UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

CAMILA BINSI SCOPEL

# TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM FERIDA

VITÓRIA
2022

CAMILA BINSI SCOPEL

# TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM FERIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área de concentração Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

**Orientadora**: Profa. Dra. Walckiria Garcia Romero Sipolatti.
**Coorientadora:** Profa. Dra. Fabiana Gonring Xavier.

VITÓRIA
2022

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

B612t Binsi Scopel, Camila, 1989 –

Tecnologia assistencial para o cuidado de enfermagem a paciente com ferida / Camila Binsi Scopel. - 2022. 205 f. : il.

Orientadora: Walckiria Garcia Romero Sipolatti.
Coorientadora: Fabiana Gonring Xavier.

Tese (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Enfermagem. 2. Assistência de enfermagem. 3. Feridas. 4. Tecnologia em saúde. I. Garcia Romero Sipolatti., Walckiria. II. Gonring Xavier., Fabiana. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61

---

**Ata da Sessão de Dissertação Final de Mestrado em Enfermagem da mestranda Camila Binsi Scopel**

**Ao quarto dia** do mês de **fevereiro** do ano de **dois mil e vinte e dois**, às **catorze horas**, na **Plataforma online MEET**, foi instalada a sessão **pública** para julgamento do relatório de **Dissertação Final de Mestrado** elaborado pela mestranda **Camila Binsi Scopel** , do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, matriculada sob número **2018231358**, intitulado: **"Tecnologia assistencial para o cuidado de enfermagem a paciente com ferida"**. Após a abertura da sessão, a Prof(ª). Dr(ª). **Walckiria Garcia Romero Sipolatti**, Orientadora e Presidente, deu seguimento aos trabalhos, apresentando os demais examinadores, as: Prof(ª). Dr(ª) **Fabiana Gonring Xavier** , Coorientador(a), Prof(ª). Dr(ª) **Neida Luiza Kaspary Pellenz,** Membro Titular Externo, Prof(ª). Dr(ª) **Karla de Melo Batista**, Membro Titular Interno, Prof(ª). Dr(ª) **Andressa Bolsoni Lopes**, Suplente Externo e, Prof(ª). Dr(ª) **Lorena Barros Furieri**, Suplente Interno. Foi dada a palavra à autora, que expôs seu trabalho e, em seguida, ouviram-se as apreciações e recomendações dos respectivos membros da banca. A seguir, procedeu-se à arguição e respostas da aluna. Ao final, a banca, reunida em separado, resolveu aprovar. A Banca Examinadora elaborou o seguinte parecer:

O tema é relevante e alinhado aos objetivos do mestrado profissional em enfermagem, e de possível impacto social. A banca fez sugestões de alterações textuais e metodológicas que serão acatados pela mestranda.

Destacamos que a Prof(ª). Dr(ª) Neida Luiza Kaspary Pellenz não pode comparecer a defesa final do mestrado e foi substituida pelo membro suplente externo, Prof(ª). Dr(ª) Andressa Bolsoni Lopes.

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata que será assinada por quem de direito.

Vitória, **04 de fevereiro de 2022**.

Prof(ª). Dr(ª). **Walckiria Garcia Romero Sipolatti**
Orientador(a) e Presidente

Prof(ª). Dr(ª). **Karla de Melo Batista**
Membro Titular Interno

Prof(ª). Dr(ª). **Fabiana Gonring Xavier**
Coorientador(a)

Prof(ª). Dr(ª). **Andressa Bolsoni Lopes**
Membro Suplente Externo

Prof(ª). Dr(ª). **Neida Luiza Kaspary Pellenz**
Membro Titular Externo

Prof(ª). Dr(ª). **Lorena Barros Furieri**
Membro Suplente Interno

Mestrando(a): **Camila Binsi Scopel**



Este documento foi assinado digitalmente por [illegible] SIPOLATTI
Para verificar o original visite: https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/[illegible]?tipoArquivo=O

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**

O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
WALCKIRIA GARCIA ROMERO SIPOLATTI - SIAPE 1797471
Departamento de Enfermagem - DE/CCS
Em 04/02/2022 às 17:15

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/354070?tipoArquivo=O

Este documento foi assinado digitalmente por [illegible]O SIPOLATTI
Para verificar o original visite: https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/[illegible]?tipoArquivo=O

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**

O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
FABIANA GONRING XAVIER - SIAPE 2300752
Departamento de Enfermagem - DE/CCS
Em 04/02/2022 às 17:53

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/354094?tipoArquivo=O

Este documento foi assinado digitalmente por [illegible]
Para verificar o original visite: https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/[illegible]?tipoArquivo=O

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**

O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
ANDRESSA BOLSONI LOPES - SIAPE 2372338
Departamento de Enfermagem - DE/CCS
Em 07/02/2022 às 10:53

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/354593?tipoArquivo=O

Este documento foi assinado digitalmente por ANDRESSA BARROS FURTADO
Para verificar o original visite: https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/354593?tipoArquivo=O

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**

O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
KARLA DE MELO BATISTA - SIAPE 1661986
Departamento de Enfermagem - DE/CCS
Em 08/02/2022 às 01:21

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/355355?tipoArquivo=O

Este documento foi assinado digitalmente por KARLA DE MELO BATISTA
Para verificar o original visite: https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/355355?tipoArquivo=O

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**

O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
LORENA BARROS FURIERI - SIAPE 2845067
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGE/CCS
Em 09/02/2022 às 08:40

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/356212?tipoArquivo=O

Este documento foi assinado digitalmente por LORENA BARROS FURIERI
Para verificar o original visite: https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/356212?tipoArquivo=O

Membro interno suplente

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ser luz na minha vida, por ouvir minhas preces e guiar todos os meus passos. A Mãe Maria por interceder a Deus, nos diversos momentos que pedi sabedoria e paciência.

Obrigada, aos meus pais Henrique e Dulcinéia, pela minha formação pessoal e profissional, pelo incentivo a estudar e a sempre buscar um futuro melhor.

Ao meu marido, Marcos, pelo amparo, amor e compreensão. A minha filha, Ana Lis, um presente de Deus, minha verdadeira fortaleza, que me fez enxergar o quanto sou forte e capaz.

Aos colegas da turma do mestrado profissional, em especial Cátia Pereira e Camila Andrade, que compartilharam as angústias e vitórias neste período, que exige resiliência, paciência e dedicação.

Às minhas orientadoras, Profa. Dra. Walckiria Garcia Romero Sipolatti e Profa. Dra. Fabiana Gonring Xavier, pela paciência e compreensão. Agradeço pelo incentivo incessante, por terem me guiado nessa trajetória, proporcionando muitos aprendizados.

Aos membros da banca, Profa. Dra. Karla de Melo Batista, Profa. Dra. Neida Luiza Kaspary Pellenz e Profa. Dra. Lorena Barros Furieri, por aceitarem o convite e colaborarem com suas importantes considerações.

À RT do setor Urgência e Emergência, Anna Luiza Zandonadi Falchetto Nunes pelo incentivo, amizade e pela flexibilização da escala de trabalho para poder participar das aulas do mestrado.

As minhas amigas irmãs, Catrine e Elisangela pela amizade, apoio nos momentos de angústias, pelos conselhos e ainda por vibrarem com as vitórias alcançadas nessa jornada.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para o término deste estudo.

Gratidão,

## RESUMO

**Introdução:** As feridas se apresentam como um importante problema de saúde e a assistência a esses pacientes exige planejamento, estratégias e intervenções que tenham uma abordagem holística, ancorada em evidências cientificas. Por isso, visando enriquecer a atuação do profissional enfermeiro e proporcionar uma assistência sistematizada e qualificada, a pretensão desse estudo está voltada para o desenvolvimento de tecnologia assistencial para o paciente com ferida, pautada no referencial teórico de Wanda Horta de Aguiar. Está pesquisa alinhada à linha de pesquisa organização e avaliação dos sistemas de cuidados à saúde, busca atender uma demanda assistencial, em conjunto com a comissão de cuidados com a pele da instituição. **Objetivo:** Elaborar e validar tecnologias assistenciais para o cuidado de enfermagem ao paciente com ferida. **Metodologia:** Trata-se de um estudo metodológico aplicado com produção tecnológica para o cuidado de enfermagem a paciente com ferida, fundamentado no modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. O desenvolvimento da tecnologia se deu em quatro etapas: 1) revisão de escopo e revisão narrativa de literatura; 2) mapeamento cruzado entre os principais indicadores clínicos do paciente com ferida e os enunciados de diagnósticos de enfermagem NANDA-I, 3) construção de guia assistencial; 4) construção de roteiro de avaliação para paciente com ferida. **Resultados/Produtos:** Na primeira etapa foram identificados 37 estudos, que resultaram em 410 indicadores clínicos, agrupados em 77 termos padrão, sendo que 43 foram utilizados para o mapeamento. Na segunda etapa, foi realizado um mapeamento cruzado que resultou em 25 títulos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, sendo alteração na integridade da pele, infecção, dano tecidual e dor os mais prevalentes. Na terceira etapa foi construído o guia assistencial de enfermagem, contendo indicadores clínicos de paciente com ferida, os principais diagnósticos de enfermagem, intervenções e atividades de enfermagem, selecionadas de acordo com o diagnóstico de enfermagem mapeado. A quarta etapa foi a construção de um roteiro de avaliação para paciente com ferida, a partir da revisão de escopo e da revisão narrativa da literatura, sendo o segundo produto desenvolvido, validado por um grupo de enfermeiros (N=20) na primeira rodada e (N=14) na segunda rodada. A concordância entre os juízes foi verificada por escala tipo Likert. No processo de validação todos os itens foram considerados pertinentes com IVC acima de 0,85, sendo ajustados de acordo com as sugestões dos juízes, no que se refere a abrangência teórica e clareza de linguagem. **Conclusão:** As tecnologias desenvolvidas tem potencial de gerar impacto positivo, visto ser capaz de avaliar, registrar e acompanhar as feridas, com qualidade, segurança, eficácia e com padronização da linguagem fundamentada cientificamente. Além disso, é capaz de embasar a comissão de cuidados com a pele para o planejamento do cuidado à saúde e a implementação de ações para qualidade da assistência.



**Descritores:** enfermagem, assistência de enfermagem, ferida, tecnologia em saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Wounds are an important health problem and care for these patients requires planning, strategies and interventions that have a holistic approach, anchored in scientific evidence. Therefore, in order to enrich the work of nurses and provide systematic and qualified care, the aim of this study is to develop care technology for patients with wounds, based on the theoretical framework of Wanda Horta de Aguiar. This research is aligned with the organization and evaluation of health care systems research line, seeking to meet a care demand, together with the institution's skin care commission. **Objective:** To develop and validate care technologies for nursing care for patients with wounds. **Methodology:** This is a methodological study applied with technological production for the nursing care of patients with wounds, based on the theoretical model of Basic Human Needs by Wanda de Aguiar Horta. The development of the technology took place in four stages: 1) scope review and narrative literature review; 2) cross-mapping between the main clinical indicators of patients with wounds and the statements of NANDA-I nursing diagnoses, 3) construction of a care guide; 4) construction of an assessment script for patients with wounds. **Results/Outputs:** In the first stage, 37 studies were identified, which resulted in 410 clinical indicators, grouped into 77 standard terms, 43 of which were used for mapping. In the second stage, a cross-mapping was carried out, which resulted in 25 NANDA-I nursing diagnoses titles, with changes in skin integrity, infection, tissue damage and pain being the most prevalent. In the third stage, the nursing care guide was constructed, containing clinical indicators of patients with wounds, the main nursing diagnoses, interventions and nursing activities, selected according to the mapped nursing diagnosis. The fourth step was the construction of an assessment script for patients with wounds, based on the scope review and the narrative review of the literature, with the second product being developed, validated by a group of nurses (N=20) in the first round and (N=14) in the second round. The agreement between the judges was verified using a Likert scale. In the validation process, all items were considered relevant with CVI above 0.85, being adjusted according to the judges' suggestions, with regard to theoretical scope and language clarity. **Conclusion:** The technologies developed have the potential to generate a positive impact, since they are able to assess, record and monitor wounds, with quality, safety, effectiveness and with

scientifically based language standardization. In addition, it is able to support the skin care committee for health care planning and the implementation of actions for quality of care.

