4,8
31 a 40	2	4,8
41 a 50	4	9,8
51 a 60	7	17,1
61 a 70	7	17,1
71 a 80	13	31,7
81 a 90	5	12,2
Acima de 91	1	2,5
<b>Gênero</b>		
Homem	24	58,3
Mulher	17	41,4
<b>Cor</b>		
Branca	37	90,2
Negra	4	9,7
<b>Estado civil</b>		
Casado ou união estável	28	68,3
Solteiro	6	14,7
Divorciado	7	17,0
<b>Ocupação</b>		
Remunerada	15	36,6
Aposentado ou seguridade social	26	63,4
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental	30	73,0
Ensino médio ou superior	11	27,0
<b>Procedência</b>		

<b>Dados sociodemográficos</b>		
Florianópolis	23	57
Grande Florianópolis	18	43
<b>Rede de apoio</b>		
Família	22	53,7
Outros (amigos, namorado, igreja)	19	46,3

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Os dados apontaram uma predominância de úlcera por etiologia diversa nos pacientes com idade entre 71 e 80 anos (31,7%); que os homens são mais suscetíveis à formação de úlceras (58,3%); que as úlceras acontecem mais nos pacientes da raça branca (90,2%), casados ou em união estável (68,3%), dependentes de aposentadoria ou seguridade social (63,4%), com escolaridade predominantemente em ensino fundamental (73%), residentes na cidade de Florianópolis (53,7%) e que possuem a família como rede de apoio (53,7).

Destaca-se ainda dos resultados que 37 (90,2%) pacientes apresentam doenças crônicas como DM e HAS, sendo que destes, 30 (73,17%) têm as duas doenças associadas. Os pacientes portadores de úlcera arterial apresentaram maior associação entre DM e HAS (53,6%). Constata-se no estudo que muitos pacientes desconhecem que há relação entre as úlceras arteriais e venosas e o DM ou HAS. Já as UP, geralmente são secundárias a um evento anterior, como acidentes que resultaram em paraplegia, tetraplegia e sequela por Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Com a finalidade de traçar o perfil do paciente portador de úlcera crônica de etiologia diversa e sua relação com os diagnósticos de enfermagem, buscou-se caracterizar as mesmas. Assim, foram avaliados aspectos como: tipo de úlcera, tempo de surgimento da lesão, conhecimento a respeito da etiologia de base e a presença de úlceras, cuidados com a própria úlcera e produtos utilizados para o tratamento, história prévia de tabagismo e etilismo, itinerário de saúde, motivo da internação e estado de dependência destes pacientes em relação ao profissional de saúde e de sua família (Tabela 2).

**Tabela 2:** Tipo de úlcera, características definidoras e etiologia das úlceras crônicas de etiologia diversa dos pacientes internados no serviço de emergência do HU/UFSC, no período de Setembro a Dezembro de 2013.

	<b>Número</b>	<b>Percentual</b>
<b>Úlcera crônica de etiologia diversa</b>		
Arterial	27	65,9
Venosa	6	14,6
Pressão	8	19,5
<b>Uso de medicamentos/ e produtos utilizados habitualmente</b>		
Uso de sabonete comum	35	85,3
Uso variado de chá, açúcar no local	5	12,2
Uso de pomadas (Penicilina, Xilocaína)	4	9,7
Uso de pomadas cujo nome não lembra	5	12,2
Uso de Papaína	1	2,4
Uso de Hidrogel	1	2,4
Uso de Ácido Graxo Essencial	9	22
Uso de Clorexidine	1	2,4
<b>Itinerário de saúde</b>		
Unidade Básica de Saúde	18	43,9
Familiar, amigo, por conta própria	15	36,5
Médico Particular e outros hospitais da região	8	19,6
<b>Motivo da internação</b>		
Úlcera crônica de etiologia diversa	31	75,6
Problema respiratório, urinário, hepático, rebaixamento do estado geral, dificuldades em realizar tratamento em outros serviços de saúde.	10	24,4
<b>Estado de dependência</b>		
Acamados	20	48,7
Mobilização e/ou deambulação prejudicada (uso de muletas, bengalas, cadeira de rodas, auxiliado por familiar ou profissional da saúde)	14	34,1
Deambulante	7	17,2

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Observa-se ainda que 92,7% dos pacientes (38) não têm um entendimento acerca da etiologia da úlcera. Relatam que não entendem

porque apenas bateram “membro inferior e surgiu a úlcera”. Dentre os pacientes 48,7 % (20) refere tabagismo e 48,7 (20) referem etilismo. Destaca-se no estudo a incidência maior da úlcera arterial (65,9%), seguida pela úlcera por pressão (19,5%) e depois pela úlcera venosa (14,6%).

Em relação ao uso de produtos para o tratamento e cuidado com as úlceras, verifica-se uma diversidade de pomadas e outros produtos. Sobre o itinerário de saúde, destaca-se a procura às unidades de saúde com 43,9%, seguida dos tratamentos por conta própria ou por indicação de familiar (36,5%) e o tratamento com médico pela iniciativa privada ou em outros hospitais da região (19,6%); 75,6 % internaram em decorrência da própria úlcera e 24,4 % em função de outros problemas.

Em relação ao estado de dependência destes pacientes, verificou-se que 20 (48,7%) dos pacientes estavam acamados e 14 (34,1%) apresentavam dificuldades na mobilização, utilizando muletas, bengala, cadeira de rodas ou eram auxiliados por profissionais da saúde e familiares para mobilizar-se ou deambular, o que representa 82,8% de pacientes com estado de moderado a elevado grau de dependência.

## **DISCUSSÃO**

A predominância da incidência de úlcera crônica de etiologia diversa em pessoas idosas tem relação com a tendência mundial de aumento da expectativa de vida e do envelhecimento acelerado da população, que muitas vezes vem acompanhado de doenças crônicas. Este dado pode ser constatado entre a população estudada, na qual a concentração de úlceras crônicas a partir dos 60 anos atingiu 63%.

Sakano e Yoshitome (2007) destacam que a pele é o órgão que evidencia os primeiros sinais de envelhecimento. No idoso, a estrutura fisiológica apresenta-se mais ressecada, sensível, sem preservação de elasticidade e turgor, ou seja, muito mais propensa a desenvolver lesões, infecções e prurido. No idoso acontece perda do tecido de sustentação, lipídio subcutâneo, redução de pelos, glândulas sudoríparas e sebáceas, além da diminuição das células de Langherans.

Também Dealey (2008) destaca que a idade é fator responsável pela desaceleração do ritmo metabólico celular. Desta maneira, com o passar dos anos, a pele torna-se mais vulnerável à ação de agentes patógenos, tornando-se propícia a desenvolver alguma alteração em sua integridade, dificultando o processo de cicatrização tanto das UP, quanto das úlceras venosas e arteriais.

Os resultados da pesquisa mostraram a prevalência da úlcera de etiologia diversa nos homens (N = 24; 58,3%), corroborando com estudo de Souza et al (2013) que encontrou perfil semelhante. Os autores associam este predomínio à dificuldade do sexo masculino em procurar ajuda precocemente e aceitar ajuda, mesmo quando apresentam limitação de movimentos corporais. A imobilidade pode contribuir para a formação de úlceras.

Destacaram-se no estudo os pacientes que declararam o estado civil casado com 43,09%, estando este dado em concordância com os estudos de Sampaio (2007) e Medeiros et al (2013). Sampaio (2007) constatou que os pacientes portadores de alteração na integridade da pele são em sua maioria casados e Medeiros et al (2013) encontraram que 60% da amostra de pacientes com alteração na integridade da pele estava representada por pessoas casadas ou em união estável.

Nas variáveis escolaridade e profissão ocorreu um predomínio da baixa escolaridade e de pacientes aposentados, corroborando com estudos de Oliveira et al (2012) e Chayamiti e Caliri (2010). O perfil de baixa escolaridade pode estar relacionado ao local onde foi realizado o estudo, ou seja, na rede pública de saúde. Sobre este aspecto, Souza et al (2013) destacam que a baixa escolaridade representa um dado preocupante, uma vez que o autocuidado depende em parte do grau de escolaridade do indivíduo (OLIVEIRA et al, 2012), dado que pode ser associado ao *déficit* de conhecimento que os sujeitos do presente estudo demonstraram em relação ao cuidado e tratamento das úlceras.

Em relação à rede de apoio, na qual se destaca a presença da família, surgiu um dado preocupante que apontou que 46,3% dos pacientes recebem apenas apoio de amigos, namorado ou igreja e que realizam boa parte de seus cuidados sozinhos, demonstrando uma rede de cuidado fragilizada, o que pode comprometer a condução do cuidado com estes tipos de lesão. Para Sampaio (2007), a presença de alteração na integridade da pele atrapalha as atividades diárias, sendo essencial a presença do companheiro ou de um membro da família, pois estes auxiliam no atendimento às necessidades fundamentais, sobretudo, aos pacientes idosos com presença de doença prévia.

Monteiro (2013), em seu estudo sobre qualidade da assistência a pessoas portadoras de úlcera venosa, destaca que quando a rede familiar de cuidado faz-se presente, o paciente obtém uma resposta positiva ao seu tratamento, com melhora da recuperação da úlcera.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde e à emergência em estudo, constatou-se que a maioria dos pacientes mora na cidade sede da

instituição ou em cidades vizinhas. Acredita-se que esse fator facilite a entrada desses pacientes ao serviço.

Boa parte dos pacientes foi levada ao serviço por pessoas de suas relações ou encaminhados pela rede básica de saúde em busca de especialista em doenças vasculares. A maioria não apresentava problemas de caráter emergencial e poderia ter seu problema atendido fora do ambiente hospitalar, se devidamente orientado e se fosse garantido a estes pacientes acesso ao especialista pela rede ambulatorial, evitando a sobrecarga das unidades de emergência.

Brandão, Mandelbaum e Santos (2013) afirmam que é essencial o enfermeiro da Rede Básica de Saúde avaliar a pele do paciente, destacando seus fatores de risco, planejamento e implementações de medidas para evitar as ‘internações desnecessárias’ e a busca aos serviços de emergência. Para tanto, faz-se essenciais mudanças na política de atendimento, enfatizando programas relacionados à prevenção e ao cuidado com a pele do paciente, educação permanente da equipe multiprofissional e implementação de ações de monitoramento e de controle.

Malaquias, Bachion e Nakatani (2008) destacam que a condição de hospitalização em idosos acometidos com doenças prévias aumenta o risco de desenvolver alteração na integridade da pele, pois estão em ‘contato íntimo’ com agentes causadores de agressão à pele e pela própria alteração fisiológica da pele ao longo dos anos.

Ratificou-se neste estudo a relação entre UP e mobilidade prejudicada, confirmando que a condição de acamado é um fator predisponente do desenvolvimento de UP. Contudo, o cuidado com a integridade da pele de pacientes acamados envolve medidas simples, como por exemplo, mudança de decúbito com frequência regular (BRASIL, 2013).

Nos pacientes portadores de alteração arterial e venosa, o problema da mobilização está relacionado ao comprometimento da área afetada da pele, presença de dor, com consequente dificuldade de deambulação (MENDES; GONÇALVES; TOURINHO, 2012). E, nos idosos, a restrição na mobilidade é vista com maior chance de alteração na integridade da pele, uma vez que estão afetados por restrição de mobilidade e presença de doenças crônicas, além de predispostos aos fatores de envelhecimento (CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

A presença de doenças crônicas como DM e HAS foi relevante na amostra. O DM interfere no processo cicatricial, elevando o número de dias para que ocorra a cicatrização, predispondo à infecção. A presença de DM, insuficiência vascular e renal aumentam a

probabilidade de diminuição do aporte sanguíneo aos tecidos, elevando o risco para gerar alteração na integridade da pele (DEALEY, 2008; MENDES; GONÇALVES; TOURINHO, 2012). Para Dealey (2008), o DM e a HAS são fatores predisponentes para a dificuldade da cicatrização, uma vez que ocasionam má circulação sanguínea.

Do mesmo modo, em uma situação de úlcera crônica instalada, são necessários cuidados com a avaliação dos índices glicêmicos, inspeção dos pés, alimentação, além da adoção de uma terapia tópica adequada para que se promova a cicatrização da úlcera. No entanto, pôde-se observar no estudo que a maioria dos pacientes não realizava esses cuidados.

O tabagismo e o etilismo são fatores deletérios para a manutenção da integridade da pele e o presente estudo apontou que 20 (48,7%) dos pacientes são tabagistas e/ou etilistas. A nicotina é altamente tóxica, responsável pela diminuição da oxigenação celular, podendo gerar disfunção pulmonar e diminuição de oxigênio circulante no tecido subcutâneo, levando à hipóxia desse tecido (BRASIL, 2007). O alcoolismo pode gerar lesões nas células do cérebro, do fígado, do coração e do pâncreas, comprometendo a função cognitiva e comportamental do paciente e sua adesão ao tratamento (MARTINS; SOUZA, 2007; MOURA et al, 2010).

Para Carvalho (2012), o rompimento da integridade da pele pode ser chamado de ferida. Esta se constitui na ruptura das camadas da pele, gerada por injúria. Observou-se no presente estudo que os pacientes apresentavam alteração na integridade da pele relacionada a úlceras venosas e arteriais, precedida pelas UP, destacando-se que a maioria desenvolveu ruptura da pele há menos de um ano.

A repercussão da alteração na integridade da pele pode levar ao isolamento social e emocional. Por este motivo, Carvalho (2012) destaca que a alteração na integridade da pele manifesta-se inicialmente na estrutura fisiológica e anatômica do corpo, transpondo-se para o lado espiritual, emocional, levando a doenças psicoemocionais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conhecer o perfil dos pacientes internados em um serviço de emergência e que apresentam úlceras de etiologia diversa, com comprometimento da integridade da pele, contribui para o planejamento da assistência de enfermagem, assim como para o acompanhamento desta condição de saúde nos diversos espaços de atenção à saúde, de

modo a melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família, buscando evitar a necessidade de internação.

Embora as emergências identifiquem-se mais com aquele que é sua função primordial – o atendimento a situações em que a pessoa apresenta risco de morte, as situações crônicas de saúde – como é o caso das úlceras crônicas de etiologia diversa – são uma constante nestes serviços. A prevenção das complicações na integridade da pele neste contexto pressupõe a orientação e a educação em saúde e o apoio profissional aos pacientes e familiares, uma vez que o tratamento destas complicações se estende por longa data, são onerosos e exigem uma rede de apoio permanente para a realização de higiene, curativos, acompanhamentos às consultas, dentre outros. Nesta perspectiva, os profissionais que atuam no serviço de emergência têm papel fundamental na contra referência, buscando proporcionar aos pacientes um acompanhamento na rede básica de saúde.

O reconhecimento do perfil do paciente portador de úlcera crônica de etiologia diversa permite identificar aspectos importantes para gerar novas diretrizes e cuidados no tratamento das úlceras, otimizando na prescrição, principalmente, a tecnologia do tratamento e cuidados, possibilitando que muitos destes pacientes sejam atendidos na unidade básica de saúde, evitando o atendimento diretamente na unidade de emergência.

As estratégias de cuidado à pessoa com úlcera crônica de etiologia diversa devem ser seguidas pelos enfermeiros tanto da rede básica de saúde quanto da unidade de emergência e, para tanto, é essencial que o enfermeiro esteja preparado para identificar os fatores preditores ao desenvolvimento dessas úlceras e desenvolva um planejamento quando o problema já está instalado.

Constata-se na literatura uma predominância de publicações de enfermagem voltadas às úlceras por pressão. Tal dado sinaliza para a necessidade de estudos envolvendo as úlceras venosas e úlceras arteriais.

## Referências

BRANDÃO, E. S.; MANDELBAUM, M. H. S.; SANTOS, I. Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir úlceras por pressão no cliente. **Revista Pesquisa: cuidado é fundamental online**. V.5. N. 1. jan./mar. 2013.

BRASIL. **Resolução Nº196** de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde/** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Complementar.** Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). 4 ed. Revista e atualizada. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 162 p.: il (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

CARVALHO, E. S. S. **Como Cuidar de Pessoas com feridas:** desafios para a prática multiprofissional. Salvador: Atualiza, 2012.

CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. **ACTA Paulista de Enfermagem.** V. 23. N.1. 2010. p. 29-34.

DEALEY, C. Cuidando de Feridas: um guia para enfermeiras. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

DOMANSKY, R. C. de; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele:** recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP/EPUAP). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. **Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel;** 2009.

JÚNIOR, J. A. F.; et al. **Tratamento multidisciplinar de Feridas Complexas.** Proposta de Criação de “Unidade de Feridas” no Hospital das Clínicas da FMRP-USP. **Medicina Ribeirão Preto: Revista da**

**Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP**, V. 46. N. 4. Universidade de São Paulo. 2013. P. 355-60.

MAFFEI, F. H. A. **Doenças Vasculares Periféricas**. 3 ed. V.2. Medsi: Rio de Janeiro, 2002.

MALAQUIAS, S. G.; BACHION, M. M.; NAKATANI, A. Y. K. Risco de Integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. **Revista Cogitare Enfermagem**, V. 13. N. 3. Jul/Set., 2008. P. 428-36.

MARTINS, D. A.; SOUZA, A. M. O perfil dos clientes portadores de úlceras varicosas cadastrados em programas de saúde pública. **Revista Cogitare Enfermagem**; V. 12. N. 3. 2007. P. 353-7.

MEDEIROS, A. B. A.; et al. Perfil socioeconômico de pessoas com úlcera venosa: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife. V.7. N. 8. Agosto, 2013. P. 5220-4.

MENDES, N. P. N.; GONÇALVES, L. H. T.; TOURINHO, F. S. V. **Enfermagem e a integralidade da pele, da mucosa, e dos anexos do idoso hospitalizado**. In: *Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado*. Barueri: São Paulo, 2012.

MONTEIRO, V. G. N. **Avaliação da qualidade da assistência a pessoas com úlceras venosas atendidas na estratégia da saúde da família**. [Tese] Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal, 2013.

MOURA, R. M. F.; et al. Correlação entre classificação clínica CEAP e qualidade de vida na doença venosa crônica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, 2010.

NANDA-I. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

OLIVEIRA, B. G. R. B.; et al. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de reparo de feridas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V. 14. N. 1. Jan/mar, 2012. P. 153-63.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

RYAN, T. J. **Fundamentos de Dermatologia**: doenças vasculares periféricas. Revista e atualizada por Márcia Ramos e Silva, Maria Cristina Ribeiro de Castro. Rio de Janeiro: 2010.

SAKANO, L. M.; YOSHITOME, A. Y. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, V.20, V.4. 2007. p.495-48. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/17.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

SAMPAIO, F. A. A. **Caracterização do estado de saúde referente à integridade tissular e perfusão tissular em pacientes com úlceras venosas**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, 2007.

SOARES, C. F.; et al. **Prevalência e perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com úlcera por pressão internados em unidades de adultos**. Monografia (Especialização em Estomatoterapia). Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2012.

SOUZA, A. B. G.; et al. **Exame físico no adulto**. São Paulo: Martinari, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Direção Geral do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago [2013]. Florianópolis. **Histórico**. Disponível em: <[http://www.hu.ufsc.br/portal\\_novo/?page\\_id=13](http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/?page_id=13)>. Acesso em: 10 nov. 2013.

5. 2 MANUSCRITO 2: ACURÁCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA E DE INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA, CONFORME NANDA-I (2012-2014), EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA NOS PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERA CRÔNICA DE ETIOLOGIA DIVERSA

**Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada, conforme NANDA-I (2012-2014), em serviço de emergência nos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa<sup>5</sup>**

**Accuracy of Nursing Diagnosis of Impaired Skin Integrity and Impaired Tissue Integrity according to NANDA-I (2012-2014), in patients with chronic ulcer of diverse etiology in emergency service**

**Precisión de los Diagnósticos de Enfermería de Integridad de la Piel Perjudicada y de Integridad Tissular Perjudicada, conforme NANDA-I (2012-2014), en servicio de emergencia y en pacientes portadores de úlcera crónica de etiología diversa.**

Tavares, Bárbara Cristina<sup>6</sup>

Matos, Eliane<sup>7</sup>

Maliska, Isabel Cristina Alves<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> Recorte da dissertação do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulada Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada da *North American Nursing Association International* (2013) em serviço de emergência.

<sup>6</sup> Aluna do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem/UFSC/HU. Enfermeira Assistencial da unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário/HU/UFSC. Endereço de correspondência: Rua Barão Von Wangenheim nº 179, Jardim Atlântico, Florianópolis, SC. CEP. 88090-460. *E-mail*: barbaratavares22@gmail.com.

<sup>7</sup> Doutora em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Filosofia Saúde e Sociedade da UFSC e diretora de Enfermagem do HU/SC. Endereço de correspondência: Rua Professor Ayrton Roberto Oliveira nº 20, apto 302A, Itacorubi, Florianópolis, SC. CEP. 880.34-050. *E-mail*: elianematos@hotmail.com.

<sup>8</sup> Doutora em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Filosofia Saúde e Sociedade da UFSC e enfermeira do HU/SC. Endereço de correspondência: Rua Europa nº 410, casa 9, Trindade, Florianópolis/SC. CEP. 880360-135. *E-mail*: isabel.alves07@yahoo.com.br.

**Resumo:** Verificar o grau de acurácia dos Diagnósticos de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada (NANDA-I, 2012-2014) nos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados em um serviço de emergência adulto. **Método:** pesquisa com abordagem quantitativa do tipo descritivo prospectivo, longitudinal de amostra intencional, não probabilística, realizado a partir da consulta aos dados dos prontuários de 41 pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados no serviço de Emergência, de um hospital universitário, no período de Setembro a Dezembro de 2013. Nove enfermeiros colaboraram na inclusão experimental da etapa diagnóstica segundo NANDA-I, identificando esses Diagnósticos de Enfermagem e a acurácia. **Análise:** enfermeiros identificaram 138 diagnósticos de Integridade da Pele Prejudicada e 18 de Integridade Tissular Prejudicada, revelando uma tendência estatística significativa para a ocorrência do grau de acurácia alta no diagnóstico de Integridade da Pele Prejudicada e baixa acurácia para Integridade Tissular Prejudicada. **Discussão:** estudo identificou que enfermeiros têm dificuldade de trabalhar com a classificação diagnóstica e que a acurácia diagnóstica depende da habilidade e experiência clínica do enfermeiro para identificação dos problemas de saúde do paciente. **Conclusão:** conhecer a acurácia diagnóstica é fundamental para o planejamento de cuidados de enfermagem aos pacientes com problemas na integridade da pele.

**Palavras-chave:** Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem. Enfermagem em Emergência.

**Abstract:** To verify the accuracy degree of Impaired Skin Integrity and Impaired Tissue Integrity diagnoses (NANDA-I, 2012-2014) in patients with chronic ulcer of diverse etiology admitted to an adult emergency service. **Method:** research with quantitative prospective descriptive approach, longitudinal intentional sample, non-probabilistic, held from the query to the data from medical records of 41 patients with chronic ulcer of diverse etiology admitted to the emergency service of a university hospital, from September to December 2013. Nine nurses collaborated on the experimental inclusion of diagnostic stage according NANDA-I, identifying those Nursing Diagnoses and the accuracy. **Analysis:** nurses identified 138 diagnoses in Impaired Skin Integrity and 18 on Impaired Tissue Integrity, revealing a significant statistical tendency for the occurrence of high degree of accuracy in the diagnosis of Impaired Skin Integrity and low accuracy for Impaired Tissue Integrity. **Discussion:** study found that nurses have difficulty on

working with the diagnostic classification, also that the diagnostic accuracy depends on the skill and clinical experience of the nurse to identify the patient's health problems. **Conclusion:** meeting the diagnostic accuracy is essential for planning nursing care to patients with problems in the integrity of the skin.

**Keywords:** Accuracy of nursing diagnoses. NANDA. Emergency nursing.

**Resumen:** Verificar el grado de precisión de los diagnósticos de Integridad de la Piel Perjudicada y de Integridad Tisular Perjudicada (NANDA-I, 2012-2014) en los pacientes portadores de úlcera crónica de etiología diversa internados en un servicio de emergencia adulto.

**Método:** Investigación de abordaje cuantitativo del tipo descriptivo prospectivo, longitudinal de muestra intencional, no probabilístico, realizado a partir de la consulta a los datos de prontuarios de 41 pacientes portadores de úlcera crónica de etiología diversa internados en el servicio de Emergencia, de un hospital universitario, en el periodo comprendido entre Setiembre y Diciembre de 2013. Nueve enfermeros colaboraron en la inclusión experimental de la etapa de diagnóstico según NANDA-I, identificando esos Diagnósticos de Enfermería y precisión. **Análisis:** los enfermeros identificaron 138 diagnósticos de Integridad de la Piel Perjudicada y 18 de Integridad Tisular Perjudicada, revelando una tendencia estadística significativa de la presencia de un grado de precisión alto en el diagnóstico de Integridad de la Piel Perjudicada y baja precisión para Integridad Tisular Perjudicada.

**Discusión:** el estudio identificó que los enfermeros tienen dificultades para trabajar con la clasificación de diagnóstico y que la precisión de diagnóstico depende de la habilidad y experiencia clínica del enfermero para identificar los problemas de salud del paciente. **Conclusión:** conocer la precisión de diagnóstico es fundamental para planear los cuidados de enfermería en pacientes con problemas en la integridad de la piel.

**Palabras clave:** Precisión de los diagnósticos de enfermería. NANDA. Enfermería en emergencia.

## INTRODUÇÃO

Úlcera crônica de etiologia diversa consiste no grupo de lesões que causam mudanças na estrutura da pele, podendo variar em profundidade e extensão; apresentam processo de cicatrização lento, cronicado e respondem pouco ou nada ao tratamento inicial, podendo

ser representadas pelas úlceras por pressão, arterial e venosa. As úlceras por pressão geralmente são atribuídas a forças opressivas em áreas de proeminências ósseas que interrompem a circulação sanguínea; as úlceras venosas e arteriais são atribuídas ao sistema circulatório de membros inferiores (SOUZA et al, 2013; EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2009; MAFFEI, 2002).

O paciente portador de úlcera crônica de etiologia diversa representa uma parte significativa dos atendimentos em ambientes hospitalares. No estudo de Júnior et al (2013) é ilustrado que as ‘feridas abertas’ representam 30% dos atendimentos em uma unidade de emergência e as úlceras por pressão têm uma prevalência de 93% dos casos atendidos.

Esta realidade pode ser observada também em um serviço de Emergência Adulto de um hospital escola do sul do país, onde a demanda de pacientes que chegam ao local com problemas relacionados a úlceras crônicas de etiologia diversa é significativo (SOARES et al, 2012). Para estas autoras, neste hospital, frequentemente se prestam cuidados de enfermagem aos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa, que muitas vezes já no momento inicial da internação apresentam problemas relacionados a este tipo de úlcera.

Uma abordagem específica de enfermagem relacionada à úlcera crônica de etiologia diversa é a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada (NANDA-I, 2013), uma vez que o Diagnóstico de Enfermagem (DE) estabelece ligação entre as respostas humanas, contribuindo para a definição da assistência e, conseqüentemente, das escolhas das intervenções para guiar o cuidado de enfermagem individualizado (CRUZ; PEREZ, 2002; BRAGA; CRUZ, 2005).

Os Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele estão localizados no Domínio segurança/proteção e na classe de lesão física da NANDA-I (2012-2014) apresentando particularidades para o cuidado de pacientes portadores de úlceras crônicas de etiologia diversa, uma vez que trazem indícios para que os enfermeiros identifiquem características definidoras (CD) e fatores relacionados (FRs) frente às respostas dos pacientes.

No entanto, nem sempre essas definições garantem a identificação acurada dos Diagnósticos de Enfermagem. Estudos comprovam que existem variações nas interpretações dos enfermeiros frente aos problemas de saúde dos pacientes, levando os enfermeiros à imprecisão ao identificar o DE e à escolha de intervenções inapropriadas

ao contexto vivido pelo paciente (UBALDO, 2012; MATOS, 2010; LUNNEY, 2004).

Estudos debatem a relação do enfermeiro com sua habilidade de cognição e de percepção, julgamento clínico, pensamento crítico e conhecimento para identificar características definidoras e fatores relacionados acurados. Segundo estes estudos, para alcançar diagnósticos de enfermagem acurados é primordial que o enfermeiro empregue seu conhecimento científico e suas aptidões, sua experiência clínica para identificar os DE e, com isso, aperfeiçoar as intervenções de enfermagem (CRUZ; PIMENTA, 2005; PAANS et al, 2012; CARPENITO-MOYET, 2002; MAZONI; CARVALHO; SANTOS, 2013).

Para Lunney (1990), um diagnóstico é considerado acurado quando se aproxima do real estado do paciente. Para Matos e Cruz (2009, p. 1089), o conceito de acurácia de um diagnóstico consiste em “um julgamento do avaliador quanto ao grau de relevância, especificidade e consistência das pistas existentes para o diagnóstico, sendo considerado uma propriedade contínua, podendo ser mais ou menos acurado”.

Assim sendo, a partir da necessidade de prestar assistência de enfermagem que responda aos problemas apresentados pelos pacientes portadores de úlceras crônicas de etiologia diversa e entendendo a importância do uso de uma linguagem padrão para a assistência de enfermagem, foi proposto como objetivo deste estudo: verificar o grau de acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada, segundo a Taxonomia da NANDA-I (2012-2014) nos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa, internados no serviço de Emergência Adulto. Justifica-se o estudo pela necessidade de buscar intervenções precisas e apropriadas para o paciente.

## **MÉTODO**

Pesquisa com abordagem quantitativa do tipo descritivo, prospectivo, longitudinal de amostra intencional, não probabilística, realizado a partir da consulta aos dados dos prontuários dos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados no Serviço de Emergência adulto de um hospital universitário que é referência estadual para o Sistema Único de Saúde, no período de Setembro a Dezembro de 2013.

De acordo com a Universidade Federal de Santa Catarina (2013), o Serviço de Emergência adulto atende uma demanda de 400 pacientes por dia e conta com área de Acolhimento, Repouso (unidade de internação) e SEI (Serviço de Emergência Interna), aonde chegam os pacientes vindos do acolhimento ou levados pelas equipes de resgate (Serviço Móvel de Urgência e Emergência – SAMU – ambulância, helicóptero).

Neste setor, os pacientes são atendidos por demanda espontânea (podendo ele mesmo procurar o serviço ou ser levado por amigos, familiares) ou são referenciados por outra unidade de saúde ou hospital e conduzidos por equipes de resgate (ambulância, helicóptero). Para prestar o atendimento, o serviço de emergência é organizado em três ambientes físicos: Acolhimento, Serviço de Emergência Interna e Repouso.

Habitualmente, neste serviço permanecem internados cerca de 20 a 30 pacientes que aguardam vagas para internação. Considerando a escassez de leitos hospitalares e a demanda por internação, os pacientes acabam permanecendo internados neste serviço por dias, muitas vezes realizando parte ou a totalidade do tratamento neste local. Existem na unidade 12 leitos de observação e um de isolamento, sendo que os demais pacientes permanecem acomodados em macas pelos corredores ou consultórios – condições estas que podem favorecer o desenvolvimento de alterações na integridade da pele.

Os pacientes internados no serviço de emergência em estudo têm a assistência de enfermagem planejada segundo o modelo de sistematização utilizado na instituição, com base na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, a qual inclui uma abordagem inicial com a realização do Histórico e Prescrição de Enfermagem nas primeiras 24 horas de internação, realização do plano de cuidados, seguida de Evolução de Enfermagem diária, e consequente atualização da prescrição. Este processo é realizado diariamente pelos enfermeiros assistenciais que identificam no histórico os problemas do paciente para os quais prescrevem cuidados (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 1980).

Para a realização da pesquisa foi incluída – em comum acordo com os enfermeiros que aceitaram contribuir com o estudo de forma colaborativa – a etapa diagnóstica segundo a NANDA-I (2012-2014). Os enfermeiros comprometeram-se a identificar na realização da SAE, especialmente durante a realização do Histórico de Enfermagem ou da Evolução de Enfermagem, os Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada,

características definidoras e fatores relacionados em pacientes com úlcera por etiologia diversa.

Os enfermeiros foram capacitados previamente para garantir uma homogeneidade na coleta de dados. Nesta capacitação foram abordados conceitos e características das úlceras crônicas de etiologia diversa, em especial: úlcera por pressão, arterial e venosa, assim como aspectos da classificação diagnóstica da NANDA-I e dos Diagnósticos de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada.

Na coleta de dados estes profissionais realizaram o Histórico de Enfermagem e definiram os diagnósticos relacionados à integridade da pele para 41 pacientes internados no serviço. Após a identificação do diagnóstico, ao finalizar o Histórico, ou posteriormente na efetivação da evolução diária – os enfermeiros registraram uma cópia do censo hospitalar do serviço de emergência, os pacientes que apresentavam alteração na integridade da pele por úlcera crônica de etiologia diversa e para os quais haviam desenvolvido a SAE. Uma vez ao dia, a pesquisadora verificava os casos registrados pelos enfermeiros e abordava o paciente ou familiar responsável, esclarecia sobre a pesquisa e solicitava autorização para consulta ao prontuário para posterior verificação da acurácia diagnóstica.

Os critérios de inclusão para a seleção dos pacientes foram: ser portador de úlcera crônica de etiologia diversa, ser maior de 18 anos e estar internado na unidade de emergência adulto. Foram excluídos os pacientes menores de idade, sem condições de autorizar a pesquisa e sem familiar que o fizesse.