Descriptors: nursing, nursing care, wound, health technology.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 — Classificação quanto aos estágios de lesão por pressão .....18
Quadro 2— Fases da cicatrização de ferida .....21
Quadro 3— Classificação do exsudato .....31
Quadro 4— Tipos de terapias coadjuvantes .....36
Quadro 5— Domínios e classes da taxonomia II da NANDA-I.....42
Quadro 6— Distribuição dos artigos encontrados na scoping review, segundo ano de publicação, autores, título do artigo, base de dados e periódicos, objetivo e indicadores clínicos do paciente com ferida. Vitória, ES, Brasil, 2020 .....69
Quadro 7— Indicadores clínicos identificados no paciente com ferida. Vitória, ES, Brasil, 2021 .....83
Quadro 8 — Guia Assistencial de enfermagem ao paciente com ferida, fundamentado na Classificação NANDA-I e NIC. Vitória, ES, Brasil, 2021.....88
Quadro 9 — Resultado dos valores de Índice de Validade de Conteúdo da primeira rodada de validação de conteúdo do roteiro. Espírito Santo, Brasil, 2021 .....119
Quadro 10 — Sugestões dadas pelos juízes e aceitas do roteiro de avaliação a paciente com ferida na primeira rodada.....120
Quadro 11 — Resultado dos valores de Índice de Validade de Conteúdo da segunda rodada de validação de conteúdo do roteiro. Espírito Santo, Brasil, 2021 .....122
Quadro 12 — Sugestões dadas pelos juízes do roteiro de avaliação ao paciente com ferida na 2º rodada.....125
Quadro 13 — Descrição das seções do instrumento de avaliação do paciente com ferida. Vitória, ES, Brasil, 2021 .....130

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1— Principais atribuições do enfermeiro no cuidado com ferida.....24
Figura 2— Mnemônico TIMERS.....28
Figura 3— Tipos de desbridamento mais utilizados na prática clínica.....33
Figura 4— Fatores de risco clínicos não diretamente relacionados à etiologia da ferida.....34
Figura 5— Fatores de risco relacionados ao atendimento aos pacientes.....35
Figura 6— Fatores de risco relacionados ao paciente.....37
Figura 7— Fluxograma do percurso da pesquisa.....56

## LISTA DE SIGLAS

COFEN — Conselho Federal de Enfermagem

CNS — Conselho Nacional de Saúde

CEP — Comitê de Ética em Pesquisa

EBSERH — Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HUCAM — Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

NANDA-I — North American Nursing Diagnosis Association

NIC — Nursing Interventions Classification

NOC — Nursing Outcomes Classification

NPWT — Terapia de feridas por pressão negativa

POP — Procedimento Operacional Padrão

PPGENF — Programa de Pós-graduação em Enfermagem

PNSP — Política Nacional de Segurança do Paciente

TCLE — Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UFES — Universidade Federal do Espírito Santo

UTI — Unidade de Terapia Intensiva

SAE — Sistematização da Assistência de Enfermagem

NHB — Necessidades Humanas Básicas

TIME — Acrônimo: T - Tissue; I- Infection; M – Moisture; E – Edge

TIMERS — Acrônimo: T - Tissue; I- Infection; M – Moisture; E –Edge; R -

**SUMÁRIO**

**1 INTRODUÇÃO ..... 13**
1.1 TEMPORALIDADE DA AUTORA ..... **13**
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA ..... **14**

**2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ..... 16**
2.1 ASPECTOS SOBRE A TEMÁTICA: FERIDA ..... **16**
**2.1.1 História da prática da Enfermagem no tratamento de feridas ..... 16**
**2.1.2 Conceito e funções da pele ..... 17**
**2.1.3 Classificação das feridas ..... 17**
**2.1.4 Cicatrização das feridas ..... 21**
**2.1.5 Avaliação e tratamento do paciente com ferida ..... 23**
2.2 CONCEITO E APLICAÇÃO PRÁTICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM FERIDA ..... **39**
2.3 TIPOS DE TECNOLOGIAS ..... **45**

**3 REFERENCIAL TEÓRICO ..... 47**
3.1 USO DO MODELO TEÓRICO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA HORTA NA CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS ASSISTENCIAIS ..... **47**
**3.1.1 NHB definidas por Benedet e Bub ..... 49**
3.1.1.1 Necessidades psicobiológicas ..... **49**
3.1.1.2 Necessidades psicossociais ..... **51**
3.1.1.3 Necessidades psicoespirituais ..... **53**

**4 OBJETIVO ..... 54**

**5 METÓDO ..... 55**
5.1 DELINEAMENTO E TIPO DE ESTUDO ..... **55**
5.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA ..... **55**
**5.2.1 Primeira etapa: Revisão de escopo ..... 56**
**5.2.2 Segunda etapa: Mapeamento cruzado ..... 58**
**5.2.3 Terceira etapa: Guia assistencial de enfermagem a paciente com ferida ..... 59**

**5.2.4 Quarta etapa: Roteiro de avaliação para paciente com ferida .....59**
5.2.4.1 Planejamento .....**60**
5.2.4.2 Construção .....**60**
5.2.4.3 Validação do roteiro de avaliação por juízes .....**61**

**6 ASPECTOS ÉTICOS .....63**
**7 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....64**
7.1 PRODUÇÃO TÉCNICA 1 .....**64**
7.2 PRODUÇÃO TÉCNICA 2 .....**115**

**8 PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA 1 .....133**

**9 PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA 2 .....150**

**10 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....170**

**REFERÊNCIAS.....171**

**ANEXO A - ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA .....185**
**APÊNDICE A – FORMULÁRIO GOOGLE .....186**
**APENDICE B – CARTA CONVITE PARA JUÍZES .....200**
**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE JUÍZES).....202**

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 TEMPORALIDADE DA AUTORA

Em março de 2011, após conclusão do curso de graduação, ingressei como enfermeira em hospitais públicos e privados da grande Vitória, atuando em unidades de urgência e emergência, de alta complexidade e terapia Intensiva.

Em 2012, para aprofundar questões relacionadas à minha prática profissional e ampliar minha visão assistencial de pacientes em situações críticas de saúde, fiz especialização em “Assistência de Enfermagem na UTI Adulto, Pediátrica e Cardiológica”.

Com a aprovação no concurso público promovido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para atuar no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), em abril de 2015, iniciou-se uma nova fase em minha vida profissional. Comecei na unidade de cirurgia geral como enfermeira assistencial por um período de três meses; posteriormente, as chefias da unidade de clínica geral e divisão de enfermagem propuseram remanejamento para atuar na função de responsável técnica/coordenação da equipe de enfermagem na unidade de clínica geral, onde permaneci por três anos.

Atualmente, sou enfermeira assistencial no setor de urgência e emergência, e componho a comissão multidisciplinar de cuidados com a pele, com formalização pela Portaria nº 105, em 20 de fevereiro de 2018. Pela portaria-SEInº 16, de 24 de junho de 2019, fui nomeada coordenadora da comissão, e, posteriormente, renomeada conforme a portaria nº 122, de 22 de abril de 2021.

No período entre 2016 e 2019 participei efetivamente das diversas produções da comissão, tais como: Criação de novos Procedimentos Operacionais Padrão (POP); elaboração de manual descritivo de coberturas especiais; validação do manual de prevenção e tratamento de lesões de pele; treinamentos para os enfermeiros assistenciais; validação de formulário de avaliação de lesões; construção de um fluxo de solicitação de coberturas especiais.

Além disso, apresentei trabalhos em eventos nacionais e publicações em anais, com os seguintes títulos: Comissão multidisciplinar de cuidados com a pele: relato de experiência do processo de implantação e construção e implantação de manual de

tratamento de feridas e lesões periestomais.

Diante das experiências que possibilitaram externar algumas fragilidades nos processos voltados para o paciente com ferida, em 2018, enquanto mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGENF-UFES), vislumbrei desenvolver tecnologia assistencial no objetivo de contribuir para melhoria da comunicação, do domínio dos processos de avaliação, tratamento, registros e, consequentemente, uma melhor a assistência de enfermagem a paciente com ferida.

## 1.2 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

No manejo do paciente com ferida, o enfermeiro é responsável pelo planejamento, organização, execução e avaliação contínua da assistência dispensada ao paciente, visando garantir um cuidado seguro e de qualidade, com ampliação das estratégias de sistematização do cuidado da pele (CAUDURO, 2018).

A resolução 567/2018 regulamenta a atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente com ferida, a ser executado dentro do processo de enfermagem conforme as normatizações do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente — PNSP, do Sistema Único de Saúde — SUS (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018).

O COFEN também traz na Resolução COFEN n. 429/2012 a responsabilidade e o dever dos profissionais da enfermagem em registrar no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da área, as informações inerentes ao processo de cuidado e ao gerenciamento dos processos de trabalho, sendo alguns deles: dados pessoais e familiares do paciente, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, resultados decorrentes das intervenções e outras informações relevantes para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

Embora exista legislação que descreva os deveres e responsabilidades no cuidado ao paciente com ferida, percebem-se, pelas experiências vivenciadas, falhas no gerenciamento dos dados referentes ao perfil epidemiológico e clínico, lacunas no processo de avaliação do paciente com ferida, acompanhamento e registro das condutas dos profissionais de enfermagem em relação ao tratamento de ferida. Estas

questões podem levar ao aumento do tempo de permanência hospitalar e reinternações, elevar o risco de infecções hospitalares e ao retardamento do processo de cicatrização de ferida curável, assim como elevam o desperdício de materiais de alto custo.

A ausência de registro ou sua realização de forma inadequada resulta em descontinuidade da assistência, avaliação inadequada das alterações das condições clínicas da pessoa em processo de cura, julgamento impreciso dos resultados obtidos, além da ausência de base jurídica consistente para a defesa quanto à assistência prestada (AZEVEDO et al.,2020).

Assim, a proposta de estudar a temática relacionada ao cuidado de enfermagem ao paciente com ferida foi suscitada pela autora da pesquisa a partir do momento que, como membro da comissão de cuidados com a pele, e também como gestora, se percebeu equívocos no processo de avaliação e acompanhamento dos pacientes, além da necessidade de monitorar o número de atendimentos; ter uma descrição do perfil epidemiológico e clinico dos pacientes atendidos com ferida; a elaboração de protocolos específicos; criar um banco de dados referente àquele público, além de uma ter uma previsão e provisão de insumos para curativos e coberturas; previsão de recursos humanos necessários ao atendimento.

Logo, a proposição de construção de tecnologia assistencial do tipo guia e roteiro, usando referenciais teóricos e metodológicos da enfermagem, pode ser um recurso inovador que poderá contribuir para a aplicabilidade do processo de enfermagem, colaborando no aprimoramento e fortalecimento do cuidado de enfermagem prestado, bem como no fornecimento de dados epidemiológicos e clínicos que contribuirão para os trabalhos da comissão de cuidados com a pele, além de permitir a continuidade da assistência vinculada à segurança do paciente a ser assistido de forma individual, humana e científica.

Frente à problemática apontada acima, surge a seguinte questão norteadora: Quais indicadores clínicos, diagnósticos e intervenções de enfermagem podem ser utilizados para elaboração de tecnologias assistenciais e para o cuidado de enfermagem ao paciente com ferida?

# 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

## 2.1 ASPECTOS SOBRE A TEMÁTICA: FERIDA

### 2.1.1 História da prática da Enfermagem no tratamento de feridas

:

Os primeiros registros históricos sobre os cuidados de feridas estão presentes em blocos de argilas (2.500 a.C.), documentos em sânscritos (2.000 a.C.), papiros (1.650 a 1.550 a.C.) e escritos de Homero (800 a.C.) que descreveram a tríade clássica de intervenções para cicatrização das feridas, sendo elas: lavar, cobrir com óleo, cobre, zinco, prata, mercúrio, argila, plantas, resinas, vinagre, água quente, pão úmido, leite, mel, dentre outros.) e, por fim proteger a ferida (MOUES, 2009, SHAH, 2011). Essas intervenções surgiram por meio de conhecimentos empíricos, mágicos e patologia humoral (WHITAKER et al., 2004; DEPALMA; HAYES; ZACHARSKI, 2007).

Durante séculos, diferentes questionamentos sobre tratamento foram realizados e testados como a manutenção do leito úmido da ferida pelos egípcios ou, ainda, pela conduta de gregos hipocráticos na produção benéfica de pus na lesão (MOUES, 2009), sendo as técnicas que envolviam as coberturas por gazes se penduraram por longos períodos, desde a idade média como alternativas duradouras de tratamento (DAUNTON et al., 2012).

Florence Nightingale, também de forma indireta contribuiu para o avanço no tratamento de feridas, quando fundou a enfermagem moderna, em meados do século XIX, vista como um ícone após o trabalho desenvolvido na guerra da Criméia devido às suas ideias e conceitos sobre a influência do meio ambiente na cura dos doentes (NIGHTINGALE, 1989).

A preocupação de Nightingale com ambiente hospitalar e meio ambiente já em 1863 enfatizava a importância de manter o paciente em boas condições locais, como por exemplo, a iluminação, a limpeza, o sanitarismo, a ventilação, a temperatura, a atenção, o cuidado, os odores e os ruídos, além da valorização de manter um isolamento, uma dieta adequada, a individualização do cuidado, a redução do número de leitos por enfermaria, evitando dessa forma contaminações cruzadas e a

diminuição da circulação de pessoas (NIGHTINGALE, 1989).

### 2.1.2 Conceito e funções da pele

A pele é o maior órgão do corpo, representa em torno de 15% do peso corporal, em que desempenha diversas funções a proteção do organismo à agressões externas, absorção e excreção de líquidos, o que permite um equilíbrio hidroeletrolítico, regulação da temperatura corporal, absorção da luz ultravioleta, metabolismo da vitamina D, detecção de estímulos sensoriais e barreira para penetração de microorganismos, produtos químicos, fatores ambientais e suporte corporal (SCEMONS, 2011; GONÇALEZ, 2015).

A pele com a função de proteção, evita que elementos do meio externo penetrem no corpo, colaborando com o equilíbrio eletrolítico e atuando como primeira linha de defesa do sistema imunológico. É essencial para a função de isolamento térmico e proteção de lesões por forças de compressão e cisalhamento. Na função imunológica, sabe-se que a pele possui vários componentes celulares e humorais do sistema imunológico e inúmeros sistemas de defesa moleculares contra microrganismos (IRION, 2012).

### 2.1.3 Classificação das feridas

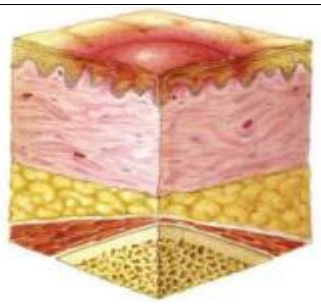
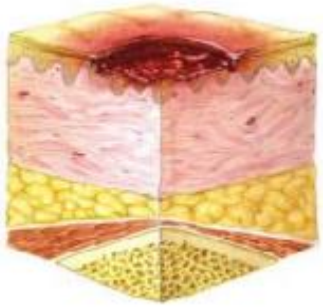
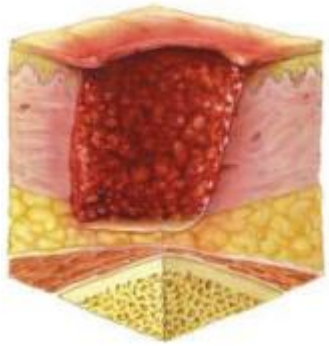
As feridas são definidas como descontinuidade nas camadas da pele ou dos componentes mais profundos do corpo, sendo causadas por fatores extrínsecos, oriundas de agentes físicos, químicos ou biológicos ou através de fatores intrínsecos, provocada por patologias, comprometimento vascular ou metabólico (CALISTO et al., 2015; CAMPOS et al., 2016).

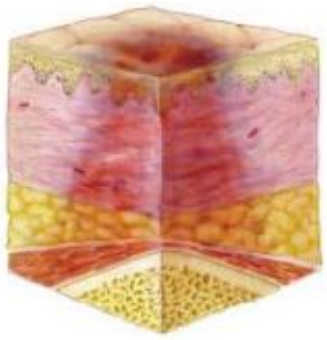
A classificação das feridas inclui: a evolução das mesmas, podendo ser desta forma aguda ou crônica; quanto à presença de infecção, sendo classificada como não contaminada limpa, limpa contaminada, contaminada ou suja e infectada; quanto à profundidade e / ou à causa sendo intencional ou não intencional; e cirúrgica ou traumática (GEOVANINI, 2014; CALISTO et al., 2015) e em patológicas (CALISTO et al., 2015).