A etapa de verificação da acurácia diagnóstica foi realizada a partir dos dados registrados pelos enfermeiros no Histórico de Enfermagem; e, quando necessário, a avaliação em *loco* do paciente para confirmar os registros que determinaram a definição do enfermeiro por este ou aquele diagnóstico de enfermagem. Esta etapa foi realizada com o apoio da Escala de Acurácia do Diagnóstico de Enfermagem (EADE – Versão 2), Quadro 5, cujas autoras autorizaram formalmente a utilização neste estudo (MATOS; CRUZ, 2009).

**Quadro 5:** Escala de acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem – EADE – Versão 2.

Diagnósticos de Enfermagem*	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Você manteria esse DE?	Grau de acurácia	Categoria de acurácia
	Há pistas? **		Relevância (pista x DE)		Especificidade (pista x DE)		Coerência (pista x DE x conjunto dos dados)				
	Sim (1)	Não (0)	A/M (1)	B (0)	A/M (3,5)	B (0)	A/M (8)	B (0)	Sim	Não	
Integridade da pele prejudicada											
Integridade tissular prejudicada											
<p><b>Legenda:</b> A: Alta; M: Moderada; B: Baixa; N: Nula.</p> <p>* Inserir número de linhas igual ao número de diagnósticos a serem avaliados pela EADE.</p> <p>** Quando a resposta for não, não preencher as demais células para o diagnóstico.</p>											

Fonte: Matos e Cruz (2013, p. 101).

A escala EADE – Versão 2 apresenta quatro itens pontuáveis, como presença de pista, especificidade da pista, relevância da pista e coerência da pista, além de uma questão interrogativa não pontuável (‘Você manteria esse diagnóstico?’). Os itens da EADE – Versão 2 são pontuados em escores que variam de 0 a 13,5 que se classificam em quatro graus de acurácia: Nula (0), Baixa (1), Moderada (2 a 5,5) e Alta (9 a 13,5). Vale lembrar que o grau de acurácia é tratado como uma variável quantitativa (MATOS; CRUZ, 2009).

Na verificação da acurácia, os dados foram extraídos do prontuário do paciente, transcritos e organizados em uma planilha do Programa *Excel®* da *Microsoft Windows®*. Por conseguinte foram agrupados conforme o Diagnóstico de Enfermagem, característica definidora e fator relacionado, para então ser realizada individualmente a acurácia diagnóstica de cada paciente. Nesta etapa, observou-se a presença de pistas, relevância, especificidade e se o conjunto de dados era coerente com o quadro clínico do paciente e o Diagnóstico de Enfermagem identificado, assim como se o mesmo deveria ser mantido. Em seguida, definiu-se o grau da acurácia para cada diagnóstico identificado em nula, baixa, moderada ou alta.

Para a realização dos testes estatísticos foi utilizada a ferramenta computacional *on-line* Sestatnet (NASSAR et al, 2014). Na análise destes dados, utilizou-se a estatística descritiva (frequências relativas e absolutas, médias, desvio padrão, amplitude mínima e máxima).

O projeto respeitou a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) e suas complementares, vigente à época do estudo; obteve consentimento

formal da instituição para sua realização e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 19715413.90000.0121 (Anexo 2).

## RESULTADOS

Os resultados do estudo estão apresentados considerando a participação de 41 pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados no serviço de emergência adulto. Os dados obtidos na consulta aos prontuários destes pacientes resultou na constatação de que os enfermeiros identificaram 156 Diagnósticos de Enfermagem relacionados à pele, sendo 138 (88,46%) de Integridade da Pele Prejudicada e 18 (11,54%) de Integridade Tissular Prejudicada, segundo a NANDA-I (2013), conforme a Tabela 3 a seguir.

Os resultados do estudo estão apresentados considerando a participação de 41 pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados no serviço de emergência adulto. Os dados obtidos na consulta aos prontuários destes pacientes resultou na constatação de que os enfermeiros identificaram 156 Diagnósticos de Enfermagem relacionados à pele, sendo 138 (88,46%) de Integridade da Pele Prejudicada e 18 (11,54%) de Integridade Tissular Prejudicada, segundo a NANDA-I (2013), conforme a Tabela 3 a seguir.

**Tabela 3:** Estatística descritiva do grau de acurácia e categorias de acurácia, dos diagnósticos de enfermagem identificados pelos enfermeiros, segundo enunciado diagnóstico. Florianópolis, 2013.

Enunciado do diagnóstico/ características definidoras	Frequência		Grau de Acurácia					Categorias de Acurácia			
	N	%	Mín	Média	Desvio padrão	Máx	Mediana	Nula n(%)	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)
<b>Integridade da pele prejudicada</b>	138	88,46	0	10,50	5,31	13,50	13,50	6(4,35)	25(18,12)	1(0,72)	106(76,81)
Destruição das camadas da pele	108	78,26	0	10,37	5,43	13,50	13,50	4(3,71)	10(9,25)	1(0,93)	93(86,11)
Invasão de estruturas do corpo	23	16,66	0	4,56	5,75	13,50	0	2(8,70)	14(60,87)	0	7(30,43)
Rompimento da superfície da pele	7	5,08	0	11,71	4,72	13,50	13,50	0	1(14,29)	0	6(85,71)
<b>Integridade tissular prejudicada</b>	18	11,54	0	2,75	4,96	13,50	1,00	6(33,33)	9(50)	0	3(16,67)
Tecido destruído	11	61,12	0	4,31	5,90	13,50	1,00	1(9,09)	7(63,64)	0	3(27,27)
Tecido lesado	7	38,88	0	0,28	0,48	1	0	5(71,43)	2(28,57)	0	0

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2014.

A verificação da acurácia diagnóstica realizada com base nos dados registrados no Histórico ou Evolução de Enfermagem dos pacientes apontou ocorrência de 156 casos de diagnósticos de

Integridade da Pele Prejudicada por rompimento da pele. No entanto, os enfermeiros, provavelmente pela inexperiência de trabalhar com a classificação diagnóstica da NANDA-I, registraram os diagnósticos considerando a característica definidora mais grave. Levando em conta que o resultado se propõe a trabalhar com a avaliação dos enfermeiros, a apresentação dos dados foi realizada considerando os dados por eles apontados.

Deste modo, em relação ao grau de acurácia do diagnóstico de Integridade da Pele Prejudicada, constatou-se uma frequência elevada (106 = 76,81%) de diagnósticos com alta acurácia, predominando o escore de 13,5. Os Diagnósticos de Integridade Tissular Prejudicada foram avaliados como de baixa acurácia em 50% (9) dos casos apresentados pelos enfermeiros. Em seis (33,33%) avaliações o diagnóstico de Integridade da Tissular Prejudicada foi considerado nulo e somente em três situações, 16,67%, apresentaram acurácia alta (Tabela 3).

No diagnóstico de Integridade da Pele Prejudicada, as características definidoras apareceram na seguinte frequência: destruição de camadas da pele (108 = 78,26%); invasão das estruturas do corpo (23 = 16,66%); rompimento da superfície da pele (7 = 5,08%). Para o Diagnóstico de Enfermagem de Integridade Tissular Prejudicada foram encontradas as características definidoras em uma frequência de: tecido destruído (11= 61,12%) e tecido lesado (7 = 38,88%), conforme ilustrado na Tabela 3.

Quando avaliado o grau de acurácia das características definidoras do DE de Integridade da Pele Prejudicada, observou-se um predomínio de alta acurácia associado à destruição de camadas da pele (93 = 86,11%), seguido de rompimento de superfície da pele (6 = 85,71). Para as características definidoras do DE de Integridade Tissular Prejudicada ocorreu um predomínio de nula acurácia (5 = 71,43%) para tecido lesado e baixa acurácia (7 = 63,64%) para tecido destruído (Tabela 3).

Destaca-se que na avaliação da pesquisadora que realizou a verificação da acurácia diagnóstica o diagnóstico de Integridade da Pele Prejudicada caracterizado por rompimento de superfície esteve presente em 100% dos pacientes avaliados, o que demonstra que, provavelmente, na avaliação os enfermeiros consideraram apenas a característica definidora mais grave.

Em relação aos fatores relacionados, os achados são apresentados na Tabela 4 a seguir:

**Tabela 4:** Categoria da acurácia dos DE Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada e acurácia. Florianópolis, 2013.

		<b>Integridade da Pele Prejudicada</b>					
<b>Características Definidoras</b>	<b>Fatores relacionados (FRs)</b>	<b>FRs (total)</b>	<b>Acurácia/categoria</b>				
			<b>Nula (0)</b>	<b>Baixa (1)</b>	<b>Mod. (2)</b>	<b>Alta (3)</b>	
<b>Destruição de camadas da pele</b>	Externo	Extremos de idade	16	0	0	0	16
		Fatores mecânicos	10	1	0	0	9
		Imobilização física	6	0	0	0	6
		Hipertermia	2	0	0	0	2
		Pele úmida	1	1	0	0	0
		Umidade	1	0	0	0	1
		Circulação prejudicada	19	0	1	1	17
	Interno	Estado metabólico prejudicado	15	0	0	0	15
		Mudanças na pigmentação	9	1	2	0	6
		Sensações prejudicadas	9	0	0	0	9
		Estado nutricional desequilibrado	9	1	0	0	8
		Mudanças no estado hídrico	4	0	3	0	1
		Proeminências ósseas	4	0	0	0	4
		Mudanças no turgor	2	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>94</b>		
<b>Invasão de estruturas do corpo</b>	Externo	Extremos de idade	4	0	3	0	1
		Fatores mecânicos	1	0	1	0	0
		Imobilização física	1	0	1	0	0
		Pele úmida	1	0	1	0	0
		Substância química	1	0	1	0	0
		Umidade	1	0	1	0	0
		Estado metabólico prejudicado	4	0	2	0	2
	Interno	Sensações prejudicadas	3	0	2	0	1
		Circulação prejudicada	2	0	0	0	2
		Estado nutricional desequilibrado	2	0	1	0	1
		Deficiência imunológica	1	0	1	0	0
		Mudanças no turgor	1	0	1	0	0
		Proeminências ósseas	1	0	1	0	0
		<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>7</b>

<b>Rompimento da superfície da pele</b>	Externo	Extremos de idade	2	0	0	0	2
		Fatores mecânicos	1	0	0	0	1
		Imobilização física	1	0	0	0	1
	Interno	Circulação prejudicada	2	0	0	0	2
		Mudanças na pigmentação	1	0	1	0	0
		<b>Total</b>	7	0	1	0	6
<b>Integridade Tissular Prejudicada</b>							
<b>Tecido destruído</b>	Circulação alterada		3	0	1	0	2
	Déficit de conhecimento		2	0	1	0	1
	Extremos de temperatura		1	0	1	0	0
	Fatores mecânicos		1	0	1	0	0
	Fatores nutricionais		1	0	1	0	0
	Irritantes químicos		1	0	1	0	0
	Mobilidade física prejudicada		2	1	1	0	0
	<b>Total</b>		11	1	7	0	3
<b>Tecido lesado</b>	Circulação alterada		3	2	1	0	0
	Fatores nutricionais		3	2	1	0	0
	Mobilidade física prejudicada		1	1	0	0	0
	<b>Total</b>		7	5	2	0	0

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Destaca-se da Tabela 4, no Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada, caracterizado por ‘destruição de camadas da pele’, os fatores relacionados: circulação prejudicada (17,92%), extremos de idade (15,09%), estado metabólico prejudicado (14,15%), fatores mecânicos, mudanças na pigmentação e sensações prejudicadas (8,49%), estado nutricional desequilibrado (7,54%) e imobilização física (5,66%).

Em relação à característica definidora ‘invasão de estruturas do corpo’, destacam-se os FRs extremos de idade e estado metabólico prejudicado (17,39%), sensações prejudicadas (13,04%), circulação prejudicada e estado nutricional desequilibrado (8,69%).

Em relação ao ‘rompimento da superfície da pele’ chama a atenção os extremos de idade e circulação prejudicada (28,58%), fatores mecânicos, imobilização física e mudanças na pigmentação (14,28%), como ilustrado na Tabela 4.

No Diagnóstico de Enfermagem de Integridade Tissular Prejudicada caracterizado por ‘tecido destruído’, destacam-se os FRs circulação alterada com frequência de 27,28%. Para a característica

definidora ‘tecido lesado’, destacam-se os FRs circulação alterada e fatores nutricionais com frequência de 42,86% cada uma (Tabela 4).

Na Tabela 5, a seguir, percebe-se a relação da característica definidora e a avaliação da escala EADE – Versão 2.

**Tabela 5:** Acurácia para as CD e itens da escala EADE – Versão 2. Florianópolis, 2013.

Características definidoras	Frequência		Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Coerência (Pista X DE conjunto de dados)	Você manteria esse DE?		Grau de acurácia	Categoria de acurácia				
	n	%	Há pistas?		Relevância (pistas X DE)		Especificidade (pista X DE)		A/M B			Sim	Não		Nula	Baixa	Mod	Alta	
			Sim	Não	A/M	B	A/M	B	A/M	B		Sim	Não						
	(1)	(0)	(1)	(0)	(3,5)	(0)	(1)	(0)	(1)	(0)									
<b>Integridade da Pele Prejudicada (n = 138)</b>																			
Destruição de camadas da pele	108	78,26	103	5	93	15	93	15	93	15	93	15	93	15	Alta (13,5)	4	10	1	93
Invasão de estruturas do corpo	23	16,66	21	2	7	16	7	16	7	16	7	16	7	Baixa (1)	2	14	0	7	
Rompimento da superfície da pele	7	5,08	6	0	6	01	6	1	6	1	6	1	6	1	Alta (13,5)	0	1	0	6
<b>Integridade Tissular Prejudicada (n = 18)</b>																			
Tecido destruído	11	61,12	10	1	3	8	3	8	3	8	3	8	3	8	Baixa (1)	1	7	0	3
Tecido lesado	7	38,88	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	7	Nula (0)	5	2	0	0	

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Destaca-se da Tabela 5 o significativo percentual de pistas com avaliação de coerência, especificidade e relevância para o Diagnóstico de Enfermagem Integridade da Pele Prejudicada em todas as características definidoras presentes.

Na análise do tipo de úlcera, apresentada pelos 41 pacientes, obteve-se que 65,85% (27) possuíam diagnóstico médico de úlcera arterial; 23,52% (8) de úlcera por pressão e 14,70% (6) de úlcera venosa.

Dos 27 pacientes com diagnóstico médico relacionado à úlcera arterial, 21 apresentavam diagnóstico de Integridade da Pele Prejudicada. Ainda dos pacientes com diagnóstico de Integridade da Pele Prejudicada, oito apresentavam diagnóstico de úlcera por pressão e cinco de úlcera venosa.

Em relação ao Diagnóstico de Enfermagem de Integridade Tissular Prejudicada observou-se que seis pacientes eram portadores de úlcera arterial e um paciente era portador de úlcera venosa; sendo que não foi feita correlação com a úlcera por pressão.

## ANÁLISE

Segundo Mendes, Souza e Lopes (2011), a identificação dos DE depende da seleção de bons indicadores clínicos. Ao apresentar um diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro seleciona características definidoras que sejam compassivas e peculiares para cada situação clínica do paciente e identifica os fatores relacionados. Os fatores relacionados evidenciam uma associação padronizada com o DE, sendo denominados de fatores etiológicos ou causativos, uma vez que a partir deles o enfermeiro identifica a resposta humana para orientar as intervenções de enfermagem (NANDA-I, 2013; HERDMAN, 2013).

Um diagnóstico é considerado acurado quando se aproxima do estado geral do paciente (LUNNEY, 1990; POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; MENEZES et al, 2009). No entanto, para alcançar-se um resultado de acurácia alto, o enfermeiro precisa identificar quais respostas aos problemas do paciente são reais aos diagnósticos identificados, discernindo as características definidoras e fatores relacionados encontrados frente a estas respostas.

No presente estudo observou-se uma tendência estatística significativa para a ocorrência do grau de acurácia alto no diagnóstico de enfermagem na Integridade da Pele Prejudicada (88,46%) em comparação com o Diagnóstico de Enfermagem de Integridade Tissular Prejudicada (11,54%). Esta mesma relação foi encontrada no estudo de Matos (2010), cujos escores para o Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada foram considerados altamente acurados (70,4%).

O resultado de baixa acurácia do enunciado diagnóstico de Integridade Tissular Prejudicada é semelhante ao estudo de Marini e Chaves (2011), cuja baixa acurácia diagnóstica (76%) detectada em um serviço de emergência revela que os enfermeiros precisam desenvolver habilidades e experiência clínica para aplicar diagnósticos de enfermagem o mais próximo da realidade do paciente.

A diferença da acurácia diagnóstica entre os dois diagnósticos provavelmente envolve também outros fatores que interferem na identificação de repostas humanas selecionadas pelos enfermeiros, como por exemplo, o foco diagnóstico e o julgamento clínico, uma vez que o foco diagnóstico contém o julgamento clínico. O foco constitui-se na peça central na raiz do diagnóstico, descrevendo a resposta humana identificada pelo enfermeiro. Já o julgamento é um descriptor com a função de especificar o foco diagnóstico, por exemplo: “prejudicada”. É possível que o enfermeiro apresente dificuldade para diferenciar a

questão da pele e a questão do tecido tissular, não revelando a real situação do paciente (NANDA-I, 2013, p. 572).

Constanzi (2011), em seu estudo a respeito da validação clínica dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada (NANDA-I, 2010), destaca que os enfermeiros percebem a necessidade de que esses diagnósticos sejam mais acurados diante de uma mesma situação clínica. A autora alcançou validade diagnóstica somente para algumas CD, como: invasão de estruturas do corpo, rompimento da superfície da pele e tecido destruído.

Ainda as medidas de acurácia relacionados aos diagnósticos de Integridade da Pele e Tissular Prejudicada desses diagnósticos, segundo Matos e Cruz (2013) podem envolver outras razões. As autoras falam a respeito da complexidade e da diversidade da interpretação das repostas humanas, apontando categorias que levam o enfermeiro a realizar diagnósticos com baixa acurácia, como o compartilhamento de pistas entre diagnósticos e contexto da situação. A primeira está relacionada com o julgamento clínico entre dois diagnósticos semelhantes; já a segunda está relacionada ao local onde o enfermeiro identifica o DE. Por exemplo, no ambiente de emergência a atenção dispendida aos pacientes portadores de úlceras crônicas de etiologia diversa pode estar prejudicada pela necessidade de atenção imediata às situações com risco de morte.

Não obstante, no estudo de Bertocello, Cavalcanti e Ilha (2013) a respeito de Diagnósticos de Enfermagem reais da NANDA-I em ambiente de urgência e emergência com pacientes vítimas de múltiplos traumas, observou-se uma frequência elevada dos DE na Integridade da Pele Prejudicada (58,5%) e na Integridade Tissular Prejudicada (58,5%), o que leva à premente relevância de se estudar tais diagnósticos no ambiente de emergência, incluindo a acurácia dos mesmos.

Na análise das características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada percebeu-se uma frequência significativa de alta acurácia para as CD destruição de camadas da pele (108 = 78,26%) e rompimento de superfície da pele (7 = 5,08%) e uma baixa frequência da acurácia para invasão de estruturas do corpo. Porém, para rompimento da superfície da pele percebeu-se um equívoco dos enfermeiros em desconsiderar esta característica definidora presente em todas as úlceras, uma vez que o rompimento da superfície da pele é caracterizado pelo rompimento da epiderme, portanto, atinge 100% das úlceras em todos os seus estágios ou

comprometimento da pele, o que foi confirmado na verificação de acurácia.

Desta maneira, este equívoco na identificação das CD pode ter relação com a falta de habilidade dos enfermeiros para a utilização destes DE. No local de estudo, o diagnóstico de enfermagem ainda não é uma prática na sistematização da assistência. Para Fontes e Cruz (2007), o uso dos Diagnósticos de Enfermagem na prática clínica colabora para os ajustes dos enunciados diagnósticos e, com o passar dos anos, estas diferenças estatísticas tornam-se menos relevantes, devido à melhor compreensão do enfermeiro a respeito da aplicabilidade do diagnóstico de enfermagem.

Para as características definidoras do DE de Integridade Tissular Prejudicada ocorreu o oposto, foram constatadas apenas CD com nula e baixa acurácia diagnóstica para tecido lesado (7 = 38,88%) e tecido destruído (11 = 61,12%), respectivamente. O tecido destruído está intrinsecamente relacionado à destruição das camadas da pele e o tecido lesado à destruição da epiderme, derme e às estruturas mais profundas, como tecido muscular, adiposo, ósseo e tendão, bem como lesão em mucosas e córneas. Assim sendo, percebeu-se que na análise das características definidoras esta situação foi provocada pela inexperiência em atuar com o DE e que os enfermeiros consideraram apenas os diagnósticos mais graves ou com maior comprometimento da estrutura do tecido ou da pele.

O desvio padrão indica a dispersão ou heterogeneidade dos valores encontrados (BARBETTA, 2012). Neste estudo, a análise das CD do Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada aponta que as CD destruição de camadas da pele e rompimento de superfície da pele apresentam escores mais próximos uns dos outros. O maior valor de desvio padrão encontrado foi para invasão de estruturas do corpo. Destaca-se que esta amostra apresentou maior heterogeneidade dos dados. Por fim, na avaliação da acurácia julgou-se procedente identificar as características definidoras rompimento da superfície da pele e tecido destruído para todos os tipos de úlceras crônicas de etiologia diversa, uma vez que estas características afetam sempre as camadas mais superficiais da pele.

O desvio padrão mostrou maior heterogeneidade dos dados para o Diagnóstico de Enfermagem de Integridade Tissular Prejudicada, evidenciando uma maior distribuição dos valores de graus de acurácia. Este estudo leva a entender que estes dois diagnósticos ainda estão confusos e, talvez, imprecisos para identificação dos problemas humanos pelos enfermeiros. É pertinente afirmar a necessidade de novas

revisões destes diagnósticos de enfermagem, uma vez que sofreram sua última revisão somente em 1998 (NANDA-I, 2013).

Uma análise qualitativa dos achados do estudo, especialmente na utilização da escala EADE – Versão 2 para a verificação da acurácia diagnóstica dos problemas envolvendo a integridade da pele de pacientes internados em uma unidade de emergência adulto, é possível afirmar que houve, nos resultados, indicativos que comprovam a competência dos enfermeiros, que indicaram pistas relevantes, específicas e coerentes para a realização do julgamento clínico das manifestações dos pacientes. Falta ainda aos enfermeiros habilidade para utilização das classificações diagnósticas.

A Escala EADE – Versão 2 foi desenvolvida para estimar o grau com que um DE apresenta sustentação em um conjunto de respostas humanas identificadas e descritas no prontuário pelos enfermeiros (MATOS, 2010), sendo assim em relação à relevância da pista, especificidade da pista e coerência da pista constatou-se uma frequência de graus de acurácia alta, em especial para o DE de Integridade da Pele Prejudicada. Isto aponta que diante deste enunciado diagnóstico os enfermeiros identificaram os sinais e sintomas importantes, característicos e consistentes para a indicação do DE.

Já em relação ao Diagnóstico de Enfermagem de Integridade Tissular Prejudicada, a aplicação da escala evidenciou que a maioria destes diagnósticos apresentou pistas, porém com baixa relevância, especificidade e coerência da pista, resultando em baixa acurácia. Para Matos (2010), a explicação para esta questão pode estar relacionada à estrutura, CD e FRs do diagnóstico, dificultando a identificação dos problemas humanos pelos enfermeiros.

Herdman (2013) afirma que para a definição de um Diagnóstico de Enfermagem são necessárias descrições claras e precisas das respostas humanas observadas pelo enfermeiro, sendo fundamental para que estes profissionais diferenciem diagnósticos semelhantes. Todavia, entre os enfermeiros que participaram do estudo, parece haver dificuldade para caracterizar as respostas do paciente frente às diversas situações relacionadas à úlcera crônica de etiologia diversa, o que pode ser percebido na descrição das úlceras, na relação da situação de saúde-doença descritos nos prontuários dos pacientes. Destacam-se em alguns momentos as limitações no registro dos sinais e sintomas e seus respectivos fatores etiológicos, dificultando a diferenciação para a escolha dos diagnósticos e, conseqüentemente, para a verificação da acurácia diagnóstica, o que pode indicar a necessidade de revisão do instrumento de registro do Histórico de Enfermagem.

Em relação aos Diagnósticos de Enfermagem apresentados pelos enfermeiros, a análise da manutenção dos mesmos conforme proposta da Escala EADE – versão 2, no que diz respeito ao questionamento ‘manteria ou não’ definiu-se por manter o diagnóstico de Integridade da Pele Prejudicada, caracterizado por destruição de camadas da pele e rompimento de superfície da pele, os quais apresentaram um grau de pistas específicas, relevantes e coerentes.

A respeito do Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada, caracterizado por invasão de estruturas do corpo, decidiu-se pela sua não manutenção, haja vista que, apesar do número elevado de pistas (21), este DE mostrou baixa relevância, baixa especificidade e o conjunto de dados não foi coerente com o quadro clínico do paciente, evidenciando dificuldade do enfermeiro em identificá-lo nas diversas situações de úlceras crônicas de etiologia diversa.

Quando analisada a presença de pistas, grau de relevância, especificidade e coerência relacionadas ao Diagnóstico de Enfermagem de Integridade Tissular Prejudicada, verificou-se que a maioria dos 11 DE com característica definidora de tecido destruído apresentavam ‘pistas’ (10). Destes, porém, apenas três, faziam associação das pistas com alta/moderada coerência. Para o fator relacionado ao tecido lesado, a presença de pistas não apresentou uma frequência elevada, apresentando baixa relevância, especificidade e coerência. Deste modo, definiu-se pela sua manutenção ao responder o item ‘manteria ou não’ da escala EADE, uma vez que denota a importância do enfermeiro em identificar as úlceras crônicas de etiologia diversa na identificação do referido DE.

A opção por não manter os diagnósticos que apresentaram baixa acurácia diagnóstica decorre da probabilidade do enfermeiro não direcionar as intervenções de enfermagem apropriadas ao paciente. Destaca-se que um diagnóstico não acurado tem a probabilidade maior de não se aproximar da conjuntura vivida pelo paciente, fragilizando a identificação de características definidoras e de fatores relacionados que melhor expressam a resposta do paciente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A verificação da acurácia diagnóstica dos diagnósticos de enfermagem relacionados à Integridade da Pele e Integridade Tissular traz uma contribuição concreta ao estudo dos diagnósticos no contexto atual, em especial aos serviços de emergência hospitalar.

Há uma escassez destes estudos evidenciando o tema Diagnóstico de Enfermagem em ambiente clínico, o que dificulta a análise dos resultados (MATOS, 2010). Em relação à acurácia dos diagnósticos de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada da NANDA-I percebe-se que essa realidade fica ainda mais prejudicada, pois são raros os trabalhos que envolvem a acurácia destes diagnósticos. O presente estudo destaca-se como uma das primeiras iniciativas, no sentido de utilizar a escala EADE – Versão 2 para estudo da acurácia destes diagnósticos em um ambiente de emergência, apesar de estarem presentes em muitos dos pacientes que buscam as instituições de saúde, em especial o serviço de emergência adulto.

Percebeu-se que os enfermeiros estabeleceram diagnósticos, identificaram CD e FRs conforme linguagem padrão da NANDA-I (2013), sendo que o DE baseado na NANDA-I apresenta uma linguagem padrão e uniforme da enfermagem, a qual pode ser associada à acurácia diagnóstica.

Este estudo permitiu identificar que existem diferenças significativas na identificação dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada, evidenciando maior domínio dos enfermeiros em relação à identificação dos problemas de saúde relacionados ao Diagnóstico de Enfermagem Integridade da Pele Prejudicada. Sob este aspecto, sugere-se que se intensifiquem os estudos acerca da acurácia e dos fatores que interferem na escolha e definição do diagnóstico de Integridade Tissular Prejudicada.

Diante da complexidade em identificar e diferenciar estes diagnósticos sugere-se que os mesmos sejam rapidamente modificados para que o enfermeiro consiga realizar diagnósticos acurados, e assim, definir intervenções de enfermagem mais pertinentes à realidade de cada paciente.

Além disso, há que se considerar o ambiente de pesquisa. Nos serviços de emergência o julgamento clínico do enfermeiro parece estar pautado nas respostas de enfrentamento relacionadas aos pacientes que necessitam de cuidados de urgência e emergência. Este é um ambiente de alta rotatividade de pacientes, com elevada demanda de carga de trabalho físico e mental, que envolve agilidade e rapidez na identificação dos problemas humanos pelos enfermeiros. E, nestas situações, as questões envolvendo a integridade da pele, no que diz respeito a problemas crônicos de saúde da pele ou do tecido podem deixar de receber a devida atenção.

No entanto, considera-se relevante a utilização desses e de outros diagnósticos na prática clínica do enfermeiro em um ambiente de emergência, visto que o Diagnóstico de Enfermagem auxilia o enfermeiro no julgamento clínico e na identificação dos problemas enfrentados pelos pacientes, viabilizando intervenções de enfermagem mais seguras e eficazes.

### **Referências**

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 8. ed. Florianópolis: UFSC, 2012.

BERTONCELLO, K. C. G.; CAVALCANTI, C. D. K.; ILHA, P. Diagnósticos e proposta de intervenções de enfermagem para os pacientes vítimas de múltiplos traumas. **Revista Eletrônica de Enfermagem** V. 15. N. 1. Outubro-dezembro; 2013. P. 905-14.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V. 39. N. 3. 2005. P. 7-350.

BRASIL. **Resolução N° 196** de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CONSTANZI, A. P. **Validação clínica dos diagnósticos de enfermagem mobilidade física prejudicada, integridade tissular prejudicada e integridade da pele prejudicada em pacientes submetidos a cateterismo cardíaco**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2011.

CRUZ, D. A. L. M.; PEREZ, R. C. F. G. **Accuracy of diagnosis: interrater agrément**. In. Proceedings of the Conference NNN; Philadelphia: NNN, 2002.

\_\_\_\_\_; PIMENTA, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**; V. 13. N. 3. maio-junho; 2005. P. 415-22.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - NPUAP/EPUAP. Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. **Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.**

FONTES, C. M. B.; CRUZ, D. A. L. M. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Revista Escola de Enfermagem USP**. V. 41, N. 3. 2007. P. 395-402.

HERDMAN, T. H. **Diagnósticos de Enfermagem e sua relação com o raciocínio clínico**. In: NANDA Internacional Inc.: Herdman T. H, Carvalho E. C, organizadores. PRONANDA – Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem – Conceitos Básicos. Porto Alegre: Artmed Panamericana. 2013, p. 29-62.

JÚNIOR, J. A. F.; et al. Tratamento multidisciplinar de feridas complexas – Proposta de criação de “unidade de feridas” no hospital das clínicas da FMRP – USP. **Revista Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (editorial)**. V. 46. N. 4. 2013. P. 355-60.

LUNNEY, M. Accuracy of nursing diagnosis: concept development. **Nursing diagnosis**. V. 1. N. 1: 1990. p. 12-7.

\_\_\_\_\_. **Precisão no diagnóstico das respostas humanas**: necessidade de pensamento crítico. In. Luney MA. Pensamento crítico em diagnósticos de enfermagem: estudos de casos e análises. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MAFFEI, F. H. A. de. **Doenças Vasculares Periféricas**. 3 ed. V. 2. Medsi: Rio de Janeiro, 2002.

MARINI, M.; CHAVES, E. H. B. Evaluation of the accuracy of nursing diagnosis in a Brazilian emergency service. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**. V. 22, N. 2, april-june, 2011.

MATOS, F. G. O. A. **Fatores preditores da acurácia dos diagnósticos de enfermagem**. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

\_\_\_\_\_.; CRUZ, D. A. L. M. Construção de Instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. V. 43, n. Esp, 2009. p.1088-1097.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. **Escala de acurácia de diagnósticos de enfermagem**. In: HERDMAN, T. H. (org). PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 1. Sistema de educação em saúde continuada a distância. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2013. V. 2, p. 91-116.

MAZONI, S. R.; CARVALHO, E. C.; SANTOS, B. S. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, V. 21, n.esp. 2013.

MENDES, L. C.; SOUSA, V. E. C. S.; LOPES, M. V. O. Acurácia das características definidoras do diagnóstico controle familiar ineficaz do regime terapêutico. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, 2011; 24(2):219-24.

NOGUEIRA, J. M.; et al. **Aplicação da acurácia diagnóstica de enfermagem em idoso institucionalizado**: estudo de caso. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental. Fortaleza, 2009.

NANDA-I. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

\_\_\_\_\_. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NASSAR, S. M.; et al. **SESTATNET** (Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web). Florianópolis - SC, Brasil. [2014]. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

PAANS, W.; et al. Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? a randomised study. Research article. **Journal Eletronic BMC Nursing**, 2012.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. V. 22. N. 4. 2009. P. 434-8.

SOARES, C. F.; et al. **Prevalência e perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com úlcera por pressão internados em unidades de adultos**. Monografia (Especialização em Estomaterpia). Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2012.

SOUZA, D. M. S. T.; et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes com úlcera crônica. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, 2013; 26(3):283-8.