Há também a classificação quanto espessura, em superficial, profunda

superficial ou profunda total e quanto ao comprometimento tecidual, sendo abertas, fechadas (CALISTO et al., 2015) e em estágio I, II, III, IV, não classificável e lesão por pressão tissular profunda, de acordo com National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2016), descritos quadro 1 abaixo:

Quadro 1 — Classificação quanto aos estágios de lesão por pressão

| | |
|---|---|
| **Estágio 1:** a pele se encontra íntegra com área localizada de eritema que não embranquece. |  |
| **Estágio 2**: Perda da pele em sua espessura parcial, envolvendo a epiderme e a derme, sendo uma ferida viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido, que pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. |  |
| **Estágio 3:** Perda da pele em sua espessura total na qual o tecido adiposo é visível e, frequentemente o tecido de granulação e presença de epíbole (lesão com bordas enroladas) e o esfacelo e /ou escara pode estar visível. |  |
| **Não classificáveis:** Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada, visto que a ferida está encoberta pelo esfacelo ou escara. Os mesmos ao serem removidos, ficará aparente uma lesão por pressão em estágio 3 ou estágio 4. | |

| | |
|---|---|
| **Lesão por pressão tissular profunda**: A pele encontra-se intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Frequentemente há relato de dor e mudança na temperatura. |  |

Fonte: National Pressure Ulcer Advisory Panel (2016).

Importante destacar que o estágio 2 não deve ser usado para conceituar as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a Dermatite Associada à Incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

Quanto a evolução, feridas traumáticas são consideradas agudas, nas quais ocorre a ruptura da vascularização e o imediato processo de homeostase, sendo a cicatrização dependente do objeto causador e do grau de contaminação. As feridas cirúrgicas também são agudas e costumam cicatrizar por primeira intenção, em que as bordas são mantidas próximas (GEOVANINI, 2014).

Em relação ao processo de cicatrização, as feridas agudas curam em um tempo hábil, ordenado, previsível e com uma resposta inflamatória controlada (INTERNATIONAL WOUND INFECTION INSTITUTE, 2016; ATINK et al., 2019) e as feridas crônicas têm uma progressão biológica lenta em que em que o processo de cicatrização pode ser atrasado, interrompido ou paralisado devido a fatores intrínsecos e extrínsecos que afetam o indivíduo e sua ferida (JULL et al., 2015; INTERNATIONAL WOUND INFECTION INSTITUTE, 2016; AZEVEDO, 2020).

Pela cronologia da lesão, qualquer ferida que não cicatrizou de 40 a 50% após 4 semanas, com medidas adequadas de tratamento deve ser considerada uma ferida de difícil cicatrização, ou seja, uma ferida crônica (ATKIN et al. 2019). Fisiologicamente, ocorre um estímulo pró-inflamatório sistemático, de forma contínuo, com aumento de carga bacteriana e consequentemente uma resposta inflamatória prolongada, que leva a ferida a ficar presa na fase inflamatória, criando assim, um

ciclo vicioso da cicatrização, chamado de Círculo de Cullen (MENOITA, 2014).

Feridas ditas como crônicas são consideradas um grande problema de saúde pública devido ao custo econômico alto, o que leva ao aumento da pressão sobre os sistemas de saúde a nível mundial, além de ser uma das principais causas de morbidade tendo um impacto negativo para o paciente, cuidadores, sendo vistas como um encargo significativo para as atividades diárias (SANTOS et al., 2014; GUPTA et al. 2015; AZEVEDO, 2020).

Além dos tipos comuns de feridas crônicas (úlceras arteriais, venosas, diabéticas, existem também as úlcera de marjolin, associada ao carcinoma de células escamosas; pioderma gangrenoso, provocada por uma doença inflamatória da pele não infecciosa, geralmente associada à doença de crohn, colite ulcerosa, artrite reumatóide; lesões por radioterapia; erisipela; micose fúngica, lesões relacionada a linfoma cutâneo de células T; úlcera de buruli relacionada à infecção, causada por Mycobacterium ulcerans (ATKIN et al., 2019).

É importante enfatizar, que em 2018, foi divulgado por meio de um documento de consenso que a denominação mais apropriada para descrever ferida crônica, são os termos: complexa, não cicatrizante ou de difícil cicatrização (ATKIN et al., 2019).

Devido à complexidade dessas feridas as instituições de saúde têm disponibilizado serviços especializados formados por equipes multidisciplinares destinados aos cuidados ao paciente portador de feridas, com intuito de padronizar protocolos, avaliações e tratamentos específicos a esse público (CASTELI; CONCEIÇÃO; AYOUB, 2017).

Um estudo desenvolvido por Vieira (2018), mostrou que a prevalência de feridas crônicas foi de 11,8%, sendo 5% de lesão por pressão, 3,2% de úlcera diabética e 2,9% de úlcera vasculogênica crônica. Foi visto também que esses resultados estão associados a não realização de atividades laborais e atividade física regular, o que reforça o papel dos aspectos clínicos e socioeconômicos na prevalência de feridas crônicas e a necessidade de implantação de Políticas Públicas na atenção à saúde de pessoas com feridas crônicas, visando ao atendimento integral e interdisciplinar.

Na pesquisa realizada por Oliveira et al., (2019), com objetivo de avaliar a qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas, os resultados demonstraram que

o domínio “bem-estar” foi o mais acometido, principalmente quando associado aos fatores clínicos. Dentre as condições clínicas associadas a pior qualidade de vida, destacou- se tempo de duração, tipo de ferida, profundidade, aspecto de exsudato, odor e dor, o que demonstra a necessidade de se criar estratégias reduzir o impacto causado pelos fatores clínicos nas feridas, sendo possível ser atenuados ou evitados pelos profissionais de saúde mediante a avaliação da lesão e a escolha do tratamento adequado.

### 2.1.4 Cicatrização das feridas

Os mecanismos da cicatrização em sequência ordenada de eventos foram descritos pela primeira vez em 1910 (CARREL, 1910), e posteriormente, dividido em cinco elementos: inflamação, proliferação celular, formação do tecido de granulação, contração e remodelamento da ferida (ORGILL, 1988), porém em 2005, o processo de cicatrização foi reclassificado, em três fases, divididas didaticamente, em: fase inflamatória, fase de proliferação ou de granulação e fase de remodelamento ou de maturação (ISAAC, 2010). As três fases são apresentadas no quadro 2 abaixo:

Quadro 2— Fases da cicatrização de ferida

| | |
|---|---|
| **Fase inflamatória** | Inicia imediatamente após a lesão e envolve respostas vasculares caracterizadas por coagulação sanguínea e hemostasia, bem como eventos celulares, incluindo infiltração de leucócitos com funções variadas na liberação de fatores de crescimento de transformação beta - TGF-β (e também fator de crescimento derivado das plaquetas [PDGF], fator de crescimento derivado dos fibroblastos [FGF], fator de crescimento epidérmico [EGF], prostaglandinas e tromboxanas), que atraem neutrófilos à ferida, iniciando a resposta proliferativa para reparoda ferida (BROUGHTON et al., 2006; LI; CHEN; KIRSNER, 2007). |
| | Constituída por quatro etapas fundamentais no processo de cicatrização: reepitelização, angiogênese, formação de tecido de granulação e deposição de colágeno. Inicia-se a proliferação de células epiteliais, na periferia da ferida, concomitante com a |

| | |
|---|---|
| **Fase proliferativa** | angiogênese e a fibroplasia (produção de colágeno pelos fibroblastos), que compõem o chamado tecido de granulação responsável pela ocupação do tecido lesionado cerca de quatro dias após a lesão. (LAWRENCE et al.,1994; SINGER, 1999; PEREIRA et al., 2019; AZEVEDO, 2020). |
| **Fase de remodelação** | Nessa fase ocorre a mudança do tipo de colágeno que compõe a matriz extracelular: o colágeno tipo III é inicialmente mais abundante que o tipo I, esse vai sendo degradado ativamente enquanto que o colágeno I tem sua produção aumentada pelos fibroblastos (ISAAC et al., 2010), de forma a produzir equilíbrio da quantidade de colágeno no local, que é denominado de cicatriz (AZEVEDO, 2020). |

Fonte:.

Importante destacar que quando a fase inflamatória é prolongada, existe um estímulo pró-inflamatório constante, e consequentemente as células leucocitárias produzem mais metaloproteinases da matriz, sendo prejudiciais nas crônicas, quando em excesso, destruindo ou corrompendo continuamente as proteínas essenciais da matriz extracelular (SANTOS et al., 2012).

Deste modo, a fase proliferativa fica comprometida, ocorrendo uma migração celular defeituosa, com uma angiogênese menos eficiente, resultando na formação de tecido de granulação não viável (matriz extracelular defeituosa com colágeno enfraquecido), que impede que a margem da epiderme avance (JOHNSON, 2009).

Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, a depender da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, quando ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. Segunda intenção, quando ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção, não sendo possível a aproximação primária das bordas. As mesmas fecharão por meio de contração e epitelização (TAZIMA; VICENTE; MORIYA, 2008).

Na cicatrização por terceira intenção, ocorre a aproximação das margens da ferida após o tratamento aberto inicial, quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada, para então as bordas serem aproximadas posteriormente (TAZIMA; VICENTE; MORIYA, 2008).

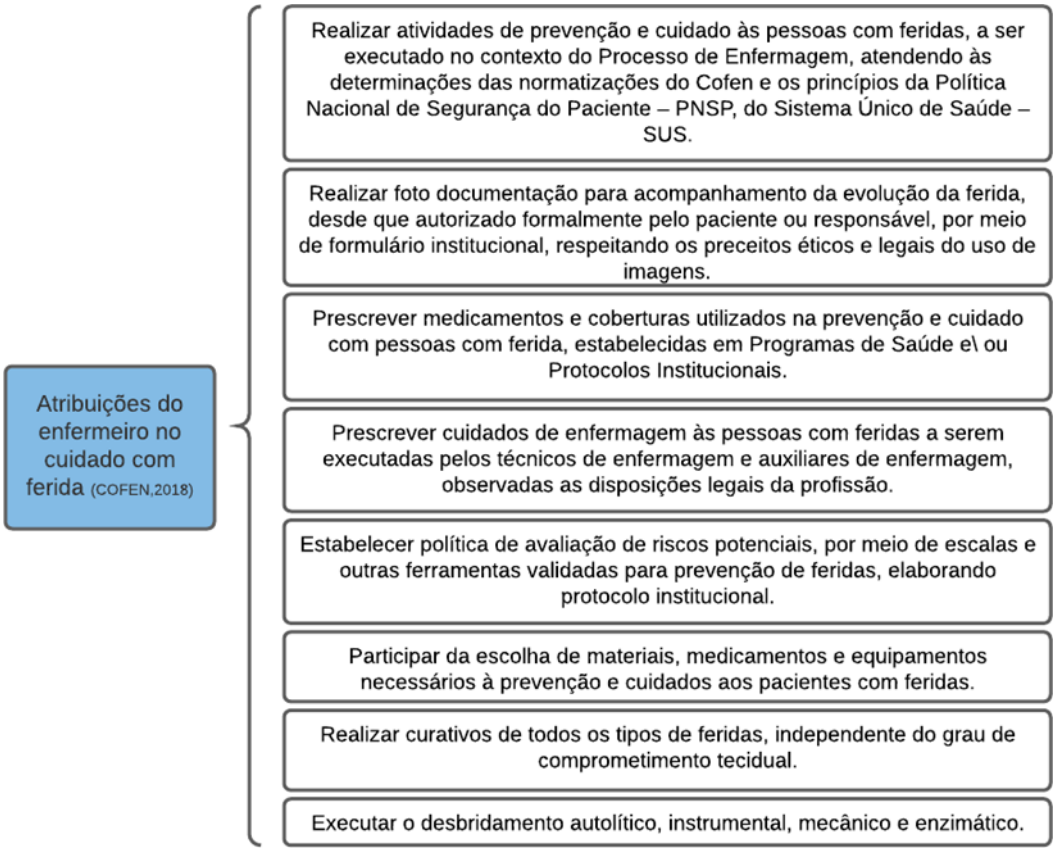
### 2.1.5 Avaliação e tratamento do paciente com ferida

A presença de uma ferida pode resultar em mudanças na aparência física, isolamento social, necessidade de adaptação às sessões de curativos, alterações na atividade física, locomoção, mobilidade, abstenções alimentares, uso de medicamentos contínuos, e ainda com possibilidade de ocorrer distúrbios de autoimagem, visto assim a importância da avaliação, não apenas da ferida propriamente dita, mas também os aspectos físicos, psicológicos, sociais, o estado funcional e a visão da vida (BEDIN et al., 2014; GOMES et al., 2018).

Por isso, no que envolve o tratamento de ferida, é visto, a importância de o profissional compreender a identificação dos problemas do paciente com feridas, da família e comunidade, e como os diagnósticos de enfermagem pertinentes, os resultados iniciais e esperados, e as intervenções de enfermagem que são necessários para que este cuidado não seja apenas um ato prático, e sim, algo fundamentado e embasado em teorias e métodos (QUEIROZ et al., 2017).

No que diz a respeito do processo de cuidado com o paciente com ferida, o COFEN elaborou a Resolução 0567/2018 que normatiza a atuação do enfermeiro, descritas na figura 1:

Figura 1— Principais atribuições do enfermeiro no cuidado com ferida




Fonte: Conselho Federal de Enfermagem (2018).

O manejo com ferida é considerada uma prática especializada, dinâmica e complexa na área da enfermagem, uma vez que, provê uma linha de base que determina a melhora da ferida ao longo do tratamento, direciona decisões clínicas baseadas em evidências e garante habilidades para planejar, implementar, avaliar cuidados individuais e otimizar o custo-benefício, além do que, auxilia na comunicação da equipe interdisciplinar e com a pessoa com ferida (BENBOW, 2011; OUSEY, 2011; BILGIN; GUINES, 2013; JANSEN, 2016; SANTOS et al., 2019).

Visto isso, é necessário que o profissional de saúde responsável, tenha habilidades quanto a: realizar uma avaliação holística do paciente, estabelecer a causa subjacente e identificar barreiras (fisiopatologia e risco fatores), ter conhecimento das ferramentas de avaliação, sobre os tipos de desbridamento, além da habilidade de identificar uma infecção e manter os níveis adequados de umidade com seleção de um curativo apropriado, além traçar o resultado desejado, implementar um tratamento local da ferida e acompanhar e reavaliar (ATKIN et al.,

2019; SANTOS et al., 2019).

Na avaliação da própria ferida, deve-se avaliar a profundidade, volume, extensão, área, exsudato (quantidade e tipo), localização, leito da ferida, temperatura, odor, presença de infecção e deformidade estrutural do membro e da ferida. (BORGES, 2007; CAMPOS; SOUZA; VASCONCELOS, 2016; ATKIN et al., 2019).

As métricas são importantes para a trajetória de cicatrização, sendo que é esperado uma redução da ferida de 40% a 50% em quatro semanas, podendo esse valor ser aplicado a todas as feridas. Caso não se alcance o esperado, é necessária uma mudança do tratamento ou reavaliação da etiologia, para que seja aplicada uma intervenção mais focada e intensiva (ATKIN et al., 2019).

Alguns instrumentos encontrados para avaliação de ferida são direcionados para feridas de etiologia específica, enquanto outros fazem uma avaliação ampla, o que se faz importante conhecer os diferentes instrumentos, os parâmetros por eles avaliados, bem como, sua especificidade frente a cada etiologia. Vale ressaltar que a avaliação regular da ferida usando a mesma técnica é a única maneira de monitorar os resultados do processo de cicatrização (GARBUIO, 2018).

Numa revisão integrativa da literatura, Garbuio (2018), identificou diversos instrumentos utilizados e seus respectivos parâmetros para avaliação do processo de cicatrização, sendo eles:

- Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH);
- Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT)
- DESIGN (Depth, Exudate, Size, Infection/Inflammation, Granulation Tissue, Necrotic Tissue);
- DESIGN-R Depth, (Exudate, Size, Infection/Inflammation, Granulation Tissue, Necrotic Tissue, Rating);
- Barber Messuring Tool;
- Pressure Ulcer Healing Process (PUHP) – OHURA;
- Wound Bed Score (WBS);

- Leg Ulcer Assessment Tool (LUAT);
- REEDA (Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation);
- - Time H Modificado;
- - Diabetic Foot Ulcer Assessment Scale (DFUAS).

Existem também os sistemas de classificação para úlceras de pé diabético foram desenvolvidos pelo grupo internacional de trabalho sobre o pé diabético, incluindo PEDIS (perfusão, extensão, profundidade, infecção, sensação), SINBAD (local, isquemia, neuropatia, infecção bacteriana, área, profundidade), WIFI (Isquemia e Infecção nos Pés e IDSA (presença e severidade da infecção) (ATKIN et al., 2019).

Além disso, há o Sistema de Wagner-Meggitt e o Sistema de Classificação da Universidade do Texas, sendo esta, recomendada pela Associação Canadense de Diabetes, bem como pelas diretrizes britânicas para Problemas do Pé Diabético do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (SANTEMA et al., 2016).

A mesma descreve a ferida pela profundidade e em seguida pela ausência ou presença de infecção e isquemia, o que a torna a classificação mais precisa. As diretrizes NICE não recomendam mais a utilização do Sistema de Wagner- Meggitt, pois não leva em conta severidade das úlceras (GHOTASLOU, 2018).

Keast et al., (2004) citam o sistema “MEASURE” que engloba: Medida (comprimento, largura, profundidade e área), Exsudato (quantidade e qualidade), Aparência (leito da ferida, incluindo tipo e quantidade de tecido), Sofrimento (tipo e nível de dor), enfraquecimento (presença ou ausência), reavaliar (monitoramento de todos os parâmetros regularmente) e borda (condição da borda e da pele ao redor) e Eskes et al., (2011) descrevem o método RYB, um sistema bem conhecido e validado para classificar feridas crônicas e agudas, com base na cor e na umidade da ferida.

A ferramenta clínica TIME (T: viabilidade do tecido I: infecção / inflamação M: balanço da umidade E: borda da ferida) conhecida mundialmente, é focada no gerenciamento de parâmetros específicos e importantes da ferida. Porém se sabe que quando uma ferida não responde, mesmo quando seu manejo é orientado pelo TIME, outros fatores que têm impacto nos resultados devem ser reconhecidos (ATKIN et al.,

2019).

No documento de consenso é enfatizado que para um atendimento de qualidade é necessária uma ligação efetiva entre o profissional e o paciente, visto que é necessário conhecer os diversos fatores que podem influenciar no seguimento do plano de cuidados e que podem prejudicar a qualidade de vida do paciente, como a condição psicossocial, estado emocional, função social, restrição de suas atividades domésticas, o nível de escolaridade e a capacidade de entendimento. (ATKIN et al., 2019).

Dessa forma, Atkin et al., (2019), por meio de um consenso recomendam a atualização da ferramenta TIME para TIMERS, ou seja, foi acrescentado o R: reparo / regeneração e o S: fatores sociais e relacionados ao paciente. Segue a descrição de cada letra do mnemônico na figura 2:

Figura 2— Mnemônico TIMERS

Fonte: Atkin et al. (2019).

Com base no mnemônico TIMERS pode-se avaliar e realizar o preparo do leito da ferida com uma abordagem bem planejada e sistemática para promover a cicatrização, isso inclui a limpeza da ferida e da pele perilesional, desbridamento, reconstrução das bordas da ferida e aplicação de uma cobertura (MURPHY et al., 2020; KIM et al., 2020).

O princípio central da higienização da ferida inclui a remoção ou minimização de todas as matérias indesejadas da ferida, incluindo o biofilme, com destruição e prevenção do reaparecimento do mesmo, tecido desvitalizado e corpos estranhos, isso impulsionará a cicatrização, sendo então, uma atividade obrigatória (MURPHY et al., 2020), sendo que neste momento, considera-se a aplicação da letra T, referente a avaliação do tipo de tecido presente no leito da ferida.

Na avaliação do leito da ferida, há de se considerar dois aspectos importantes:

a viabilidade e a inviabilidade dos tecidos para o processo de cicatrização. Quanto aos tecidos viáveis, destacam-se o tecido de granulação, que apresenta coloração vermelho vivo, brilhante e granular e o de epitelização, que é um tecido recém-cicatrizado, com coloração rósea clara ou avermelhada (CAMPOS, 2016).

Os tecidos inviáveis, existe a necrose de coagulação ou necrose seca (escara) que é tecido desvitalizado, de consistência endurecida e aderido ao leito e às bordas da ferida., com uma coloração que varia entre acinzentada, amarronzada e preta. A necrose de liquefação, também chamada de necrose úmida ou esfacelo, apresenta um tecido desvitalizado liquefativo, espesso, viscoso ou mucoide aderido ao leito, com coloração esverdeada, amarelada e/ou esbranquiçada (CAMPOS, 2016), e há também a hipergranulação (GOMES, 2013).

O tecido de hipergranulação constitui uma barreira à cicatrização também sendo considerado um tecido inviável, que pode estar associado a uma fase inflamatória prolongada ou infecção, apresenta exsudado moderado a elevado e a sua presença gera tensão nas bordas, que faz com que a ferida não avance (GOMES, 2013).

Hampton (2007) também afirma que em feridas complexas o tecido de granulação pode apresentar um aspecto saudável, contudo, se a ferida não cicatriza, pode desencadear posteriormente a presença do tecido de hipergranulação.

A letra I do mnemônico refere-se à inflamação e biofilme (ATKIN et al., 2019), sendo fundamental a avaliação, prevenção e tratamento para que o processo de cicatrização ocorra.

O biofilme é uma comunidade estruturada de microorganismos com diversidade genética e expressão de genes variável (fenótipo) que apresentam comportamentos e uma sistema de defesa para desenvolver infecção crônica. Os biofilmes são caracterizados por resistência a antibióticos e biocidas, enquanto permanecem protegidos da imunidade do hospedeiro (SWANSON et al., 2016; MURPHY et al., 2020).

O biofilme tem sua contribuição significativa para uma cicatrização retardada, por isso, é necessário destruí-lo e removê-lo. Existem vários debates quanto aos sinais e os sintomas associados ao biofilme das feridas, sendo que existe um consenso crescente de que estes incluem sinais de infeção local da ferida, porém é

de comum acordo que não é possível fazer um diagnóstico definitivo a olho nu. Por conseguinte, propõe-se que deva assumir que as feridas de difícil cicatrização contêm biofilme (MURPHY et al., 2020).

Algumas soluções, são indicadas para a limpeza da ferida, como soro fisiológico, porém esse não removerá o biofilme. O painel consultivo recomenda a utilização de antissépticos com agente tensioativo ou soluções com pH equilibrado para a limpeza do leito da ferida e da pele perilesional, dentre eles o PHMB que possui boa eficácia bactericida, previne o desenvolvimento de resistência bacteriana e ação antimicrobiana (EBERLEIN; ASSADIAN, 2010; ABBADE et al., 2020), e ainda quando associada ao surfactante betaína, produz efeito de desbridamento autolítico (ABBADE et al., 2020).

O procedimento de higiene deverá ser repetido a cada mudança de curativo e após o desbridamento. A seleção dos agentes de limpeza e a escolha das técnicas de limpeza deverão basear-se na avaliação clínica do enfermeiro (MURPHY et al., 2020), sendo que deve ser feita com produtos não tóxicos para que não haja dano ao tecido viável existente (ABBADE et al., 2020), logo, soluções altamente citotóxicas, como as que contêm iodopovidona e peróxido de hidrogênio não sã recomendadas (ASSADIAN et al.,2018; MURPHY et al., 2020; ASSADIAN et al., 2018).

Interessante descrever também a existência de mnemónica de avaliação da infeção do leito da ferida, sendo uma forma de facilitar a sua abordagem. O mnemônico NERDS, corresponde à infeção do compartimento superficial da ferida, em que são observados os seguintes sinais: Não cicatrização da ferida, exsudato inflamatório, tecido de granulação friável, detritos de tecido e cheiro (SIBBALD, 2007).

O mnemônico STONNES, observa-se o aumento do tamanho da ferida, aumento da temperatura local da ferida, extensão da ferida até o osso, nova ferida, exsudato, edema e eritema, cheiro/ odor, sinais esses que refletem a progressão à infecção. Houve esta necessidade de diferenciação, na medida em que a abordagem em termos de tratamento da infeção é diferente (SIBBALD, 2007).

Passando para a letra M do mnemônico TIMERS, é avaliado o equilíbrio da umidade da ferida, ou seja, a quantidade de exsudato presente no leito da ferida, sendo essencial para o seguimento das etapas de cicatrização. A ausência e/ou o excesso de umidade retardam e dificultam o processo cicatricial (CAMPOS, 2016), por

isso o manejo eficaz do exsudado permite a cicatrização de feridas úmidas, evita a maceração da pele perilesional (WUWHS, 2019) e ainda previne a formação de biofilme (DOWSETT et al., 2019; WOUNDS, 2017). A classificação do exsudato, quanto ao tipo e a quantidade é descrita no quadro 3 abaixo:

Quadro 3— Classificação do exsudato

| | |
|---|---|
| **Tipo de exsudato** | Seroso, serossanguinolento, sanguinolento, seropurulento, fibroso, purulento, hemopurulento. Hemorrágico. (WOUNDS, 2013; VOWDEN et al., 2015). |
| **Quantidade de exsudato** | - Ausente, quando o leito da ferida seco, sem umidade aparente;<br>- Baixo, leito da ferida com umidade escassa, não distribuído uniformemente sobre toda a área da ferida;<br>- Moderado, leito molhado uniformemente, em que o fluido envolve apenas a área da lesão e não compromete a pele adjacente;<br>- Alto, quando umidade é intensa e o fluidos recobrem toda a ferida e comprometem a pele adjacente (CAMPOS, 2016). |

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A superprodução de exsudato pode levar a vazamento do curativo (encharcado), trocas frequentes de curativos e consequentemente ao desconforto, dor, trauma, descamação da pele, danos à pele perilesional de maceração, infecção ou aumento da carga biológica, odor, retardo do processo de cicatrização, perda de proteína ou fluido, efeitos sociais, psicológicos e econômicos (WUWHS, 2019).

As bordas são um dos pontos fundamentais para a cicatrização e é citada na letra S do mnemônico TIMERS (ATKIN et al., 2019) o que mostra que é preciso o monitoramento, quanto à hidratação, aos sinais de lesão persistente e à aderência na margem do leito da ferida, sendo assim a importância de classifica-las em: aderidas, não aderida, macerada, desnivelada, hiperqueratosa ou epibolia (CAMPOS, 2016).

Além disso, a limpeza das bordas da ferida também é necessária, afim de remover tecido desvitalizado e biofilme, estimulando assim, a expressão de fatores de crescimento para impulsionar a formação de pele saudável (MURPHY et al., 2020), igualmente é necessário remover hiperqueratose ou calosidades (SCHULTZ et al., 2017).

Quando citada a avaliação das bordas, é necessário também atenção com à pele perilesional, quanto alterações da cor, turgor, presença de dermatite de contato, maceração, eritema, edema ou indução (CAMPOS, 2016).