UBALDO, I. **O diagnóstico de enfermagem da NANDA INTERNACIONAL na sistematização da assistência de enfermagem na clínica médica de um hospital universitário**. 2012. 136f. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Direção de Enfermagem do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Modelo Assistencial: documentos básicos**. [1980]. Florianópolis. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/enfermagem/documentos/html>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Direção Geral do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago [2013]. Florianópolis. **Histórico**. Disponível em: <[http://www.hu.ufsc.br/portal\\_novo/?page\\_id=13](http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/?page_id=13)>. Acesso em: 10 nov. 2013.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A úlcera crônica de etiologia diversa apresenta uma alta incidência no meio hospitalar e o prognóstico das mesmas tem relação direta com a prevenção, com o cuidado e com a assistência de enfermagem prestada, especialmente quando se trata das úlceras por pressão.

Conhecer o grau e as categorias de acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada da NANDA-I, em pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa, internados em serviço de emergência adulto, assim como o perfil destes pacientes, pode representar uma contribuição importante para melhorar o planejamento da assistência de enfermagem a este grupo de pacientes no ambiente hospitalar.

A pesquisa tem um diferencial no sentido de que este foi o primeiro estudo que utilizou a escala EADE – Versão 2 em ambiente clínico de emergência adulto para a validação da acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada (NANDA-I, 2013), nos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa (úlcera por pressão, arterial e venosa).

O estudo exigiu a inserção da etapa experimental da classificação diagnóstica para os pacientes portadores de úlceras crônicas de etiologia diversa, em serviço de emergência adulto, o que se configurou, simultaneamente, em um limite e uma possibilidade. Limite, pois a in experiência dos enfermeiros em trabalhar com o diagnóstico de enfermagem pode ter influenciado nos resultados obtidos; possibilidade, por permitir aos enfermeiros atualização quanto à classificação diagnóstica, vislumbrar novas possibilidades para a prática profissional e para cuidados mais consistentes com os pacientes. Nesta perspectiva, possibilitou também, aos enfermeiros deste serviço, a constatação da importância da utilização das classificações diagnósticas para a cientificidade da profissão, a identificação dos problemas humanos e a valorização do enfermeiro.

A SAE, especialmente o DE, instrumentaliza a aplicação dos conhecimentos técnicos e científicos baseados em evidências para a tomada de decisão e o registro adequado da assistência prestada.

Um Diagnóstico de Enfermagem só é válido quando sua identificação se aproxima da realidade clínica e psicossocial do paciente.

Portanto, o enfermeiro deve considerar pistas, fatores relacionados específicos e coerentes com a singularidade de cada paciente.

Na avaliação destes diagnósticos, os enfermeiros tiveram maior facilidade em descrever os fatores relacionados e as características definidoras do DE de Integridade da Pele Prejudicada em relação ao diagnóstico de Integridade Tissular Prejudicada. Para o primeiro diagnóstico, foram apresentadas pistas mais relevantes, específicas e coerentes, resultado este que pode ter relação com a dificuldade dos enfermeiros em perceber a diferença entre os enunciados destes diagnósticos.

Outro fator que pode ter definido a seleção de um Diagnóstico de Enfermagem em detrimento de outro pode ser a forma como cada enfermeiro realiza o julgamento clínico, uma vez que a identificação de um diagnóstico depende deste julgamento, da habilidade, da experiência clínica e da sensibilidade do enfermeiro de perceber a necessidade do paciente em relação ao seu problema de saúde.

Em relação aos dados do perfil destes pacientes, o estudo trouxe aspectos importantes que suscitam a reflexão referente à atenção de enfermagem. O paciente com problema crônico relacionado às úlceras por etiologia diversa com comprometimento da integridade da pele ou tissular é em sua maioria idoso, do sexo masculino, que chega ao serviço em busca da especialidade médica vascular. Este dado pode ter relação com a identificação maior de casos relacionados à úlcera arterial. Observa-se também um significativo número de pacientes com desconhecimento sobre a origem das úlceras e o cuidado com as mesmas, o que demanda educação em saúde e a atuação do enfermeiro, principalmente na Atenção Básica de Saúde.

Apesar disso, o estudo contribuiu no sentido de implementar, ainda que de forma experimental, a adoção dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada, mostrando-se como uma possibilidade aos enfermeiros do Serviço de Emergência no atendimento a pessoas portadoras de úlceras crônicas de etiologia diversa, como úlceras por pressão, arterial e venosa, por meio da adoção de conhecimento sistematizado e científico, sensibilizando e capacitando parte dos enfermeiros deste setor.

Uma das fragilidades do estudo teve relação com o sistema informatizado computacional do hospital. Havia a intenção inicial de que os enfermeiros realizassem a identificação desses diagnósticos com o auxílio do programa informatizado, porém esta condição não foi possível em função das dificuldades com o funcionamento do sistema

no momento da seleção dos Diagnósticos de Enfermagem inseridos no aplicativo informatizado. Assim, os enfermeiros descreveram os Diagnósticos de Enfermagem, características definidoras e fatores relacionados manualmente no prontuário do paciente e este fato não foi impeditivo da continuidade e realização do estudo.

Cabe-nos ressaltar que a participação dos enfermeiros não foi absoluta (tendo em vista que dos dezesseis enfermeiros atuantes neste setor, nove efetivamente participaram), o que pode ser justificado, talvez, pelo medo do desconhecido, pelas resistências frente às novas tecnologias de cuidado, ou mesmo pela dinâmica do Serviço de Emergência. Porém, entre aqueles que aceitaram colaborar, observou-se que apesar das dificuldades, a implementação do Diagnóstico de Enfermagem no Processo de Enfermagem é uma possibilidade real e exequível, que certamente em muito contribuirá para uma assistência de enfermagem mais uniforme e efetiva. É necessário assinalar, no entanto, que os profissionais carecem de um real investimento na sua instrumentalização para a adoção da etapa diagnóstica, a fim de favorecer a escolha de diagnósticos mais acurados.

Acredita-se que o estudo, além de contribuir para a determinação da acurácia diagnóstica dos DE estudados, pode contribuir para a efetivação do DE na SAE desta instituição e para o cumprimento da legislação profissional, uma vez que a operacionalização da SAE em todas suas etapas é uma exigência da Resolução N° 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009).

Compreender a importância de trabalhar com a SAE e com a definição dos diagnósticos de enfermagem implica também em reconhecer a importância de se ter diagnósticos de enfermagem acurados, uma vez que essa condição é que vai permitir a escolha de intervenções adequadas a cada paciente. Este estudo trouxe uma primeira contribuição nesta perspectiva, deixando em aberto a necessidade de novos estudos em outras unidades da instituição e com outros diagnósticos.

Apesar de poucos estudos na área, sugere-se retirar o Diagnóstico de Enfermagem de Integridade Tissular Prejudicada, pois houve pouca identificação do mesmo, tendo taxa de resposta para acurácia alta pouquíssimo relevante, evidenciando discrepância em relação ao Diagnóstico de Enfermagem Integridade da Pele Prejudicada.



## REFERÊNCIAS

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 8 ed. Florianópolis: UFSC, 2012.

BARROS, A. L. B. L. B.; et al. **Anamnese & exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARROS, K. M. **Revisão do diagnóstico de enfermagem integridade tissular prejudicada: uma análise de conceito**. Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Minas Gerais – Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2012.

BENEDET, S. A.; et al. Produção científica da REBEn sobre diagnóstico de enfermagem no recorte histórico de 2003-2010. Centro de Memória da Enfermagem Brasileira. Associação Brasileira de Enfermagem. **HERE – Revista Eletrônica**. História da Enfermagem. V. 3, N. 2, agosto-dezembro, 2012.

BERTONCELLO, K. C. G.; CAVALCANTI, C. D. K; ILHA, P. Diagnósticos e proposta de intervenções de enfermagem para os pacientes vítimas de múltiplos traumas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V. 15. N. 4. Outubro-dezembro; 2013. P. 905-14.

BORGES, E. L. **Cuidados de enfermagem aos portadores de lesões cutâneas**. In: TEIXEIRA, E. (org.). Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do adulto PROENF. Porto Alegre: Artmed/Panamerica, 2006.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. **A Taxonomia II pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. V. 11. N. 2. março-abril; 2003. P. 240-4.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V. 39. N. 3. 2005. P. 7-350.

BRANDÃO, E. S.; MANDELBAUM, M. H. S.; SANTOS, I. Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir úlceras por pressão no

cliente. **Revista Pesquisa: cuidado é fundamental online**. V. 5. N. 1 jan./mar; 2013. P. 3221-28.

BRASIL. **Resolução Nº 196** de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça do Brasil. Tabaco. **Informações sobre drogas/tipos de drogas/tabaco**. Brasília: Ministério da Justiça 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: MS, 2009.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Complementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). 4 ed. Revista e atualizada. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

CARNEVALI, D. L.; THOMAS, M. D. **Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing**. Philadelphia: Lippincott, 1993.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

\_\_\_\_\_. **Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CARNAVELI, D. L.; THOMAS, M. D. **Diagnostic Reasoning and Treatment**. Decision Making in Nursing. Philadelphia: WB Saunders; 1993.

CARVALHO, E. S. S. **Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional.** Salvador: Atualiza, 2012.

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**, V. 12, N.4. 2010. p. 727-735.

CHAVES, L. C.; POSSO, M. B. S. **Avaliação física em enfermagem.** Barueri: São Paulo, 2012.

CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. **Revista ACTA Paulista de Enfermagem**. V. 23. N. 1. 2010. P. 29-34.

COLLIER, M. Wound bed Management: theory principles for practice (Tissue Viability). **Nursing Standard**, n. 17, p.45-52, 2003.

CONSTANZI, A. P. **Validação clínica dos diagnósticos de enfermagem mobilidade física prejudicada, integridade tissular prejudicada e integridade da pele prejudicada em pacientes submetidos a cateterismo cardíaco.** Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN-358** de 15 de outubro de 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. Brasília, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

CRUZ, D. A. L. M.; PEREZ, R. C. F. G. **Accuracy of diagnosis: interrater agrément.** In. Proceedings of the Conference NNN; Philadelphia: NNN, 2002.

\_\_\_\_\_; PIMENTA, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. V. 13. N. 3. maio-junho; 2005. P. 415-22.

\_\_\_\_\_.; et al. Adaptação para a língua Portuguesa e validação do Lunney Scoring Method for Rating Accuracy of nursing diagnosis. **Revista Escola de Enfermagem – USP**. V. 41. N. 1. 2007. P. 127-34.

\_\_\_\_\_.; PERES, H. H. C.; LIMA, A. F. C. **A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial**. In: Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. Organizadoras: Tamara Iwanow Cianciarullo, Dulce Maria Rosa Gualda, Marta Maria Melleiro, Marina Hideko Anabuki. 5 ed. São Paulo: ícone, 2012.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia prático para as enfermeiras**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

DOMANSKI, R. C.; BORGES, E. L. **Manual de Prevenção de Lesões de Pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - NPUAP/EPUAP. Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. **Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel**, 2009.

FERREIRA, M. C.; et al. **Complex wounds**. Clinics, São Paulo, V. 61, N. 6, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-59322006000600014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322006000600014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 maio 2012.

FIGUEIRA, M. C.; et al. **Manual de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.

FONTES, C. M. B. **A contribuição da acurácia de Lunney no raciocínio crítico e no julgamento clínico do enfermeiro**. In: NANDA Internacional Inc. Herdman TH; Carvalho EC, organizadores. PRONANDA – Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem – Conceitos Básicos. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2013, p. 125-142 (Sistema de Educação em Saúde Continuada à Distância, 1).

\_\_\_\_\_; CRUZ, D. A. L. M, Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Revista Escola de Enfermagem USP**. V. 41. N. 3. 2007. P. 395-402.

GAIDZINSKI, R. R.; et al. **Diagnóstico de Enfermagem na Prática Clínica**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. **Acta Paulista Enfermagem**; 22(Especial - 70 Anos); 2009. P. 875-9.

GONÇALVES, L. H. T.; TOURINHO, F. S. V. **Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado**. Barueri: São Paulo, 2012.

GRAEFF, G. F. **Drogas Psicotrópicas e seu modo de ação**. 2 ed. São Paulo: EPU, 1989.

GUEDES, H.M.; et al. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2009.

GUYTON, A. C. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HARISSON. **Medicina interna de Harisson**. 18 ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

HERDMAN, T. H. **Diagnósticos de Enfermagem e sua relação com o raciocínio clínico**. In: NANDA Internacional Inc.: Herdman T. H, Carvalho EC, organizadores. PRONANDA – Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem – Conceitos Básicos. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2013, p. 29-62. (Sistema de Educação em Saúde Continuada à Distância).

HESS, C. T. **Tratamento de feridas e úlceras**. Rio de Janeiro: Reicchmann Affonso, 2002.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

\_\_\_\_\_. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 2011.

HOWAISS, A; VILAR, M. S. **Dicionário Howaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HULLEY, S.; et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JARVIS, C. **Guia de exame físico para a enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

JÚNIOR, F. F.; et al. Sistematização da assistência de Enfermagem: um enfoque no atendimento às vítimas de trauma. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, V. 3, N. 1; 2010, p.1-15.

JÚNIOR, J. A. F.; et al. Tratamento multidisciplinar de feridas complexas – Proposta de criação de “unidade de feridas” no hospital das clínicas da FMRP – USP. **Revista Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (editorial)**. V. 46. N. 4; 2013. P. 355-60.

JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

LUNNEY, M. **Automonitoramento da precisão usando um método integrado do processo diagnóstico**. Journal of Advanced Medical-Surgical Nursing, 1989. In. Pensamento critic e diagnósticos de Enfermagem: estudo de caso e análise – Margaret Lunney; trad. Rômulo Marques. Porto Alegre: Artmed, 2004.

\_\_\_\_\_. **Accuracy of nursing diagnosis: concept development**. Nursing diagnosis. V. 1. N. 1; 1990. P. 12-7.

\_\_\_\_\_. **Fatores de pensamento produtivo divergentes e precisão dos diagnósticos de enfermagem**. Nursing Diagnosis, 1992. In. Pensamento crítico e diagnósticos de Enfermagem: estudo de caso e análise – Margaret Lunney; trad. Rômulo Marques. Porto Alegre: Artmed, 2004.

\_\_\_\_\_. **Precisão na interpretação das respostas humanas**. Nursing Management, 1995. In. Pensamento crítico e diagnósticos de Enfermagem: estudo de caso e análise – Margaret Lunney; trad. Rômulo Marques. Porto Alegre: Artmed, 2004.

\_\_\_\_\_. **Precisão dos diagnósticos das respostas psicossociais pelos enfermeiros.** Nursing Diagnosis, 1997. In. Pensamento crítico e diagnósticos de Enfermagem: estudo de caso e análise – Margaret Lunney; trad. Rômulo Marques. Porto Alegre: Artmed, 2004.

\_\_\_\_\_. **Precisão dos diagnósticos dos enfermeiros.** Fundação NANDA, NIC, NOC. Nursing Diagnosis: The Journal of Nursing Language and Classification, 1998. In. Pensamento crítico e diagnósticos de Enfermagem: estudo de caso e análise – Margaret Lunney; trad. Rômulo Marques. Porto Alegre: Artmed, 2004.

\_\_\_\_\_. **Critical thinking and nursing diagnosis: case studies and analyses.** Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association, 2001.

\_\_\_\_\_. **Precisão no diagnóstico das respostas humanas: necessidade de pensamento crítico,** 2002. In. Lunney MA. Pensamento crítico em diagnósticos de enfermagem: estudos de casos e análises. Porto Alegre: Artmed, 2004.

\_\_\_\_\_. **Critical thinking and accuracy of nurses diagnosis.** International Journal of Nursing Terminologies and Classifications; 14(3): 96-108, 2003.

\_\_\_\_\_. **Pensamento Crítico e Diagnósticos de Enfermagem:** estudos de caso e análises. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MAFFEI, F. H. A. **Doenças Vasculares Periféricas.** 3 ed. V. 2. Medsi: Rio de Janeiro, 2002.

MALQUIAS, S. G. **Integridade da pele de área perilesional prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada relacionada à circulação alterada e em pessoas com úlceras vasculogênicas.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2010.

\_\_\_\_\_.; BACHION, M. M.; NAKATANI, A. Y .K. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. **Revista Cogitare Enfermagem.** V. 13, N. 3, p.428-436, 2008.

\_\_\_\_\_.; et al. Integridade Tissular Prejudicada, fatores relacionados e características definidoras em pessoas com úlceras vasculares. **Revista Texto e Contexto**, Abr-Jun; 23(2): 434-42, Florianópolis, 2014.

MANDELBAUM, S. H.; DI SANTIS, É. P.; MANDELBAUM, M. H. S. **Cicatrização**: conceitos atuais e recursos auxiliares - parte 1. An. Bras. Dermatol, Rio de Janeiro, V. 78, N. 4, 2003.

MARINI, M.; CHAVES, E. H. B. Evaluation of the accuracy of nursing diagnosis in a Brazilian emergency service. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**. V. 22, N. 2, april-june, 2011.