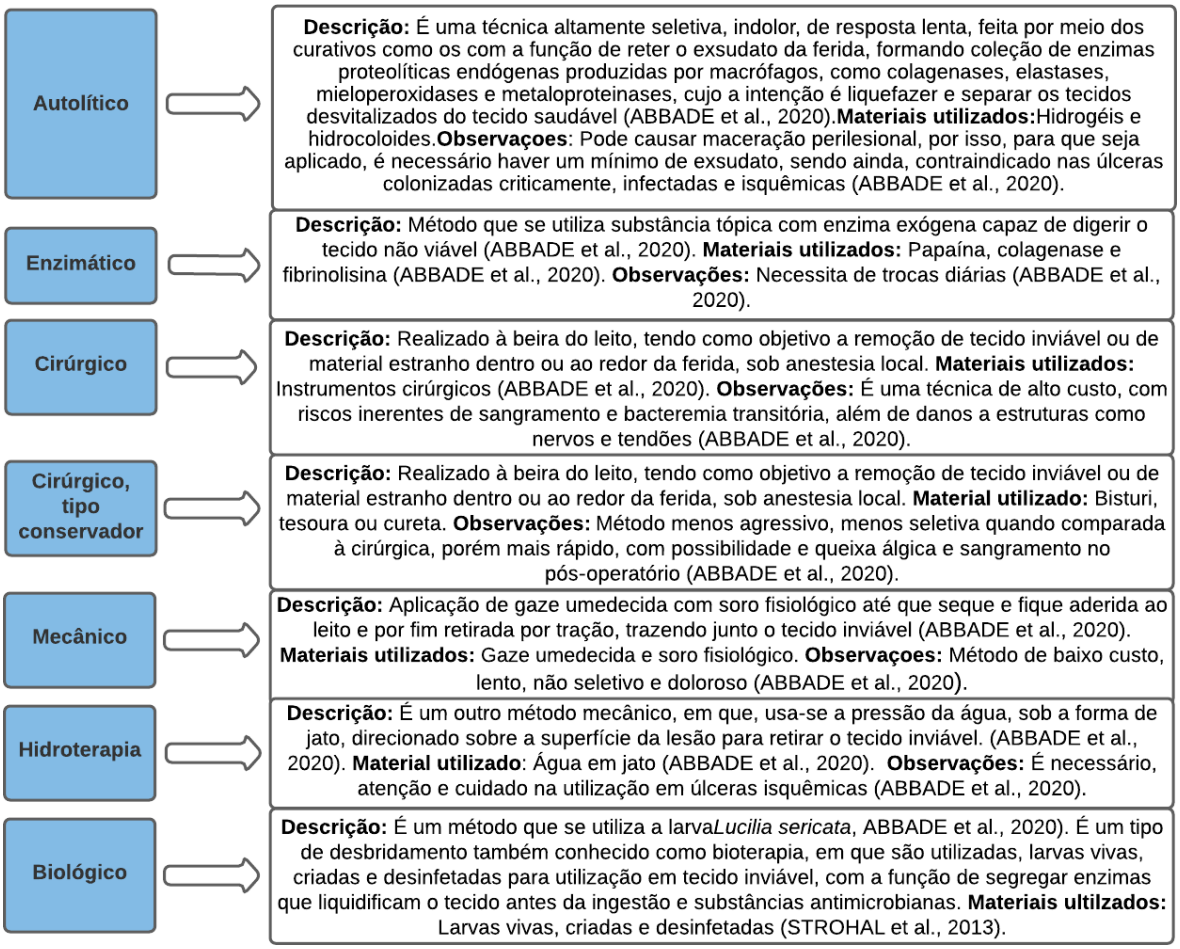
Após a limpeza do leito da ferida, bordas e pele perilesional, é avaliado a necessidade do desbridamento. Para esse ser realizado, alguns pontos devem ser considerados: a competência do profissional de saúde; o tipo de tecido (esfacelo, necrose, escara dura); presença de biofilme e implementação da via do biofilme; localização e profundidade da ferida; presença de isquemia; a causa subjacente; a duração do processo de desbridamento; local do tecido desvitalizado; uso de imunossupressores. (ATKIN et al., 2019).

Deve ser considerado uma possível contraindicação antes do desbridamento acentuado, o uso de anticoagulantes, área da ferida é muito grande ou a razão normalizada internacional for menor que 2,5 (ATKIN et al., 2019).

Desbridamento, por definição, é todo e qualquer método de remoção de tecido desvitalizado, necrótico, infectado, fibrinoso ou que contenha material estranho de uma ferida (GETHIN, COWMAN, KOLBACH, 2015), além de auxiliar na remoção do biofilme, melhorar a biodistribuição dos antimicrobianos e evitar a formação de novo biofilme (ABBADE et al., 2020).

Os métodos de desbridamento mais utilizados na prática clínica são o cirúrgico, enzimático e autolítico (ABBADE et al., 2020), além de outros, conforme descrito na figura 3:

Figura 3— Tipos de desbridamento mais utilizados na prática clínica




Fonte: Elaborado pela autora (2022).

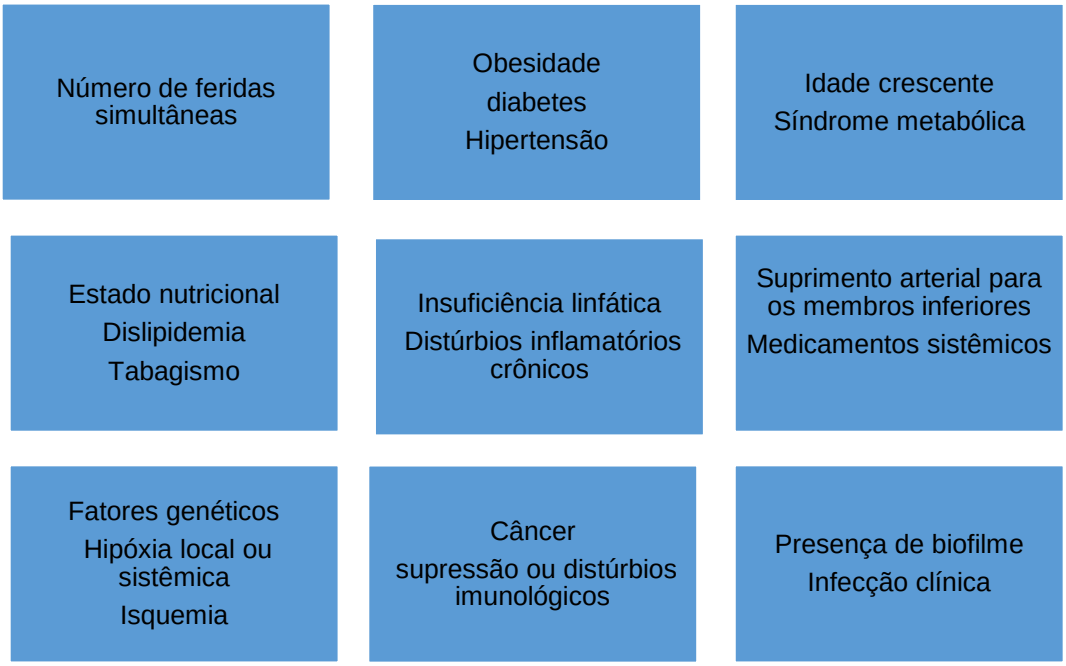
Na aplicação da letra R do mnemônico TIMERS, a atenção é primeiramente voltada para avaliação dos fatores de riscos, visto que a reparação e regeneração da ferida só ocorrerá, se as causas das feridas forem resolvidas (ATKIN et al., 2019).

Os fatores de risco podem ser definidos como o estado da doença e fisiopatologia específica da etiologia da ferida; fatores de risco clínicos não específicos à etiologia; e fatores de risco não clínicos e relacionados ao paciente (ATKIN et al., 2019).

Para identificação da fisiopatologia da ferida, existem uma variedade de métodos que, dentre eles: palpação de pulso, pressão dos dedos dos pés e imagem radiológica, incluindo ultrassom, doppler, ressonância magnética e tomografia computadorizada, sendo importantes também a avaliação de edema, insuficiência

linfática, uso de medicamentos, exames laboratoriais e sinais vitais (ATKIN et al., 2019). Os fatores de risco clínicos, não diretamente relacionados à etiologia da ferida, estão descritos na figura 4.

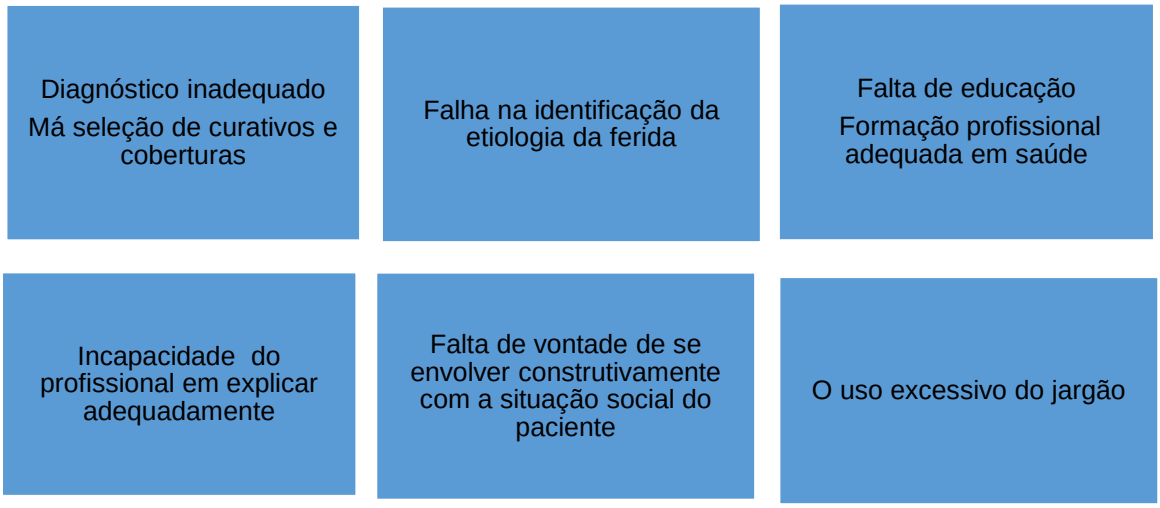
Figura 4— Fatores de risco clínicos não diretamente relacionados à etiologia da ferida




Fonte: Atkin et al. (2019).

Considerando que os fatores relacionados ao atendimento aos pacientes também devem ser vistos como fatores de risco para um prognóstico ruim das feridas, destacamos alguns como descrito na figura 5:

Figura 5— Fatores de risco relacionados ao atendimento aos pacientes




Fonte: Atkin et al. (2019).

Após serem analisados os fatores de risco, limpeza do leito, bordas, desbridamento, é o momento de promover a regeneração celular e a reparação da ferida, com a aplicação de uma cobertura.

Devemos considerar que, com o avanço tecnológico, houve uma ascensão de produtos e métodos utilizados na área do tratamento de feridas, com diferentes indicações e mecanismos de ação, classificados, conforme as características apresentadas pela ferida. Dentre eles podemos citar espumas, hidrogéis, alginato de cálcio, carvão ativado/coberturas com prata, hidrocoloides, filmes transparentes, bota de Unna, hidrofibra e colágeno (ABBADE et al., 2020).

Ainda há no mercado o ácido graxo essencial, que é utilizado amplamente no Brasil, com indicação para feridas abertas superficiais com ou sem infecção, porém há necessidade de realização de estudo clínicos randomizados para comprovar os possíveis os seus benefícios (FERREIRA et al., 2012; SANTOS et.al., 2017).

Importante enfatizar que a seleção da cobertura também deverá ser efetuada levando em consideração os protocolos institucionais e sua disponibilidade (SCHULTZ et al., 2017).

Também existem outras opções, alternativas, de tratamento que também devem ser levadas em consideração se o plano de tratamento predefinido e o cronograma não forem possíveis, como descrito no quadro 4.

Quadro 4— Tipos de terapias coadjuvantes

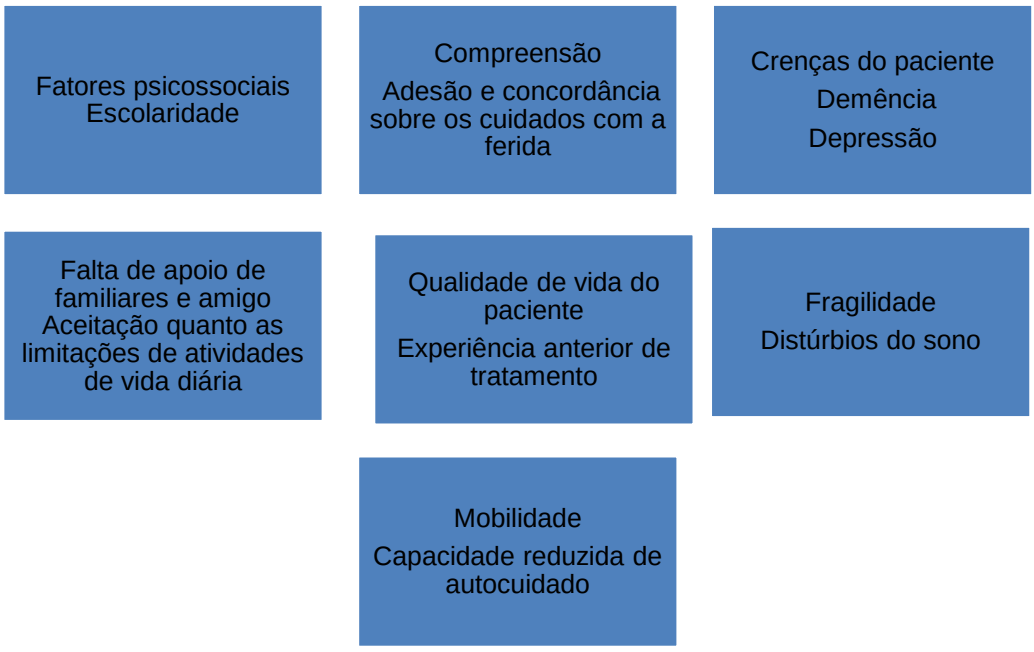
| Tipos | Conceito |
|---|---|
| **Terapia de ferida por pressão negativa (NPWT)** | Representa-se como um importante método adjuvante no tratamento das feridas com o objetivo de acelerar o processo de reparação e preparo do leito da ferida, de forma que promove sua cicatrização em ambiente úmido, por meio de uma pressão subatmosférica controlada e aplicada localmente (LIMA, COLTRO, FARINA, 2017) e ainda promove a junção das bordas, aumenta a perfusão sanguínea e a formação de tecido de granulação, além de remover o exsudato, e consequentemente o edema) com os benefícios da limpeza cíclica que dilui e solubiliza os resíduos da ferida (KIM et al., 2020). |
| **Terapia de ferida por pressão negativa com instilação e tempo de permanência (NPWTi-d)** | Fornece um mecanismo pelo qual soluções antissépticas tópicas podem ser aplicadas regularmente no leito da ferida durante a NPWT enquanto o curativo e a terapia permaneciam no lugar, com o objetivo de diminuir a carga bacteriana e eliminar as pequenas partículas de detritos (KIM et al., 2020). |
| **Oxigenoterapia hiperbárica (OHB)** | Administrada através da respiração do ar com alta pressão parcial de oxigênio em uma câmara fechada. Fornece uma atmosfera rica em oxigênio para a área da ferida, seja pela administração contínua tópica de oxigênio não pressurizado através de pequenas cânulas ou tubos finos para curativos ou por pequenas câmaras dispositivos de pressão constante (ATKIN et al., 2019), comportando-se como uma droga, que provoca o aumento do metabolismo, com melhora da hipoperfusão e a inflamação dos tecidos (SBMH, 2002) |
| **Laserterapia** | Essa terapia aumenta a perfusão tecidual da lesão, que favorece maior aporte sanguíneo e nutrição da área lesionada, além do estímulo da neovascularização e da proliferação celular, além de favorecer alívio da dor e o desconforto no local da ferida (BRANDÃO et al., 2020).Com o aumento de neovascularização e proliferação de fibroblastos, ocorre a diminuição na quantidade do infiltrado inflamatório nas feridas, o que contribui para a modulação do |

| | |
|---|---|
| | reparo tecidual com cicatrização mais rápida e organizada (CARVALHO et al., 2016; SALVI et al., 2017). |
| **Ozonioterapia** | O gás ozônio possui propriedades bactericidas, fungicidas e virostáticas, sendo largamente utilizado para tratamento de feridas infectadas. Essa terapia age na cicatrização de feridas extensas e proporcionando melhor qualidade de vida aos pacientes, devido à melhora da oxigenação tecidual, indicadas principalmente em feridas de origem vascular, arterial ou venosas, úlceras diabéticas e por insuficiência arterial (ABOZ, 2016). |
| **Ultrassom** | Tem função desbridante, funcionada pela aplicação direta na base da ferida de energia de ondas sonoras, o que destrói o biofilme, induz um rápido sangramento para estimular fatores de crescimento e melhora a granulação e a perfusão local (STROHAL et al., 2013; SWANSON et al., 2020). |