MARTINS, D. A.; SOUZA, A. M. **O perfil dos clientes portadores de úlceras varicosas cadastrados em programas de saúde pública**. **Revista Cogitare Enfermagem**. V. 12. N. 3. 2007. P. 353-7.

MARTINS, H. S.; et al. **Emergências Clínicas**: abordagem prática. Barueri: Manole, 2012.

MATOS, F. G. O. Construção de um instrumento para avaliação de acurácia diagnóstica. Dissertação de mestrado. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

\_\_\_\_\_. **Fatores preditores da acurácia dos diagnósticos de enfermagem**. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

\_\_\_\_\_.; CRUZ, D. A. L. M. Construção de Instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. **Rev. Esc. Enferm. USP**. V. 43, n. Esp, 2009. p. 1088-1097.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. **Escala de acurácia de diagnósticos de enfermagem**. In: HERDMAN, T.H. (org). PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 1. Sistema de educação em saúde continuada a distância. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2013. V. 2, p.91-116.

MAZONI, S. R.; CARVALHO, E. C.; SANTOS, B. S. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. V. 21, n.esp. 2013.

MEDEIROS, A. B. A.; et al. Perfil socioeconômico de pessoas com úlcera venosa: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife. V. 7. N. 8. agosto, 2013. P. 5220-4.

MENDES, L. C.; SOUSA, V. E. C. S.; LOPES, M. V. O. Acurácia das características definidoras do diagnóstico controle familiar ineficaz do regime terapêutico. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, 2011; 24(2):219-24.

MENDES, N. P. N.; GONÇALVES, L. H. T.; TOURINHO, F. S. V. **Enfermagem e a integridade da pele, da mucosa e dos anexos do idoso hospitalizado**. In. Enfermagem no Cuidado ao Idoso Hospitalizado. Barueri: Manole, 2012.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Esc. Enferm. USP**, São Paulo, V. 45, N. 4, Aug. 2011.

MITCHELL, R. N. **Fundamentos de Robins & Cotran: patologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MONTEIRO, V. G. N. **Avaliação da qualidade da assistência a pessoas com úlceras venosas atendidas na estratégia da saúde da família**. [Tese] Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal, 2013.

MOURA, R. M. F.; et al. Correlação entre classificação clínica CEAP e qualidade de vida na doença venosa crônica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, 2010.

NASCIMENTO, L. K. T. A. S.; TOURINHO, F. S. V. **Cuidados de Enfermagem nas Necessidades Nutricionais, de hidratação e de eliminação do Idoso Hospitalizado**. In. Enfermagem no Cuidado ao Idoso Hospitalizado. Barueri: Manole, 2012.

NANDA-I. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 1989-1991**. Porto Alegre: Artmed, 1990.

\_\_\_\_\_. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

\_\_\_\_\_. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014.** Porto Alegre: Artmed, 2013.

NASSAR, S. M.; et al. **SESTATNET** (Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web). Florianópolis - SC, Brasil. [2014]. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

NOGUEIRA, J. M.; et al. **Aplicação da acurácia diagnóstica de enfermagem em idoso institucionalizado: estudo de caso.** 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental. Fortaleza, 2009.

OLIVEIRA, B. G. R. B.; et al. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de reparo de feridas. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** V. 14. N. 1. jan/mar; 2012. P. 153-63.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

PAANS, W.; et al. What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnosis documentation in clinical practice? A systematic literature review. In. Accuracy of nursing diagnosis: knowledge, knowledge sources and reasoning skills. Katholieke Universiteit Leuven. Group Biomedical Sciences. **Faculty of Medicine School of Public Health Services and Nursing Research**, 2010.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? a randomised study. Research article. **Journal Eletronic BMC Nursing**, 2012.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem.** V. 22. N. 4. 2009. P. 434-8.

PORTO, C. C. **Semiologia médica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PRADO, M. L.; GELBECKE, F. L. **Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem**. 3 ed. revisada e ampliada. Florianópolis: Progressiva, 2013.

RESENDE, D. M.; BACHION, M. M.; ARAÚJO, A. O. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.** V. 19. N. 2. 2006. P. 168-73.

RYAN, T. J. **Fundamentos de Dermatologia**: doenças vasculares periféricas. Revista e atualizada por Márcia Ramos e Silva, Maria Cristina Ribeiro de Castro. Rio de Janeiro: 2010.

SAKANO, L. M.; YOSHITOME, A. Y. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. **Acta Paul Enferm.** V. 20. N. 4. 2007. P.495-8.

SAMPAIO, F. A. A. **Caracterização do estado de saúde referente à integridade tissular e perfusão tissular em pacientes com úlceras venosas**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, 2007.

SARASÚA, J. G.; et al. Treatment of pressure ulcers with autologous bone marrow nuclear cells in patients with spinal cord injury. **The Journal of Spinal Cord Medicine**. Vol. 3, n.34, 2011. P. 301-307.

SCEMONS, D.; ELSTON, D. **Nurse to nurse**: cuidados com feridas em enfermagem. Porto Alegre: AMGH, 2011.

SILVA, C.; et al. Diagnósticos de Enfermagem como instrumentos na formação do enfermeiro: uma revisão de literatura. **Enfermería Global**, N.17, Murcia, oct, 2009.

SILVA, E. R. R.; LUCENA, A. F. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Yends, 2011.

SOARES, C. F.; et al. **Prevalência e perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com ulcera por pressão internados em unidades de adultos**. Monografia (Especialização em Estomaterapia). Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2012.

SOUZA, D. M. S. T.; et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes com úlcera crônica. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, 2013; 26(3):283-8.

SOUZA, A. B. G.; et al. **Exame físico no adulto**. São Paulo: Martinari, 2013.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE: Guia prático**. 2 ed. Rio de Janeiro: 2011.

TRUPPEL, T. C.; et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 62, N. 2, 2009. p. 221-227. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a08v62n2.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

UBALDO, I. **O diagnóstico de enfermagem da NANDA INTERNACIONAL na sistematização da assistência de enfermagem na clínica médica de um hospital universitário**. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem). Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Direção de Enfermagem do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Modelo Assistencial: documentos básicos**. [1980]. Florianópolis. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/enfermagem/documentos/html>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Direção do serviço de emergência adulto do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago [2010]. Florianópolis. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/enfermagem/index.html>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Direção Geral do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago [2013]. Florianópolis. **Histórico**. Disponível em: <[http://www.hu.ufsc.br/portal\\_novo/?page\\_id=13](http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/?page_id=13)>. Acesso em: 10 nov. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Health topics:** Noncommunicable diseases, 2014. Disponível em: [http://www.who.int/topics/noncommunicable\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/). Acessado em: 22 ago. 2014.



## APÊNDICES

## APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PACIENTES

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA          PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM          HOSPITAL UNIVERSITÁRIO          POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO          CURSO DE MESTRADO          PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Identificação: P\_\_\_\_\_

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Bárbara Cristina Tavares, sou enfermeira e frequento o curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC. Para concluir o curso estou realizando uma pesquisa intitulada **Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada da NANDA- I (2013) em serviço de emergência**. O estudo tem por objetivo avaliar a acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada.

Os enfermeiros que cuidam de você no hospital realizam no momento de sua internação o exame físico e fazem uma entrevista para conhecer melhor você e sua situação de saúde-doença. Depois disso, conhecendo seu problema eles planejam a assistência de enfermagem que você precisa receber.

Neste estudo, vou analisar o que os enfermeiros identificaram em seu prontuário em relação a sua condição de pele, e mais especificamente as necessidades de cuidado com feridas e cuidados necessários para recuperar melhor suas feridas.

A sua participação no estudo envolve a autorização para que eu avalie seu prontuário, coletando dados para estabelecer seu perfil, como por exemplo: idade, sexo, tempo de internação, tempo de duração da ferida e outros dados semelhantes. Implica também na sua autorização para que eu possa ler e analisar os dados que os enfermeiros escreveram

em seu prontuário, sobre as suas necessidades de cuidado com a pele. Eventualmente, se houver necessidade, eu poderei perguntar-lhe alguma coisa para complementar os dados que encontrei em seu prontuário. Sua participação é voluntária e o Senhor (a) é quem decide livremente se deseja participar. Seu tratamento aqui no hospital não sofrerá nenhuma interferência se o senhor desejar não participar. Caso o senhor (a) se considere esclarecido sobre a pesquisa e concorde em participar, peço que assine esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permitindo que eu possa colher informações em seu prontuário. Garanto que seu nome e qualquer outro dado que possa identificá-lo (a) serão mantidos em sigilo, as informações coletadas serão utilizadas em minha Dissertação de Mestrado, e eventualmente, na publicação em forma de artigos ou em eventos científicos e que o (a) Senhor (a) terá liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, mesmo que já tenha assinado este termo de consentimento.

A princípio sua participação não deverá lhe causar nenhum desconforto significativo, uma vez que não faremos qualquer intervenção com o senhor (a). Sua participação é voluntária, não haverá qualquer compensação financeira ou outra por sua participação, mas sua autorização para a pesquisa pode contribuir para a melhoria do atendimento aos pacientes com problemas de saúde semelhantes ao seu e para a construção de conhecimento científico no cuidado com a integridade da pele. Caso necessite de alguma outra informação, tirar dúvidas, desistência da pesquisa o Senhor (a) poderá entrar em contato comigo no telefone (48) 9994-8565 ou do setor de emergência deste hospital (48) 3721-9054 ou pelo meu e-mail: [barbaramestradoufsc@gmail.com](mailto:barbaramestradoufsc@gmail.com) e/ou com minha orientadora do mestrado Eliane Matos pelo telefone (48) 9616-1859e ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), pelo fone: (48) 3721-9206. Caso o paciente não saiba ler ou apresentar alguma dificuldade para compreender ou responder ao questionário, serão solicitadas autorização e assinatura do responsável pelo paciente no momento da internação. Se o paciente for esclarecido, mas não souber ler ou escrever, solicitarei a assinatura de sua digital.

Eu,

---

declaro que fui suficientemente informado/a sobre os objetivos e formas de realização deste estudo, sabendo que posso desistir de participar em qualquer momento e que terei o direito de não ter meu nome divulgado ou qualquer outra informação que me identifique (direito ao anonimato e sigilo dos dados pessoais fornecidos).

---

Assinatura da Pesquisadora

---

Assinatura do Participante

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

**Nota: O presente Termo foi disponibilizado em duas vias: uma ficará com a pesquisadora e a outra via com o participante da pesquisa.**

## APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA OS ENFERMEIROS.

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Identificação: E\_\_\_\_\_

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa: **Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada da NANDA- I (2013) em serviço de emergência**, vinculada ao Curso do Mestrado Profissional em Enfermagem Gestão do Cuidado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos para a obtenção ao título de Mestre. O estudo tem por objetivo utilizar a Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem Versão 2.0 (EADE) para acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada da NANDA-I (2013) nos pacientes internados em uma unidade de emergência adulto. A sua colaboração é muito importante, pois além de contribuir com a minha formação acadêmica terá possibilidade de interferir significativamente na qualidade e na acurácia da seleção dos DE Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada da NANDA-I (2013). Será realizada uma Capacitação a respeito do tema, em seguida os enfermeiros selecionarão os DE relacionados à úlcera crônica de etiologia diversa para que possa ser realizada a acurácia desses diagnósticos pela pesquisadora. Após a seleção e realização da acurácia dos DE. A qualquer momento lhe é dado o direito de desistir da participação no estudo. Em nenhum momento, você estará exposto à cobrança financeira. Garanto que seu nome e qualquer outro dado que possa identificá-lo serão mantidos em segredo e que você terá

liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, mesmo que já tenha assinado este termo de consentimento. Após ler este termo, e aceite participar da pesquisa, peço que o assine. As informações coletadas serão utilizadas em minha Dissertação de Mestrado, e eventualmente, na publicação em forma de artigos ou em eventos científicos; os dados serão guardados por um período de cinco anos em local de acesso exclusivo da pesquisadora e, após esse período serão destruídos. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa você poderá procurar a Pesquisadora: Bárbara Cristina Tavares, no endereço: barbaremestradoufsc@gmail.com e telefone: (48) 99948565; e/ou com a orientadora: Dra Eliane Matos, pelo telefone 96161859; e ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), pelo fone: (48) 3721-9206.

#### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO:

Eu,

---

\_\_\_\_, \_\_\_\_ anos, portador da carteira de identidade \_\_\_\_\_  
declaro que participo e que fui informado sobre os objetivos e formas de realização deste estudo, sabendo que posso desistir de participar em qualquer momento e que terei o direito de não ter meu nome divulgado ou qualquer outra informação que me identifique (direito ao anonimato e sigilo dos dados pessoais fornecidos). Diante do exposto, concordo, voluntariamente, em participar do referido estudo.

---

Assinatura da Pesquisadora  
Participante

Assinatura do

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

**Nota: O presente Termo foi disponibilizado em duas vias: uma ficará com a pesquisadora e a outra via com o participante da pesquisa.**

## APÊNDICE 3: MATERIAL PARA CONSULTA – CONCEITOS E DESCRIÇÕES DAS ÚLCERAS DE ETIOLOGIA DIVERSA

Enfermeira e Mestranda: Bárbara C. Tavares.

Orientadora: Eliane Matos e Co-orientadora: Isabel Maliska.

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Para auxiliar na elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem na Integridade da Pele Prejudicada e na Integridade Tissular Prejudicada, deve-se pensar:

Alteração da integridade da pele/solução de continuidade: constitui-se na solução da integridade cutânea dos tecidos, podendo ser superficial ou profunda, leva em média seis semanas para cicatrizar.

Úlcera: a integridade da pele alterada ou a solução de continuidade torna-se uma úlcera após seis semanas sem evolução favorável à cicatrização.

### CLASSIFICAÇÃO DA ALTERAÇÃO NA INTEGRIDADE DA PELE EM RELAÇÃO ÀS CAUSAS:

 **CIRÚRGICAS( )**

- Limpas
- Potencialmente contaminadas
- Contaminadas
- Infectadas

 **TRAUMÁTICAS( )**

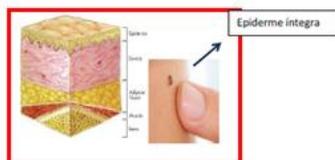
- Mecânicos
- Químicos
- Físicos
- Biológicos

 **ÚLCERATIVAS( )**

- Úlcera por pressão
- Úlcera arterial
- Úlcera venosa
- Úlcera

### COMPROMETIMENTO TECIDUAL DA INTEGRIDADE DA PELE CONFORME NUA\*

#### PELE NORMAL



#### ESTÁGIO I



#### ESTÁGIO II



**Perda de espessura dérmica.** Úlcera superficial, com leito vermelho-pálido.

Podem apresentar-se como um flitena intacto rompido ou não. Podem apresentar-se como úlcera brilhante ou seca, sem esfacelo, ou equimose.

#### ESTÁGIO III



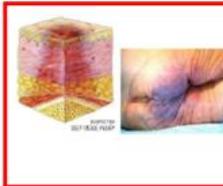
**Perda de epiderme e comprometimento da derme (visualização de tecido gorduroso), porém não há palpação, nem exposição de osso, tendão ou músculo. Pode incluir deslocamento e fístulas.**

**ESTAGIO IV**



Perda total do tecido, com exposição óssea, de músculo ou tendão.

**SUSPEITA DE LESÃO PROFUNDA**



Área localizada com coloração púrpura ou castanha ou bolha preenchida com exsudato sanguinolento decorrente à pressão ou cisalhamento. Pode apresentar-se dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e quente ou frio em relação ao tecido adjacente.

Pode evoluir de uma pequena bolha sobre a pele, podendo apresentar evolução rápida na alteração da integridade da pele.

**Úlceras que não podem ser classificadas/estadiáveis**



Perda total dos tecidos, sendo que o leito da solução de continuidade está coberto com esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou escara (marrom, castanha, negra).

Não existe precisão em relação à profundidade da úlcera, enquanto não ocorra remoção do tecido desvitalizado.

O sistema de classificação da úlcera por pressão NÃO deve ser utilizado para alterações na integridade da pele, como: úlceras venosas, vasculares, neuropáticas, lacerações, alteração em mucosa, córnea.

A mucosa e a pele apresentam diferenças em relação a histologia e a anatomia, impedindo o uso de uma mesma classificação diagnóstica. Em geral, alterações adquiridas no meio hospitalar é devido a dispositivos médico-hospitalar, como: cateteres, medicações, entre outros.

Já as úlceras de perna, apresentam suas características singulares, como: problemas de circulação, doenças prévias, tabagismo, entre outras causas.

Fonte: Borges e Domansky, 2012; Chaves e Posso, 2008; Silva, Figueiredo e Meireles, 2011.