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

No mnemônico S do TIMERS, não menos importante, é referenciado os aspectos sociais, ou seja, é importante a avaliação dos fatores de risco não clínicos e os relacionados ao paciente, como descrito na figura 6.

Figura 6— Fatores de risco relacionados ao paciente




Fonte: Atkin et al. (2019).

Alguns fatores podem ser incontroláveis e em algumas situações devem ser amplamente aceitos, como exemplos temos: o ambiente e as condições em que o paciente vive, a distância do lar e o serviço de saúde, isolamento social além da situação econômica do paciente, que muitas vezes impossibilita seu deslocamento até um serviço de tratamento (ATKIN et al., 2019).

É importante também enfatizar, que é imprescindível no atendimento a realização de educação do paciente e da família. As orientações sobre o tratamento e sobre a prevenção de uma recidiva, devem ser fornecidas ao longo de todo o percurso de atendimento a pessoa com ferida. O profissional de saúde deve realizar a educação ao paciente e considerar a possível necessidade de educar outras pessoas na família ou grupo social ligado ao indivíduo, a fim de permitir um maior grau de adesão e melhores resultados (ATKIN et al., 2019).

Diante disso, destaca-se a importância da realização um plano de cuidados, cujos elementos devem indicar como o paciente e a ferida serão tratados, quais métodos a serem utilizados e os profissionais de saúde que serão envolvidos (ATKIN et al., 2019). Destaca-se ainda, a importância de se realizar a avaliação de forma sistematizada com um instrumento padronizado que aborde todos os elementos do processo de cicatrização, com abordagem integral do indivíduo considerando que as feridas de difícil cicatrização, levam a mudanças na vida cotidiana tanto na esfera pessoal, social, profissional e relacional.

As atividades diárias muitas vezes, são modificadas, como locomoção, execução de atividades domésticas, hábitos de higiene pessoal (banho), dificuldades para repousar e dormir e utilização de medicamentos para dor (XAVIER, 2016).

Além disso, a necessidade de lidar com mobilidade física prejudicada, principalmente pela localização do ferimento, que assume diferentes implicações desde a incapacidade de realizar as atividades de forma mais lenta, e até mesmo o sentimento de aprisionamento pela dificuldade de se locomover livremente (XAVIER, 2016). Por isso, faz-se importante compreender todo o processo de demandas que surgem, e que na sua maioria interferem no processo de cura.

Neste sentido, percebendo a complexidade do processo de manejo de um paciente com ferida, é exigido uma análise dinâmica e precisa, sendo importante a

utilização de instrumentos validados, como o TIMERS, afim de direcionar a avaliação e o tratamento das feridas, além de corroborar para uma efetiva comunicação entre os profissionais e permitir melhores resultados.

## 2.2 CONCEITO E APLICAÇÃO PRÁTICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM FERIDA

Para o desenvolvimento das atividades de enfermagem centradas na manutenção e promoção da saúde e também na prevenção de doenças e agravos, o processo de enfermagem (PE) é um método fundamental para prestação de cuidados a indivíduos, famílias ou comunidades (BARRIENTOS; PIRES; MACHADO, 2020; OLIVEIRA et al., 2019).

O PE começou a ser implantado no Brasil na década de 70, por Wanda de Aguiar Horta, somente em 2002, recebeu apoio legal do COFEN, pela Resolução nº 272, para ser implementada em âmbito nacional nas instituições de saúde brasileiras (HERMIDA; ARAÚJO, 2006). Porém, tal resolução utilizou o termo Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para tratar das etapas do processo de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002). Assim, durante muitos anos a SAE e o PE foram tratados como sinônimos pelos dispositivos legais da enfermagem.

A SAE é um método capaz de organizar e planejar, através de ações sistematizadas, o exercício profissional do enfermeiro, seja em atividades gerenciais, de ensino ou de assistência ao paciente (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2012). Oferece subsídios à administração e gerenciamento em enfermagem para ordenação de recursos humanos, seleção de métodos de trabalho e instrumentos para o planejamento da assistência de enfermagem (BENEDET et al., 2016; SOARES et al., 2016), sendo, que isso tem por base proporcionar o foco no objeto do trabalho da enfermagem: o cuidado (SANTOS et al., 2013).

A Resolução COFEN nº 358/2009, prevê que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao pessoal, método e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem (PE) (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Logo esse conceito não deve ser confundido, como um método de assistência de enfermagem e sim como um processo organizacional em que os métodos, como o

PE está inserido, sendo esse à base de sustentação da SAE.

O PE possibilita identificar as respostas das pessoas para os problemas de saúde e os processos de vida que exigem intervenções. Sua utilização deve ser fundamentada num referencial teórico de enfermagem que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos e intervenções de Enfermagem; e ainda a avaliação dos resultados alcançados, que levam a garantir um atendimento de enfermagem qualificado e a segurança do paciente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

O PE é um instrumento metodológico, utilizado para tomar decisões apropriadas sobre as necessidades dos pacientes (diagnósticos de enfermagem), acerca dos resultados que se quer alcançar (resultados de enfermagem) e os cuidados baseados em evidências que são mais adequados para atender as necessidades do paciente (intervenções de enfermagem). (FAVERO; WALL; LACERDA 2013).

Alguns autores conceituam ainda, o PE como um instrumento de planejamento da assistência, que permite registrar um plano de cuidados, organiza as informações referentes ao paciente, família e comunidade, permite a comunicação entre as equipes e que consequentemente favorece a promoção da segurança do paciente (ADAMY et al., 2018; BERWANGER et al., 2019; SHIBUKAWA et al., 2019; SOUSA et al., 2020).

É importante enfatizar a importância de sustentar as etapas de diagnóstico de enfermagem, intervenções e resultados de enfermagem aos sistemas de linguagens padronizadas, que são nomenclaturas validadas internacional, que corroboram a cientificidade da assistência de enfermagem (MORAIS; NÓBREGA; CARVALHO, 2018; OLATUBI et al., 2019).

A linguagem padronizada avalia a efetividade do cuidado realizado em múltiplos contextos por diferentes profissionais, comunica a essência do cuidado de enfermagem a outros profissionais, ajuda a melhorar nossa prática por meio de pesquisas, a avançar os conhecimentos de enfermagem e os esforços da categoria de adquirir visibilidade no cenário da política de saúde (BULECHEK, 2020).

A utilização de sistemas de classificação ou taxonomias relacionadas ao PE proporciona benefícios, dentre eles: segurança no planejamento, implementação e

avaliação dos cuidados de enfermagem, melhora da comunicação entre as equipes e da qualidade das documentações, visibilidade às ações de enfermagem e desenvolvimento de registros eletrônicos (FURUYA et al., 2011).

Dentre elas, os diversos sistemas de classificação, desenvolvidos a partir das diferentes fases do processo de enfermagem, destacam-se a Taxonomia da NANDA Internacional (NANDA-I), a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), a Classificação de Resultados Esperados (NOC) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (NOBREGA; NOBREGA; SILVA, 2011). Nesse estudo utilizaremos a classificação da NANDA-I e da NIC.

A criação da organização profissional, atualmente conhecida como NANDA-I teve início na década de 1970, nos Estados Unidos, onde os enfermeiros diagnosticavam, tratavam e documentavam achados relacionados aos pacientes e suas famílias que eram diferentes dos diagnósticos médicos, o que permitiu desenvolver esta taxonomia dos diagnósticos de enfermagem (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION-INTERNATIONAL, 2021).

A versão mais atual dessa classificação está organizada em 13 domínios, 47 classes e 267 diagnósticos de enfermagem. Os domínios são conceituados como “uma esfera de conhecimento, influência ou indagação”. Esses se dividem em classes, que são um agrupamento de diagnósticos de enfermagem, construídos por meio de um sistema pertencente a vários eixos, nos quais os componentes são combinados para tornar os diagnósticos, substancialmente, iguais na forma, e coerentes com o modelo ISO (HERDMAN, 2021).

O quadro 5 abaixo, descreve os domínios e as classes estabelecidas pela taxonomia II da NANDA-I.

Quadro 5— Domínios e classes da taxonomia II da NANDA-I

| DOMÍNIOS | CLASSES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Promoção da saúde | Percepção da saúde | Controle da saúde | | | |
| Nutrição | Ingestão | Digestão | Absorção | Metabolismo | Hidratação |
| Eliminação e troca | Função urinária | Função gastrintestinal | Função tegumentar | Função respiratória | |
| Atividade-repouso | Sono e repouso | Atividade – exercício | Equilíbrio de energia | Respostas cardiovasculares-pulmonares | Autocuidado |
| Percepção – cognição | Atenção | Orientação | Sensação – percepção | Cognição | Comunicação |
| Autopercepção | Autoconceito | Imagem corporal | | | |
| Papéis e relacionamentos | Papeis do cuidador | Relações familiares | Desempenho de papéis | | |
| Sexualidade | Identidade sexual | Reprodução sexual | | | |
| Enfrentamento – tolerância ao estresse | Respostas pós -trauma | Respostas de enfretamento | Estresse neurocompor-tamental | | |
| Princípios da vida | Valores | Crenças | Coerência entre valores – crenças | | |

Fonte: North American Nursing Diagnosis Association-International (2021).

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico (pensamento crítico, raciocínio crítico, pensamento criativo e raciocínio diagnóstico) sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma tal resposta de um

indivíduo, uma família, ou uma comunidade de forma clara e precisa (CARBOGIM et al., 2016; NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - INTERNATIONAL, 2021),

Nessa etapa o profissional reconhece pontos relevantes de uma situação, interpreta seus significados e intervém de forma adequada (BALDUINO, 2016), afim de determinar as ações e decisões nas diferentes etapas do PE (CARVALHO, 2017).

O diagnóstico de enfermagem possui um título e uma definição clara, porém ter apenas conhecimento desses é insuficiente, é necessário conhecer os indicadores diagnósticos, que são conceituados como informações usadas para diagnosticar e distinguir um diagnóstico do outro, esses incluem características definidoras (inferências observáveis/sinais e sintomas) e fatores relacionados (causa, fator contribuinte) (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION-INTERNATIONAL, 2021).

As características definidoras são pistas/inferências vistos ou inferidos pela audição, tato ou olfato, que se agrupam como manifestações de um diagnóstico. Os fatores relacionados são um componente que integra todos os diagnósticos de enfermagem, sendo descritos como antecedentes, associados, relacionados ou estimuladores. Os fatores de risco são influências que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, família, grupo ou comunidade a uma situação não saudável, sendo eles ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION-INTERNATIONAL, 2021).

Logo, para atendimento seguro, é essencial que no momento da avaliação pesquisa- se e avalie as manifestações diagnósticas e causas dos diagnósticos de enfermagem, visto que isso dá sustentação à precisão do diagnóstico de enfermagem, e consequentemente a escolha de intervenções efetivas (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION-INTERNATIONAL, 2021).

Os eixos estão representados nos títulos dos diagnósticos de enfermagem, por meio de valores, podendo estar explícito ou implícito, além de alguns casos um eixo pode não ser pertinente a determinado diagnóstico, como por exemplo o eixo tempo, que pode não ser relevante a todos os diagnósticos. Logo, um eixo é definido, de forma operacional, como uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico. Existem 7 eixos (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS

ASSOCIATION-INTERNATIONAL, 2021):

- Eixo 1: foco do diagnóstico;
- Eixo 2: sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, grupo, cuidador, comunidade);
- Eixo 3: julgamento (prejudicado, ineficaz etc.);
- Eixo 4: localização (vesical, auditivo, cerebral etc.);
- Eixo 5: idade (lactente, criança, adulto etc.);
- Eixo 6: tempo (crônico, agudo, intermitente etc.);
- Eixo 7: situação do diagnóstico (voltado a um problema de risco, de promoção da saúde).

Após serem elencados os diagnósticos de enfermagem, é feita a seleção das intervenções de enfermagem, definida como qualquer tratamento que, baseado em julgamento clínico do enfermeiro possibilita a melhora dos resultados, sendo tanto os cuidados diretos quanto os indiretos (BULECHEK, 2020).

Os cuidados diretos são tanto ações de enfermagem fisiológicas e psicossociais, como ações manuais e as de apoio e aconselhamento e os indiretos são ações de enfermagem destinadas ao gerenciamento do ambiente, com colaboração multidisciplinar (BULECHEK, 2020).