## APÊNDICE 4: MATERIAL A RESPEITO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

**O que devemos observar em um paciente com alteração na integridade da pele para elaborar os Diagnósticos de Enfermagem: Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada?**

### CLASSIFICAÇÃO DA ALTERAÇÃO NA INTEGRIDADE DA PELE

- Epiderme íntegra, mas com área de hiperemia ( )
- Perda de epiderme e lesão rasa ( )
- Perda de epiderme e derme, com comprometimento de tecido muscular ( )
- Perda de epiderme, derme, tecido muscular com aparecimento de tecido ósseo ( )
- Mucosa lesionada ( )
- Tecido córneo lesionado ( )
- Mucosa lesionada ( )
- Ulcerativa ( )
- Traumática ( )
- Cirúrgica ( )
- Queimadura ( )
- Outros ( )

### Localização: (Direita, Esquerda, bilateral, unilateral)

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Região:</b> ciliar (supra/infra), córnea, esclerótica;</li> <li>- <b>Região:</b> temporal, frontal, occipital, mastóidea, nasal, labial, língua, mentoniana, palpebral;</li> <li>- <b>Região</b> cervical anterior ou posterior, carotídea, hioidea (supra, infra);</li> <li>- <b>Região:</b> torácica posterior ou anterior, hemitórax, esternal, clavicular (supra, infra), mamária, axilar, dorsal, escapular, lombar;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Região</b> abdominal: quadrantes superiores, inferiores, flacos, epigástrica, mesogástrica, hipocôndrio, supra/infra-púbica, umbigo;</li> <li>- <b>Região:</b> púbica, pequenos ou grandes lábios, monte pubiano, peniana, escrotal, perineal (períneo), anal;</li> <li>- <b>Região:</b> ísquio, púbis, cóccix, sacra, glútea;</li> <li>- <b>Região</b> de coxa e perna: terço médio, patelar, poplítea, trocânter, ântero-externa da perna, pósterio-</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

– <b>Região</b> de braço, antebraço: anterior, posterior, deltoide, fossa anti-cubital, punho, palmar, dorso da mão, quirodáctilos;	externa da perna, anterior/posterior do tornozelo, maléolo (medial, lateral anterior/posterior), dorsal do pé, plantar, pododáctilos.
<b>TAMANHO:</b> profundidade, diâmetro em centímetros.	

### CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO TIPO DE BORDA

<b>Regular:</b> bordos definidos.	<b>Esbranquiçada:</b> diminuição da coloração da pele, mesmo em presença de sinais flogísticos.
<b>Irregular:</b> bordos sem definição de continuidade.	<b>Descolados/solapamento:</b> descolados da pele.
<b>Macerada:</b> perda de tecido.	<b>Retraídos:</b> cicatrização prejudicada devido crescimento dos bordos para o interior da pele (invaginação).

### CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO EXSUDATO

<b>Seca:</b> não apresenta exsudato.	<b>Sanguinolenta:</b> tem aspecto sanguinolento.
<b>Purulenta (pio):</b> tem aspecto espesso, devido presença das células de defesa e micro-organismos mortos, sendo sua coloração variável conforme o tipo de agente infeccioso.	<b>Serosa (sero):</b> tem aspecto de linfa, às vezes apresenta aspecto transparente em lesões não contaminadas.

### CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO TIPO DE TECIDO NO LEITO DA ALTERAÇÃO NA INTEGRIDADE DA PELE

<b>TECIDO VITALIZADO/VIÁVEL</b>	<b>TECIDO NECRÓTICO (DESVITALIZADO, INVIÁVEL)</b> Uma área alterada da pele com <i>déficit</i> de suprimento sanguíneo, levando à isquemia e à necrose.
---------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

GRANULAÇÃO	EPITELIZAÇÃO	ESCARA	ESFACELO
Momento onde ocorre a angiogênese. Tecido vermelho vivo, pode	Diminuição da vascularização e progressão do colágeno e contração da ferida,	Dura e seca	Frouxo ou firme no leito da ferida, consistência mucoide e

apresentar-se sangrante.	tecido róseo.		macia
		Marrom ou preta	Amarelo ou cinza
<b>Amputação prévia ou recente ou no próprio hospital, cianose, ausência de pulso (pedial, poplíteo), dor, alteração na coloração da pele, hipo/hiperaquecido, membros inferiores pendentes ou elevados, edema.</b>			

### Atentar para:

<p><b>Extremos de idade:</b> indivíduos acima de 60 anos.</p> <p><b>Fatores mecânicos, como:</b> força abrasiva, pressão, contenção, fricção (força entre duas superfícies de contato (pele e roupa), cisalhamento (força gravitacional).</p> <p><b>Temperatura:</b> medida na região axilar. Hipo/hipertermia.</p> <p>Extremos de temperatura: hipo/hipertermia.</p> <p><b>Imobilização física:</b> Mobilização ativa: sem auxílio. Mobilização assistida: auxílio familiar, profissionais. Mobilização passiva: acamado.</p> <p>Mobilidade física prejudicada: atrofia muscular, deformidade óssea, fraqueza muscular, pé equino, amputação, marcha claudicante, paralisia, parestesia, uso de muletas, bengala, auxílio de outros.</p> <p><b>Medicamentos:</b> corticoides, glicocorticóides, anti-inflamatórios.</p> <p><b>Pele úmida:</b> transpiração, sudorese profusa, secreções oriundas de solução de continuidade, incontínência urinária ou fecal.</p> <p><b>Radiação:</b> radiação UV (mesmo no leito do paciente), mancha senil,</p>	<p><b>Irritantes químicos:</b> fumaça (pode considerar cigarro), poeira, sabonete, sabão.</p> <p><b>Deficiência imunológica:</b> imunossupressão ou uso de medicações imunossupressoras, HIV, Diabetes Mellitus, Hipotireoidismo, uso de medicações psicotrópicas, dentre outras.</p> <p><b>Estado metabólico prejudicado:</b> doenças coronarianas, doença vascular periférica, câncer, Diabetes Mellitus, Hipotireoidismo, dentre outras.</p> <p><b>Estado nutricional (obesidade, emagrecimento):</b> desnutrição, emagrecimento, obesidade.</p> <p><b>Fatores nutricionais:</b> desnutrição, obesidade, aceitação da dieta.</p> <p><b>Déficit ou excesso de líquidos:</b> sinais de desidratação ou edema, por exemplo.</p> <p><b>Fatores de desenvolvimento:</b> característica da pele, correspondente à idade.</p> <p><b>Mudanças na pigmentação:</b> cianose, hipocromia, pele ocre,</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>lesão por câncer de pele, realização de quimioterapia ou radioterapia.</p> <p><b>Substância química:</b> uso de sabão, sabonete, hidratantes, AGE.</p> <p><b>Umidade:</b> roupas de uso pessoal e de cama encontram-se limpas e secas? Presença de fralda molhada ou úmida (secreções, eliminação vesico-intestinal), Sondas, Condom. Tipo de banho (leito, aspersão, por exemplo).</p> <p><b>Circulação alterada:</b> cianose, dor, ausência de pulso, alteração na coloração da pele, edema, hipo/hiperaquecida, dentre outras.</p>	<p>dentre outras.</p> <p><b>Mudanças no estado hídrico:</b> alteração no turgor, elasticidade da pele, presença ou ausência de edema.</p> <p><b>Mudanças no turgor:</b> turgor cutâneo baixo: prega demora para retornar ao estado normal.</p> <p><b>Proeminências ósseas:</b> visualização das extremidades ósseas.</p> <p><b>Sensações prejudicadas:</b> dor, prurido, frio, calor, alteração de sensibilidade.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Esse guia foi elaborado pela pesquisadora, baseado nos DE na Integridade da Pele Prejudica e Integridade Tissular Prejudicada da NANDA-I (2013).

#### **Referências:**

DOMANSKI, R.C.; BORGES, E.L. **Manual de Prevenção de Lesões de Pele: recomendações baseadas em evidências.** Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

NANDA, **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações.** Porto Alegre: Artmed, 2013.

SILVA, R.C.L. da; FIGUEIREDO, N.M.A.de; MEIRELES, I.B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem.** 3 ed. São Caetano do Sul: Yedis, 2011.



Enfermeira e Mestranda: Bárbara Tavares  
Orientadora: Eliane Matos e Co-orientadora: Isabel Maliska.  
Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem – HU/UFSC, Florianópolis, 2013.

### O QUE REALIZAR???

Olhar **censo** impresso na parede e verificar quais pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa faltam realizar:

**Histórico de Enfermagem + Diagnóstico de Enfermagem = colocar na CAIXA ROSA na sala da chefia**

Deixarei material impresso nos setores do repouso e do SEI, contendo os DE em estudo. Será gravado no computador do Repouso todo material da capacitação.

**Não esqueça: utilizar os DE (desse estudo), inseridos no sistema informatizado do HU.**

**Obrigada!!!**

**APÊNDICE 5: ESTUDOS DE CASO HIPOTÉTICOS**

	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

**ESTUDOS DE CASO HIPOTÉTICOS:****1º Caso:**

L.C.M., 65 anos, casada, aposentada, três filhos, natural de Chapecó, procedente de Alfredo Wagner. Em 2003 descobriu que estava com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), iniciando tratamento com anti-hipertensivo oral e caminhada diária de meia hora. Procura Hospital Universitário devido alteração da integridade da pele, apresentando uma ferida em MID/perna que não cicatriza há quatro anos, após descoberta de doença crônica e problemas relacionados a varizes. Relata que faz tratamento ambulatorial via Unidade Local de Saúde e que está cansada de sofrer com a demora em cicatrizar a ferida. No momento encontra-se lúcida, orientada, comunicativa, corada, hidratada, deambula com auxílio de bengala. Eupneica em ar ambiente. Refere dor de leve intensidade em membro inferior direito (MID). Aceita bem a dieta, diz que tenta diminuir a ingesta diária de sal, ingere aproximadamente seis copos de água por dia. No momento, relata que não consegue realizar atividade física. Apresenta lesão rasa em terço inferior e anterior da perna à E, com bordos irregulares, medindo aproximadamente 6 cm de diâmetro, fibrina em porção inferior e granulação distribuída ao longo do leito da ferida, sem presença de necrose, com presença de infecção secundária. Ainda apresenta edema ++/++++ em pé E, dermatite ocre, hiperemia e lipodermatoesclerose (pele e tecido subcutâneo espessados e endurecidos) em pele adjacente aos bordos da ferida e varizes pouco calibrosas em MMII. Eliminação vesical presente em média quantidade e intestinal presente de dois em dois dias. Veio acompanhada pela filha – sua atual cuidadora.

**Figura 1:** Lesão ulcerada associada à insuficiência venosa crônica.



Fonte: Neto, Cucé e Reis (2013).

1. Elabore o Diagnóstico de Enfermagem para a úlcera crônica de etiologia diversa, conforme NANDA-I (2013), justificando sua escolha.

Úlcera:

---



---

Justificativa:

---



---



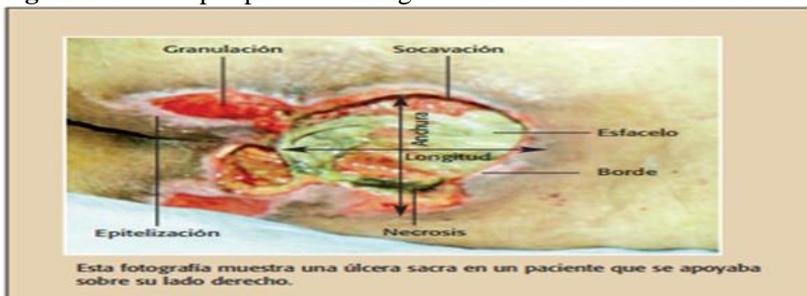
---

## 2º Caso:

B.G.M., 78 anos, aposentada, casada, cinco filhos, natural de Joinville/SC e procedente de Florianópolis/SC. Em 1999 descobriu que estava com Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica, iniciando tratamento apenas com hipoglicemiante oral, anti-hipertensivos, respectivamente, e atividade física (caminhada diária de 40 minutos). Sofreu queda no banheiro de casa, fraturando o fêmur à D há dois meses. Desde então, encontra-se acamada. Lúcida, orientada, pouco comunicativa. Corada. Desidratada. Eupneica em ar ambiente. Refere dor de leve intensidade em região sacra. Diz que há um mês não sente mais vontade de viver e muito menos de movimentar-se na cama. Apresenta-se emagrecida, baixo turgor cutâneo, com presença de proeminências ósseas em região trocantérica D e E, região patelar bilateral (joelhos) apenas com hiperemia bilateral. Atrofia de MMII e presença de quelóide em cicatriz cirúrgica em coxa à D. Pele ressecada, com presença de equimose difusa em região dorsal da mão D. Abdome globoso, flácido, com presença de ruídos hidroaéreos, indolor à palpação. Aceita pouco a dieta e ingere apenas 300 ml de água por dia e raramente toma suco, chá, café. Eliminação vesical espontânea presente três vezes por dia em média quantidade e intestinal presente a cada três

dias (*sic*), em uso de fralda (cuidadora orientada para realizar troca de fralda sempre que está molhada ou úmida). Familiares contrataram uma cuidadora. MMII livre de edemas. Apresenta úlcera por pressão em região sacra com bordos irregulares, medindo 3 cm de profundidade, 10 cm de diâmetro, presença de tecido de granulação em região superior, em central existe necrose e esfacelo, área de tunelamento à D, grande quantidade de exsudato piosanguinolento e fétido, área de flutuação adjacente ao bordo superior com presença de calor, hiperemia local.

**Figura 2:** Úlcera por pressão em região sacra.



Fonte: Baranoski et al (2006).

2. Elabore o Diagnóstico de Enfermagem para a úlcera crônica de etiologia diversa, conforme NANDA-I (2013), justificando sua escolha.

Úlcera:

---



---

Justificativa:

---



---



---

## Referências

BARANOSKI et al. Utilización de un formulario para la valoración de heridas. Cuidados de la piel e las heridas. **Nursing**. V 24, N. 2, 2006.

Disponível em:

<<http://sobenfee.org.br/site/download/artigos/formulario.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

NETO, C. F.; CUCÉ, L. C.; REIS, V. M. S. **Manual de Dermatologia**. Barueri: Manole, 2013.

## APÊNDICE 6: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**Quadro 6:** Instrumento para coleta de dados sociodemográficos

	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM</p>	
<b>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:</b>		
<p style="text-align: center;"><b>PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA CRÔNICA DE ETIOLOGIA DIVERSA</b></p>		<b>Codificação</b>
<p><b>1. Identificação do paciente:</b> _____</p>		E _____
<p><b>2. Data da internação:</b> __/__/__      <b>3. Tempo de internação em dias</b> _____</p>		<b>Data_int</b> _____ <b>Tem_int</b> _____
<p><b>4. Sexo:</b> ( ) Masculino ( ) Feminino</p>		<b>Sexo</b> _____
<p><b>5. Cor ou raça:</b> ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda/mestiça ( ) Outra _____</p>		<b>Cor</b> _____
<p><b>6. Idade em anos</b> (considerar a idade do momento da pesquisa, independente se vai aniversariar no dia seguinte): _</p>		<b>Idade</b> _____
<p><b>7. Escolaridade:</b> ( ) Analfabeto ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo</p>		<b>Escol</b> _____  <b>Profiss.</b> _____  <b>Proced</b> _____
<p><b>8. Profissão:</b> ( ) Aposentado; ( ) Pensionista; ( ) Outras _____.</p> <p><b>9. Procedência:</b> ( ) Florianópolis; ( ) Outras. Qual? _____.</p>		
<p><b>10. Estado civil:</b> ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado/separado ( ) Outros</p>		<b>Est_civil</b> _____ _____
<p><b>11. Filhos</b> (quantidade em número): _____</p>		<b>Filhos</b> _____

**12. Tempo de diagnóstico de doença prévia:**

menos de um ano     um ano     dois     três anos

quatro anos ou mais     não sabe     não lembra

Outros ( ) \_\_\_\_\_

**Temp\_diag**

\_\_\_\_\_

**13. Tempo de surgimento da úlcera crônica de etiologia diversa:**

menos de um ano;     um ano;     dois anos;     três anos ou mais;

não sabe;     não lembra   

Outro \_\_\_\_\_

**Temp\_lesão**

\_\_\_\_\_

**14. Em relação à dependência o paciente pode ser:**

Acamado ( )    Cadeira de rodas ( )    Deambula com auxílio de muleta/bengala

Deambula sem auxílio ( )    Atrofia muscular ( )

Deformidade óssea ( )

Fraqueza muscular ( )    Marcha claudicante ( )

Paralisia ( )    Parestesia ( )    Outras ( ) \_\_\_\_\_

**Dependencia**

\_\_\_\_\_

**15. Em relação aos fatores mecânicos, o que pode comprometer a integridade da pele do paciente na internação?**

Comprometimento da pele prévia à internação ( )

Área por pressão ( )    Fricção ( )    Cisalhamento ( )