A classificação mais utilizada para as intervenções é a NIC que facilita a seleção apropriada de uma intervenção de enfermagem, a comunicação entre a equipe multiprofissional, o ensino da tomada de decisão, o desenvolvimento e o uso de sistemas de informações em enfermagem. Possibilita que pesquisadores avaliarem a efetividade e o custo dos cuidados de enfermagem e auxilia os administradores no planejamento mais efetivo quanto às necessidades de equipe e equipamento (BULECHEK, 2020).

A NIC contém 565 intervenções de enfermagem e vários métodos disponíveis para encontrar a intervenção desejada, sendo elas: por ordem alfabética, pela

taxonomia se desejar identificar intervenções relacionadas a áreas de tópicos específicos, pelas ligações da NIC com os diagnósticos da NANDA-I e pelas intervenções essenciais da NIC por especialidade (BULECHEK, 2020).

## 2.3 TIPOS DE TECNOLOGIAS

Para desenvolvimento de um produto tecnológico, a exemplo de guias e roteiro, como forma de padronizar o atendimento ao paciente com ferida, faz-se necessário o entendimento dos tipos de tecnologias.

As tecnologias são desenvolvidas por meio dos resultados provenientes de conhecimentos científicos para a produção de bens materiais, ou, utilizadas durante assistência em situação prática do cotidiano e/ou no âmbito da pesquisa, na resolução de problemas relacionados a saúde, no objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada (NIETSCHE, 2005; MERHY, 2007; LORENZETTI, 2012).

As tecnologias podem ser classificadas em assistenciais, gerenciais e assistenciais. As tecnologias educacionais visam o processo de aprender e ensinar em diversos processos educacionais. As tecnologias gerenciais são usadas nos processos de gestão por profissionais da área da saúde, de forma sistematizada, com as ações voltadas para o planejamento, a execução e a avaliação, além de serem fundamentais para o gerenciamento da assistência e dos serviços de saúde, tendo como finalidade a melhoria da assistência de enfermagem (NIETSCHE, 2005).

Nesta pesquisa, a criação de guia e roteiro, caracteriza-se como tecnologias assistenciais. Compreendidas, como ações voltadas para o cuidado, inclui o auxílio de um saber técnico – científico, resultante das experiencias vivenciadas pelos profissionais, uso de teorias e das investigações frente aos problemas. A partir desse saber técnico-científico, um conjunto de ações sistematizadas, processuais são desenvolvidas para a prestação de uma assistência qualificada ao ser humano em todas as suas dimensões; o ser físico, o ser psíquico, o ser espiritual, o ser social, o ser intelectual (NIETSCHE, 2005).

Na área da enfermagem o desenvolvimento de tecnologias de saúde, direciona os cuidados de enfermagem e melhora a qualidade da assistência, além de proporcionar maior segurança ao paciente, comunicação entre os profissionais, facilidade no desenvolvimento de indicadores de saúde, uso racional de recursos,

controle maior dos custos e ainda reduz, a variabilidade de ações do cuidado (OLATUBI et al., 2019.COREN, 2017; VIEIRA, 2016).

# 3 REFERENCIAL TEÓRICO

## 3.1 USO DO MODELO TEÓRICO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA HORTA NA CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS ASSISTENCIAIS

O modelo teórico que foi utilizado nesta pesquisa foi das Necessidades Humanas Básicas (NBH) proposto por Wanda de Aguiar Horta que orientará a construção tecnologia assistencial para aplicação do processo de enfermagem, e consequentemente irá contribuir para sistematização da assistência de enfermagem.

Na década de 1970 surgiu no Brasil um movimento com Wanda de Aguiar Horta, enfermeira pioneira e visionária, em que a mesma apresenta um modelo teórico das NHB, desenvolvida a partir da teoria da motivação humana de Maslow (HORTA, 2018).

Partir da teoria citada, o primeiro conceito, referido por Horta (2018) é o da enfermagem:

> Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família ecomunidade) no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, bem como de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 2018).

Horta (2018) também descreve alguns princípios para a aplicabilidade da ciência da enfermagem, e consequentemente para o desenvolvimento de um método de trabalho, com fundamentação científica, denominado processo de enfermagem. Sendo eles:

> - A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano.
> - A enfermagem é prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio.
> - Todo o cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação.
> - A enfermagem reconhece o Homem como membro de uma família e de uma comunidade.
> - A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativono seu autocuidado (HORTA, 2018).

O modelo teórico das NHB de Wanda Horta, embasado na teoria de Mohana, passoua ser o mais utilizado no Brasil, sendo as necessidades divididas em níveis:

psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, sendo as duas primeiras necessidades comuns a todos os indivíduos nas diversas características existentes na complexidade humana e a terceira são características singulares de cada indivíduo, sendo que as três estão intimamente inter-relacionadas, visto que o ser humano é um todo indivisível (HORTA, 2018).

As necessidades são definidas como estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos, sendo possível ocorrer em qualquer ser humano de forma variada. Portanto, problemas de enfermagem resultam dos desequilíbrios das necessidades humanas básicas do indivíduo, da família ou da comunidade, sendo manifestadas por meio de sinais e sintomas (BENEDET; BUB, 2001; HORTA, 2018),

Horta (2018), ainda, afirma que sempre surgirão novas necessidades humanas, exigindo que o profissional enfermeiro e o próprio paciente vislumbrem de novas perspectivas quanto a prioridades dos cuidados a serem prestados. Visto isso, a mesma introduziu, em cada nível proposto por Mohana (1964), subgrupos de necessidades humanas, de forma a ajustar esse modelo para a prática assistencial de enfermagem.

Diversos estudos utilizam o modelo teórico das NHB de Wanda Horta para fundamentar a prática profissional do enfermeiro na realização do processo de enfermagem. Bordinhão (2012), desenvolveu em seu estudo um instrumento de coleta de dados para pacientes de UTI, ao fundamentar o mesmo, de acordo com as NHB, observou que na prática, uma maior aproximação, melhor comunicação e relacionamento interpessoal entre enfermeiros, pacientes e familiares, além de sustentar as demais etapas, facilitar a coleta de dados, bem como o desenvolvimento do pensamento crítico e raciocínio clínico na elaboração dos diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem.

Um estudo descritivo, realizado para apresentar a criação do *software* SIPETi, afim de aplicar o PE em unidade de terapia intensiva, fundamentado no modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, constatarama essencialidade da teoria para nortear a coleta de dados dos pacientes e as demaisetapas do processo (MARTINS; CHIANCA, 2016).

De acordo Vidigal et al. (2017) ao distribuir os problemas de enfermagem nas

categorias psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, o indivíduo é avaliado em sua totalidade, não apenas nas repercussões biológicas da patologia, mas também nas repercussões familiares e sociais.

Diante do exposto é visto que para realizar o PE é importante um embasamento, por meio de referencial teórico, como preconiza a Resolução COFEN 358/2009. Logo, o modelo teórico das NHB de Wanda Horta foi adotado como referencial, pois acredita-se na possibilidade de construir uma tecnologia assistencial que permita a organização da coleta de dados e que possibilite também a definição de todas as necessidades básicas afetadas em relação aos problemas de enfermagem e assim, qualificar o atendimento ao paciente com ferida.

Contudo, considerando que em sua obra, Horta não apresenta a definição de cada uma das NHB, assim, Benedet e Bub (2001), tiveram a ideia em 1993, em um curso de especialização em enfermagem de terapia intensiva, pela Universidade de Santa Catarina de descrever as NHB de forma específica, visto que a naquela época a enfermagem não utilizava o PE como forma de sistematizar a assistência. Logo o objetivo era suprir essa lacuna, construindo uma proposta de sistematizar a assistência de enfermagem.

### 3.1.1 NHB definidas por Benedet e Bub

#### 3.1.1.1 Necessidades psicobiológicas

As necessidades psicobiológicas são as seguintes: Oxigenação, Regulação vascular, Regulação térmica, Regulação neurológica, Percepção dos órgãos dos sentidos, Hidratação, Alimentação, Eliminação, Integridade física, Sono e repouso, Atividade física, Cuidado corporal, Segurança física e meio ambiente, Sexualidade, Regulação e Terapêutica (BENEDET; BUB, 2001).

Na sequência, apresenta-se o conceito de cada uma dessas necessidades citadas:

- Oxigenação: é a necessidade de o organismo receber o oxigênio através da ventilação, da difusão do oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue, do transporte do oxigênio para os tecidos periféricos e da remoção do

dióxido de carbono; e equilíbrio da respiração com o objetivo de produzir energia, afim de manter a vida;

- Regulação vascular: é a necessidade de o organismo transportar e distribuir nutrientes vitais através do sangue para os tecidos e remover substâncias tóxicas com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo;

- Regulação térmica: é a necessidade de o organismo manter a temperatura central (temperatura interna) entre 36° e 37,3°C, com o objetivo de obter uma termorregulação do organismo (produção e perda de energia térmica);

- Regulação neurológica: é a necessidade do indivíduo de manter o funcionamento do sistema nervoso, com o objetivo de controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos cognitivos;

- Percepção dos órgãos dos sentidos: é a necessidade de o organismo perceber o meio através de estímulos nervosos, com o objetivo de interagir com os outros e reconhecer o ambiente;

- Hidratação: é a necessidade de manter em nível ótimo os líquidos corporais, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal;

- Alimentação: é a necessidade de o indivíduo manter uma alimentação equilibrada, com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida;

- Eliminação: é a necessidade de o organismo eliminar substâncias tóxicas ou presentes em quantidades excessivas, com o objetivo de manter a homeostase corporal;

- Integridade física: é a necessidade de o organismo manter as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, com o objetivo de proteger o corpo de fatores extrínsecos;

- Sono e repouso: é a necessidade de o organismo manter, por um período

diário, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência; corpo e mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais;

- Atividade física: é a necessidade de mover-se intencionalmente sob determinadas circunstâncias, por meio do uso da capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares, com o objetivo de evitar lesões tissulares (vasculares, musculares, osteoarticulares), exercitar-se, satisfazer desejos e sentir-se bem.

- Cuidado corporal: é a capacidade do indivíduo de forma eficaz e responsável de realizar atividades com o objetivo de preservar nitidade corporal;

- Segurança física e meio ambiente: é a necessidade de manter um meio ambiente livre de agentes agressores à vida humana, com o objetivo de preservar a integridade psicobiológica;

- Sexualidade: É a necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser humano, com o objetivo de obter prazer e consumar o relacionamento sexual com um parceiro ou parceira, além de procriar;

- Crescimento celular: é a necessidade de o organismo em manter a multiplicação celular e o crescimento tecidual, com o objetivo de crescer e desenvolver-se;

- Terapêutica: é a necessidade de o indivíduo buscar ajuda profissional para auxiliar no cuidado à saúde com o objetivo de promover, manter e recupera a saúde.

#### 3.1.1.2 Necessidades psicossociais

As necessidades psicossociais são as seguintes: Comunicação; Gregária; Recreação e Lazer; Segurança Emocional; Amor e Aceitação; Autoestima, Autoconfiança e Autorrespeito; Liberdade e Participação; Educação para a Saúde/Aprendizagem; Autorrealização; Espaço; e Criatividade. Descreve-se na sequência, cada significado referente a tais necessidades psicossociais (BENEDET;

BUB, 2001).

- - Comunicação: é a necessidade de se comunicar utilizando linguagem verbal (palavra falada e escrita) e não verbal (símbolos, sinais, gestos, expressões faciais) com o objetivo de interagir com as pessoas;
- - Gregária: é a necessidade de viver em grupo para interagir com os outros e realizar trocas sociais;
- - Recreação e Lazer: é a necessidade de utilizar a criatividade para produzir e reproduzir ideias, com o ideal de interagir, distrair e distrair-se;
- - Segurança Emocional: é a necessidade de confiança em si mesmo, em relação os sentimentos e emoções dos outros, com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente;
- - Amor e Aceitação: é a necessidade de ter sentimentos e emoções em relações às pessoas, em geral, com o objetivo de ser aceito e integrado a sociedade.
- - Autoestima, Autoconfiança, Autorrespeito: são necessidades de se sentir bem, para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas convicções de vida, respeito por si mesmo, se valorizar, se reconhecer merecedor de amor e felicidade, e de não ter medo de expor as ideias e desejos com o objetivo de obter controle sobre a sua vida, de estar bem emocionalmente e de perceber-se como um ser vital da própria existência;
- - Liberdade e Participação: é a necessidade que cada um tem de agir conforme seu próprio objetivo de vida, dentro de uma sociedade organizada, respeitando os limites impostos por normas definidas (sociais, culturais, legais);
- - Educação para a Saúde/Aprendizagem: é a necessidade de adquirir conhecimento e/ou habilidade para adaptar-se a uma situação nova ou já conhecida, com o a ideia de adotar comportamentos saudáveis e manter o

status de saúde;

- - Autorrealização: é a necessidade de realizar o máximo com suas capacidades físicas, mentais, emocionais e sociais, com o ideal de ser o tipo de pessoa que almeja ser;

- - Espaço: é a necessidade de delimitar-se no ambiente físico, ou seja, espalhar-se e ou retrair-se, com o objetivo de preservar a individualidade e a privacidade;

- - Criatividade: é a necessidade de ter ideias e executar, com o objetivo de realizar-se (vir a ser).

3.1.1.3 Necessidades psicoespirituais

A espiritualidade é a necessidade inerente ao indivíduo e está vinculada ao estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre as pessoas e um ser ou entidade superior, com o objetivo de sentir bem-estar espiritual. Pode-se citar, como exemplo, as crenças relativas ao significado da vida. Sendo importante enfatizar que espiritualidade não tem o mesmo significado que religião (BENEDET; BUB, 2001).

Nesse sentido, o conteúdo teórico da tecnologia assistencial ora apresentado, considera o conceito da própria teoria de Wanda Horta, que descreve que é preciso assistir o ser humano em sua unicidade, atendendo suas necessidades básicas e torna-o independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, logo, o produto desenvolvido nesse estudo, tem a intenção de deslumbrar não só a integridade da pele, mas ampliar a necessidade da visão holística no tratamento do paciente com ferida.

## 4 OBJETIVO

Elaborar e validar tecnologias assistenciais para o cuidado de enfermagem ao paciente com ferida.