Outros ( ) \_\_\_\_\_

**Fator\_mec\_**

\_\_\_\_\_

**16. Tipo de mobilização no leito:**

Não apresenta ( )    Ativa ( )    Passiva ( )

**Tip\_mobili\_**

\_\_\_\_\_

**17. Temperatura corporal (aferida em região axilar, em graus Celsius) das primeiras 24 horas de internação, destacando se o paciente apresentou hipertermia em algum momento de internação e seu respectivo valor.**

Valor: \_\_\_\_\_ °C

Hipertermia no período da internação: Não ( )    Sim ( )

**Hiperter\_\_**

\_\_\_\_\_

**18. Medicamentos em uso contínuo?**

Em casa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Uso\_cas\_\_****Uso\_hosp\_**

\_\_\_\_\_

**Via de administração (hospital):**

VO ( )    SC ( )    IV ( )    ID ( )    Outras ( )

**Via\_adm\_**

\_\_\_\_\_

VO: via oral    SC: subcutânea IV: Intravenosa    ID:

**Intradérmica**

**19. Em contato com substância química, irritante químico?**

Sim\_\_

Não\_\_

Sim ( ) Não ( )

**Em caso de afirmação, responda:**

Quimi\_irrit\_\_

Sabonete ( ) Sabão ( ) Perfume ( ) Hidratante corporal/facial ( )

Fumaça ( ) Poeira ( ) Outro ( ) qual

**20. Radiação presença de:**

Radiaç\_\_

História de tumor de pele ( ) Mancha senil ( )

Queimadura solar ( ) Realizou radioterapia ( )

Quando? \_\_\_\_\_ Quantas seções? \_\_\_\_\_ Há presença

de irradiação solar no leito ( ) Outros ( )

**21. Apresenta pele úmida?**

Sim\_\_\_\_\_

Sim ( ) Não ( )

Não\_\_\_\_\_

**Em caso de afirmação, especifique:**

Transpiração ( ) Incontinência urinária/fecal ( )

Secreções ( )

**22. Apresenta situações relacionadas à umidade, como:**

Pel\_umid\_\_

Vestis/roupas molhadas ( ) Roupa de cama com presença

de umidade, secreções ( ) Uso de fralda com presença de

eliminação fisiológica ( ) SVD ( ) Condom ( )

Última troca de fralda (horas)\_\_\_\_. Banho no leito ( )

Banho de aspersão em cadeira de rodas ( ) Banho de

aspersão ( ) Não realizou ( ) Outro ( )\_\_\_\_\_

**23. Estado geral de hidratação da pele:**

Hidr\_pel\_\_

Hidratada ( ) Desidratada ( ) Friável ( ) Turgor

cutâneo diminuído ( )

Turgor cutâneo aumentado ( ) Presença de edema ( )

Outro ( )\_\_\_\_\_

Local:\_\_\_\_\_

Local:\_\_\_\_\_

Local:\_\_\_\_\_

Local:\_\_\_\_\_

**24. A pele apresenta-se com alteração da circulação? Sim**

Sim\_\_

( ) Não ( )

Não\_\_

**Em caso de afirmativo apresenta:**

Cianose ( ) Hipoaquecida ( ) Hipocorada ( )

Alt\_circ\_\_

Presença de infecção ( ) Ausência de pulsos ( )

Edema ( ) Dor ( ) Amputação prévia à internação ( )

Outro ( )\_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

**25. Apresenta deficiência imunológica?**

Sim ( ) Não ( )

Sim\_\_

Não\_\_

**Em caso de afirmativo, é portador de qual doença? Ou faz uso de qual medicação? Em tratamento quimioterápico, radioterápico ou outras doenças?**

\_\_\_\_\_

**26. Apresenta alguma doença (crônica ou não) que altera o estado metabólico geral?**

Sim ( ) Não ( )

Sim\_\_

Não\_\_

**Em caso de afirmativo, qual?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Glicemia: \_\_\_\_\_ Pressão arterial: \_\_\_\_\_

**27. Fator nutricional:**

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_

Obesidade ( ) Emagrecimento ( )

Fatores associados: por exemplo, desnutrição por alcoolismo, emagrecimento por ausência de cuidados domiciliares (rede social):

Fat\_nutri\_\_

Proemi\_osse

—

**28. Apresenta proeminência óssea visível? Sim ( ) Não ( )**

Apresenta área de hiperemia no local

Local: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Ing\_alim\_\_

**29. Ingesta alimentar:**

Sonda nasogástrica/ nasoenteral ( ) Gastrostomia ( )

Nutrição parenteral ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_ Volume nas 24 horas/número de calorias (ver na dieta calculada pela

Nutricionista): \_\_\_\_\_ Outro ( ) \_\_\_\_\_

Ing\_hidr\_\_

**Ingesta hídrica em ambiente hospitalar:**

Tipo (água, suco, chá) \_\_\_\_\_

Volume/dia/litro: \_\_\_\_\_

Déficit de líquidos ( ) Excesso de líquidos ( )



## APÊNDICE 7: INSTRUMENTO PARA DESCRIÇÃO DA ÚLCERA CRÔNICA DE ETIOLOGIA DIVERSA

**Quadro 7:** Instrumento para descrição da úlcera crônica de etiologia diversa

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM						
Úlcera	Localização	Profundidade e Largura (cm)	Tipo de lesão *	Exsudato: Sim ( ) Não ( ) Em caso afirmativo:	Apresenta alterações cutâneas como:	Tipo de tecido no leito da ferida:	Tipo de exsudato:	Característica da borda:
1								
2								
	Glútea Trocanter D/E Cóccix Sacra Coxa Perna Pé Braço Antebraço Quirodáctilo Pododáctilos Amputação prévia Amputação na unidade de emergência			Em caso afirmativo: Sanguinolento Seroso, Purulento, Outros.	Eritema, Rubor, Erosão, Fissura, Ulceração, Laceração, Vesículas, Outros.	Granulação, Fibrina, Esfacelo + Necrose, Outros.	Não apresenta, Sanguinolento, Seroso, Purulento, Outros	Regular Irregular Macerada Outros

### \*Tipo de lesão

- Epiderme íntegra, mas com área de hiperemia ( )
- Perda de epiderme e lesão rasa ( )
- Perda de epiderme e derme, com comprometimento de tecido muscular ( )
- Perda de epiderme, derme, tecido muscular com aparecimento de tecido ósseo ( )
- Mucosa lesionada ( )
- Tecido córneo lesionado ( )

## **ANEXOS**

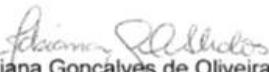
**ANEXO 1: AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA DE ACURÁCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: VERSÃO 2 (EADE-2)**

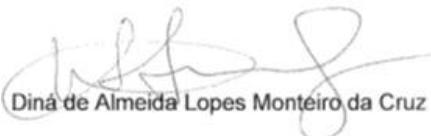
**Termo de autorização de uso da Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem: versão 2 (EADE-2)**

Pelo presente termo, AUTORIZAMOS, como autoras, a utilização da Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem: versão 2 (EADE-2) por Bárbara Cristina Tavares, para utilização no projeto de pesquisa sobre "Diagnósticos de Enfermagem na integridade da pele (NANDA-I 2012-2014) na unidade de emergência adulto, vinculado ao Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado do Hospital Universitário de Santa Catarina, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina.

A autorização de uso da EADE-2 é vinculada com a indicação da autoria da mesma.

São Paulo, 18 de junho de 2013

  
Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos

  
Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

## ANEXO 2: HISTÓRICO DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO DO PACIENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU		
<b>HISTÓRICO DE ENFERMAGEM EMERGÊNCIA ADULTO</b>		
<b>1 - IDENTIFICAÇÃO</b>		
NOME:		IDADE: DATA NASC.: / /
SEXO: M ( ) F ( )	Nº. PRONTUÁRIO:	
ESCOLARIDADE:	NATURALIDADE:	
ATIVIDADE PROFISSIONAL:	PROCEDÊNCIA:	
CRENÇA RELIGIOSA:	FONE:	
<b>2 - PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS:</b>		
Procurou a emergência:		
Interna no repouso:		
Motivo da Internação/diagnóstico:		
Problemas de saúde anteriores/há quanto tempo:		
Hábitos: Tabagismo: ( ) Sim ( ) Não	Tempo/quantidade:	Outros:
Etilismo: ( ) Sim ( ) Não	Tempo/quantidade:	
Medicações em uso:		
Internações anteriores ( ) Sim ( ) Não	Instituição	Motivos:
Alergias (referido) ( ) Sim Não ( ) Qual:		
<b>3 - PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>		
<b>NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS</b>		
1) Oxigenação - Respiração: FR _____mpm ( ) eupneico ( ) dispnéia leve/moderada ( ) dispnéia grave ( ) espontânea ( ) oxigenioterapia:		
Tosse: ( ) produtiva ( ) seca ( ) ausente Expectoração:		
2) Hidratação - ( ) hidratado ( ) desidratado Edema: ( ) sim ( ) não Local:		
3) Alimentação - ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Assistida ( ) Nutrição parenteral Dieta Especial:		
Hábitos alimentares/problemas relacionados:		
4) Eliminações - Urinária: ( ) espontânea ( ) retenção urinária ( ) incontinência ( ) SVD ( ) SVA ( ) Jontex ( ) Fralda Intestinal: ( ) normal ( ) diarreia ( ) constipação.		
Hábitos: ( ) vômito - ( ) sim ( ) não Características:		
5) Sono e Repouso:		
6) Atividade Física: Locomoção: Mobilidade:		
7) Integridade física e cutâneo-mucosa - Pele: ( ) seca ( ) hidratada ( ) corada ( ) hipocorada ( ) icterício ( ) cianose ( ) petéquias ( ) equimoses ( ) hematomas ( ) amputação ( ) queimaduras Local: ( ) úlcera de pressão (descrição e localização)		
Drenos: ( ) Penrose ( ) Tubular ( ) Outros ( ) Sim Não ( ) Características:		

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_  
 Nº. DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

8) Cuidado corporal: \_\_\_\_\_

9) Regulações Neurológicas - Nível de consciência: ( ) lúcido ( ) orientado ( ) desorientado ( ) confuso  
 ( ) alerta ( ) comatoso ( ) sonolento ( ) agitação psicomotora Outros: \_\_\_\_\_

Alteração neurológica: motora ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_ fala ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_  
 Alteração dos órgãos do sentido: ( ) sim ( ) não (se houver descrever): \_\_\_\_\_  
 Regulação Térmica - T. \_\_\_\_\_ °C \_\_\_\_\_  
 Regulação Vascular - PA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg FC \_\_\_\_\_ bpm Hgt \_\_\_\_\_ mg/dl  
 Hidroeletrólítica: sede: ( ) sim ( ) não retenção ( ) sim ( ) não Outros \_\_\_\_\_  
 Regulação Hormonal: HGT \_\_\_\_\_ Outros \_\_\_\_\_  
 Crescimento Celular: Quimioterapia ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_  
 Radioterapia ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_

10) Percepção dos órgãos do sentido visual ( ) auditiva \_\_\_\_\_ ( ) olfativa \_\_\_\_\_ ( ) tátil \_\_\_\_\_  
 ( ) gustativa \_\_\_\_\_ ( ) Dolorosa \_\_\_\_\_

11) Terapêutica:  
 Rede venosa: \_\_\_\_\_  
 Condições da musculatura e tecido subcutâneo: \_\_\_\_\_

Fluidoterapia - ( ) sim ( ) não Acesso: ( ) periférico ( ) profundo \_\_\_\_\_  
 Outras: \_\_\_\_\_

12) Sexualidade: \_\_\_\_\_  
 13) Segurança física: Prevenção de quedas ( ) sim ( ) não Necessidade de isolamento ( ) sim ( ) não  
 Necessidades de prevenção de fugas ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_

**NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS E PSICOESPIRITUAIS**

Estado Emocional - ( ) ansioso ( ) depressivo ( ) equilibrado ( ) agitado ( ) introvertido ( ) extrovertido  
 ( ) medo ( ) agressivo ( ) irritado ( ) carente ( ) oscilação de humor ( ) Outros \_\_\_\_\_

Acompanhante; ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_

Outras necessidades: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Enfermeiro: \_\_\_\_\_

### ANEXO 3: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA E INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA DA NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION INTERNACIONAL (2012-2014) NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA ADULTO

**Pesquisador:** Eliane Matos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 19715413.9.0000.0121

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 358.026

**Data da Relatoria:** 12/08/2013

##### Apresentação do Projeto:

**Orientadora:** Eliane Matos

**Orientanda:** Bárbara Cristina Tavares

Trata o projeto em tela de pesquisa de mestrado profissional do programa de pós graduação em Enfermagem, a ser realizada no HU UFSC.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quali-quantitativa. A fase quantitativa caracteriza-se como um estudo descritivo, prospectivo, longitudinal de amostra intencional, com a intenção de mensurar a acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem (DE), utilizando a Escala de acurácia dos DE Versão 2.0 (EADE). A fase qualitativa é do tipo exploratório-descritivo. A obtenção dos dados dar-se-á pela inclusão na unidade de emergência adulto do HU/UFSC, da etapa diagnóstica, a fim de mensurar a acurácia dos DE na integridade da pele prejudicada e na integridade tissular prejudicada. Os enfermeiros, responsáveis pela sistematização da assistência de enfermagem realizarão diariamente esta etapa e o pesquisador ou enfermeiro expertise farão a medida de acurácia diariamente, através de dados do prontuário do paciente. No final, será realizada uma entrevista

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-900

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-9206

**Fax:** (48)3721-9696

**E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 358.026

semi-estruturada com os enfermeiros para saber as dificuldades e facilidades de trabalhar com os diagnósticos de enfermagem.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Utilizar a Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem Versão 2.0 (EADE) para validação os diagnósticos de enfermagem de integridade da pele prejudicada e de integridade tissular prejudicada da North American Nursing Association Diagnosis International (NANDA-I, 2012-2014) nos pacientes internados em uma unidade de emergência adulto.

**Objetivo Secundário:**

- Identificar e analisar o perfil dos pacientes internados em emergência hospitalar com DE integridade da pele prejudicada e integridade tissular prejudicada, segundo Taxonomia da NANDA - I (2012-2014);
- Verificar a acurácia dos DE integridade da pele prejudicada e integridade tissular prejudicada, segundo Taxonomia da NANDA - I (2012-2014) na unidade de emergência adulto;
- Identificar as facilidades e dificuldades observadas pelos enfermeiros na utilização da ferramenta informatizada para registro da etapa de DE na SAE/DE/HU/UFSC.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Não há.

**Benefícios:**

Entendo que o HU como uma instituição de saúde ligada a uma universidade coloca a necessidade de desenvolver estudos científicos na melhoria dos cuidados a pacientes portadores de integridade da pele prejudicada e tissular prejudicada em todos os espaços assistenciais. Por entender que o cuidado acontece em um processo contínuo que vai desde a entrada do paciente na emergência até o processo de alta da emergência ou nas unidades de internação, é que optei por desenvolver este estudo, que além de possibilitar utilização da etapa diagnóstica na SAE, neste serviço, introduzindo na unidade de emergência tem como objetivo verificar a acurácia dos diagnósticos de integridade da pele prejudicada e na integridade tissular prejudicada aos pacientes internados, segundo a NANDA-I (2013).

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cop@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 358.026

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está adequada e é relevante. A pesquisadora aponta que não haverá riscos, mas toda pesquisa apresenta riscos, mesmo que mínimos (psicológicos, espirituais, etc.). No entanto, no TCLE destinados aos pacientes a pesquisadora está atenta a estes riscos mínimos e desconfortos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Constam todos os termos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

Recomenda-se que nas futuras declarações altere-se a resolução que orienta a pesquisa com seres humanos, pois a mesma mudou: CNS 466/2012.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

FLORIANOPOLIS, 13 de Agosto de 2013

---

**Assinador por:**  
Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

**ANEXO 4: INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011**

INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011 – ALTERA  
OS CRITÉRIOS PARA ELABORAÇÃO E O FORMATO DE  
APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO  
DOS CURSOS DE MESTRADO E DOUTORADO EM  
ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Instrução Normativa 10/PEN/2011****Florianópolis, 15 de junho de 2011.**

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação  
dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em  
Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

**RESOLVE:**

**Art. 1.** Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

**Art. 2.** As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em coautoria com o orientador e co-orientador.

**Art. 3.** A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá: 134

- a) Em dissertações de Mestrado:
  - Elementos pré-textuais
  - Introdução
  - Objetivos

- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
  - Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 manuscritos/artigos, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
  - Considerações Finais/Conclusões
  - Elementos pós-textuais
- b) Em teses de Doutorado:
- Elementos pré-textuais
  - Introdução
  - Objetivos
  - Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
  - Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 manuscritos/artigos, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.
  - Considerações Finais/Conclusões
  - Elementos pós-textuais

**Art. 4.** Orientações gerais:

- § 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- § 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;

- § 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
- § 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas.

**Art. 5.** Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN  
Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011