# 5 METÓDO

## 5.1 DELINEAMENTO E TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico aplicado, dividido em quatro etapas, com produção de tecnologia assistencial para o cuidado de enfermagem a paciente com ferida, fundamentado no modelo teórico das NBH de Wanda de Aguiar Horta. Os estudos metodológicos investigam os métodos de obtenção e organização de dados na condução de pesquisas rigorosas. Este tipo de pesquisa trata do desenvolvimento de métodos de pesquisa com o objetivo de elaborar um instrumento confiável, preciso e utilizável (POLIT; BECK, 2018).

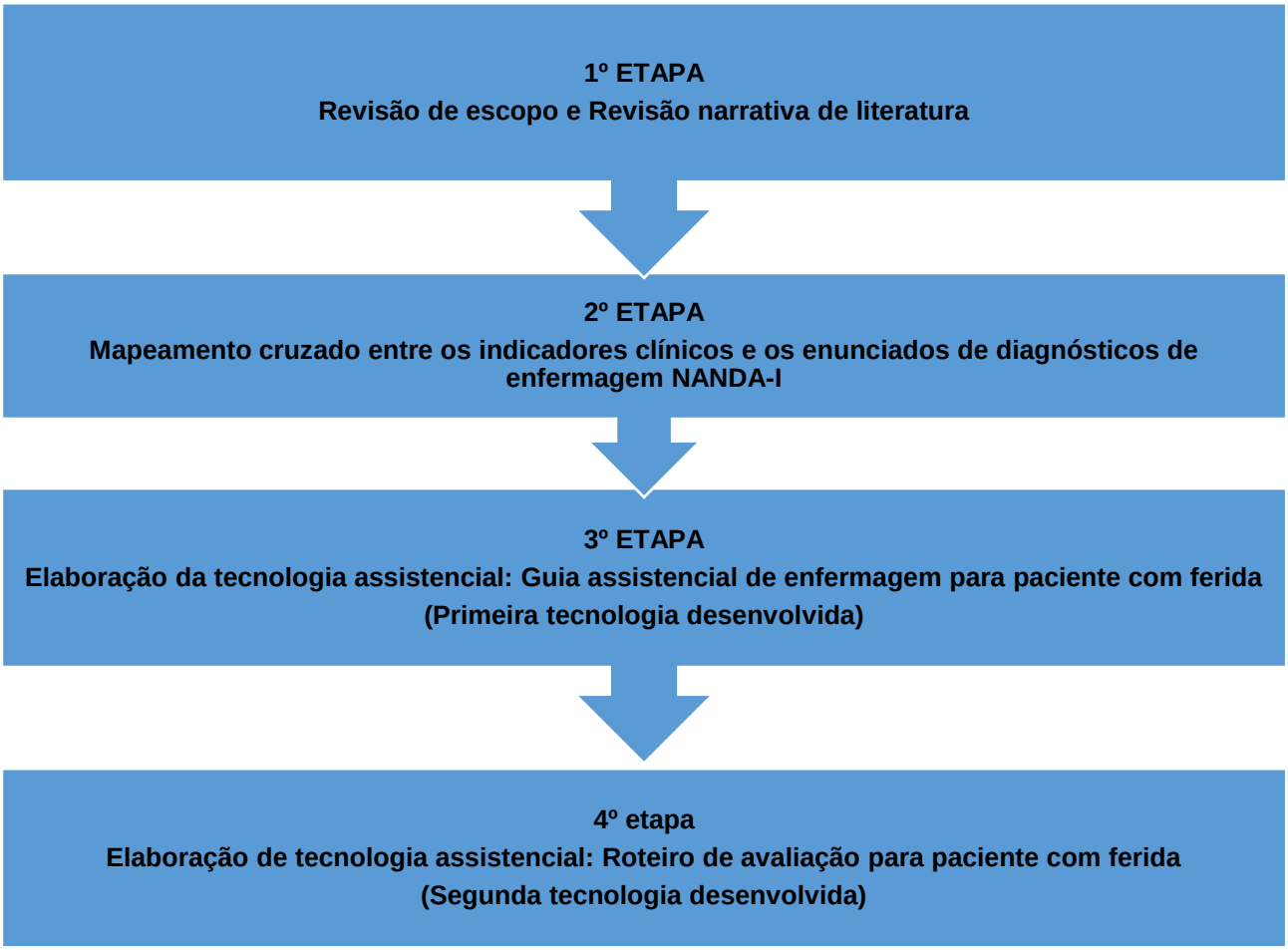
A pesquisa foi realizada no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo.

Para a elaboração da tecnologia assistencial foi realizado uma revisão de escopo afim de identificar os indicadores clínicos (sinais, sintomas e complicações) predominantemente apresentados pelo paciente com ferida, além de uma revisão narrativa de literatura, sendo a primeira etapa do estudo. Na segunda etapa, foi realizado um mapeamento cruzado entre os indicadores clínicos do paciente com ferida e os enunciados de diagnósticos de enfermagem NANDA-I. A terceira etapa foi construído de um guia assistencial de enfermagem para paciente com ferida, sendo a primeira tecnologia desenvolvida na pesquisa. A quarta etapa foi a construção de um roteiro de avaliação para paciente com ferida, a partir da revisão de escopo e da revisão narrativa de literatura, sendo assim, uma segunda tecnologia assistencial foi desenvolvida e validada por juízes. Vale ressaltar, que posteriormente será descrita detalhadamente cada etapa.

## 5.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Este estudo foi desenvolvido de acordo com o fluxograma descrito na figura 7.

Figura 7— Fluxograma do percurso da pesquisa




Fonte: Elaborado pela autora (2022).

### 5.2.1 Primeira etapa: Revisão de escopo

Nessa primeira etapa foi realizada uma revisão narrativa de literatura sobre a temática feridas, além de uma revisão de escopo com o objetivo de identificar os indicadores clínicos apresentados pelo paciente com ferida. A revisão de escopo da literatura foi realizada conforme as cinco etapas propostas no método de Arksey e O'Malley (2005): identificação da questão de pesquisa, identificação dos estudos relevantes que viabilizassem a amplitude e abrangência dos propósitos da revisão; definição dos critérios de inclusão e exclusão, mapeamento dos dados e sumarização dos resultados.

Um estudo de revisão implica na viabilidade e na fidelidade da informação dos documentos originais. Desse modo, esses aspectos foram assegurados através do

rigor da metodologia, da adequada referenciação e do rigor no tratamento e apresentação dos dados (MENDES et al., 2018).

Com o intuito de responder ao objetivo proposto, foi elaborada a seguinte questão norteadora: Quais os principais indicadores clínicos presentes nos pacientes com feridas? Foram considerados indicadores clínicos o conjunto de sinais e sintomas e complicações capazes de caracterizar o fenômeno em estudo.

A busca foi realizada em periódicos nacionais e internacionais na base de dados eletrônica: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), sendo que as publicações da LILACS se deu pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e os estudos da MEDLINE por meio da BVS e do PubMed. Selecionaram-se descritores controlados do Descritores em Ciências da Saúde (DECS) em português: “ferida “, “sinais e sintomas”; “enfermagem”, e pela *Medical Subject Headin*gs (MeSH): “*wound”, “signs and symptoms”*, “nursing” com o recurso boleano AND, que se deu entre o primeiro, segundo e terceiro descritor, seguindo critérios de inclusão e exclusão.

O critério de inclusão para busca e seleção foram apenas artigos originais e na integra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, no recorte temporal de 5 anos (2015 a 2020), que respondessem à questão da pesquisa. Utilizou-se como critério de exclusão; artigos de revisão, relatos de caso, teses, dissertações, artigos sobre outros temas ou que envolvessem crianças. Os artigos em duplicidade foram considerados em apenas uma base de dados. Além dos artigos, também foram incluídos protocolos e manuais referenciados nos artigos encontrados, num recorte temporal de 5 anos (2015 a 2020).

Ademais, nas revisões de escopo, diferentemente das revisões sistemáticas, os critérios de inclusão e exclusão podem ser elaborados posteriormente, com base no aumento da familiaridade com a literatura (PETERS et al., 2015).

Em revisões de escopo, o processo de extração de dados é conhecido como mapeamento dos resultados, que fornece um resumo lógico e descritivo dos resultados de acordo com o objetivo e pergunta (s) da revisão do escopo. Assim, o mapeamento dos resultados segue a seguinte ordem: Autor (es); b. Ano de publicação; c. Título; d. Base da dados; e. Objetivo do estudo; f. Resultados; g. Principais descobertas relacionadas à (s) questão(ões) da revisão do escopo

(indicadores clínicos) (PETERS et al., 2015).

Nesse estudo para análise crítica, elaborou-se um instrumento de coleta de dados visando responder à questão de pesquisa da revisão, que compreendeu os seguintes itens: número do artigo, título, autor, ano, objetivo do estudo, e principais descobertas relacionadas a pergunta norteadora da revisão do escopo.

O conflito entre os autores durante a avaliação dos artigos foi solucionado a partir da revisão dos critérios de inclusão e exclusão.

Os indicadores identificados foram unificados em uma planilha software Microsoft Office Word® Professional Plus 2016. Foi realizado um processo de normalização que consiste em correções gráficas, de gênero, de número e uniformização.

### 5.2.2 Segunda etapa: Mapeamento cruzado

A segunda etapa ocorreu após a identificação dos indicadores clínicos de paciente com ferida, sendo esses, organizados em um quadro, com descrição da sua prevalência. Feito isso, houve a seleção dos principais indicadores, que foram mapeados com as características definidoras, fatores relacionados e condições associada, descritas no NANDA-I, afim de realizar a seleção de enunciados de diagnósticos de enfermagem

O mapeamento cruzado é um método de identificação de termos que podem ser usados, comparados ou compreendidos a partir de uma linguagem padronizada, com o objetivo de validar dados em diferentes contextos e realidades (MOORHEAD; DELANEY, 1997; LUCENA; BARROS, 2005). Por meio desse método é possível produzir materiais didáticos, que fundamentam a tomada de decisões por meio do raciocínio clínico e, portanto, são facilmente incorporados a prática clínica de enfermagem (MORAIS; NÓBREGA; CARVALHO, 2018; PIZZOL et al., 2019).

Para a realização do mapeamento cruzado é necessário determinar as regras que serão seguidas e adaptadas durante o delineamento do método. Essas devem estar fundamentadas nas características dos dados obtidos e das classificações utilizadas (MOORHEAD; DELANEY, 1997) tendo em vista também as particularidades dos dados pesquisado e da própria NANDA-I.

Inicialmente foi realizado combinação adaptada entre os indicadores clínicos

de paciente com ferida, com o objetivo de identificar os termos com significados semelhantes e em duplicidade. Para os com significado semelhante determinou-se um termo padrão, já os que estavam em duplicidade foram quantificados e em seguida excluídos para facilitar o processo de mapeamento cruzado.

Para definição do termo padrão foi utilizado como embasamento, as características definidoras, descritas no NANDA-I. Essas são definidas como inferências observáveis/sinais e sintomas (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION-INTERNATIONAL, 2021).

Após a definição e listagem dos termos padrões, esses foram mapeados com as características definidoras, fatores relacionados e condições associadas do NANDA-I. Porém em alguns casos, foi considerado o raciocínio clinico dos pesquisadores, visto que a temática abordada no estudo não é abrangente nas descrições do NANDA-I, havendo lacuna nos sistemas de classificação NANDA, NIC e NOC.

Os pesquisadores consideram para o mapeamento, os indicadores clínicos com índice de prevalência maior que três. Aqueles cuja a prevalência foi menor que três, foram analisados pelas pesquisadoras e os considerados importantes também foram utilizados no mapeamento.

### 5.2.3 Terceira etapa: Guia assistencial de enfermagem a paciente com ferida

Nessa etapa foi realizada a elaboração de um guia assistencial de enfermagem a paciente com ferida, de acordo com as recomendações preconizadas pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) da cidade de São Paulo (COREN-SP), organizado com base no modelo teórico das NHB de Wanda Horta (1979). O guia assistencial, contém os indicadores clínicos de pacientes com ferida, os principais diagnósticos de enfermagem, encontrados pelo mapeamento cruzado e intervenções e atividades de enfermagem da NIC para o paciente com ferida, selecionadas de acordo com o diagnóstico de enfermagem mapeado.

### 5.2.4 Quarta etapa: Roteiro de avaliação para paciente com ferida

O referencial teórico utilizado para elaboração do roteiro, sugere uma

sequência de 4 fases para guiar o processo de construção e validação de instrumentos: 1. Planejamento 2. Construção; 3. Validação; 4. Avaliação final do roteiro (aplicação da versão piloto em um grupo experimental apropriado) (BENSON, 1982).

#### 5.2.4.1 Planejamento

Nessa fase, foi realizada a organização dos conteúdos encontrados na revisão narrativa de literatura  e na revisão de escopo.

#### 5.2.4.2 Construção

A primeira versão do instrumento foi nomeado de “Roteiro de Avaliação para paciente com ferida". O roteiro construído visou atender o objetivo de aplicar a primeira etapa do processo de enfermagem, sendo o histórico de enfermagem e exame físico do paciente com ferida, seguindo uma sequência das necessidades humanas básicas, com a intenção de obter um roteiro conciso, claro, com informações suficientes e necessárias para a avaliação inicial do estado de saúde do paciente.

Desse processo de análise da literatura foi construído um roteiro com 10 dimensões: 1) identificação pessoal; 2) avaliação geral; 3) avaliação das necessidades psicossociais, tendo como subgrupos: moradia/hábitos de vida, interação social/autoestima, comunicação, atenção/segurança emocional e aprendizagem. 4) avaliação das necessidades psicoespirituais; 5) avaliação das necessidades psicobiológicas, tendo como subgrupos: regulação neurológica, oxigenação, regulação vascular geral e periférica, regulação térmica, percepção dos orgãos e sentidos, nutrição, hidratação, hábitos de sono, repouso, conforto, eliminação urinária, eliminação intestinal, cuidado corporal, segurança física, integridade da pele; 6) avaliação da ferida; 7) exames complementares 8) campos para seleção de diagnósticos de enfermagem; 9) campos para seleção de intervenções e atividades de enfermagem; e 10) conduta.

5.2.4.3 Validação do roteiro de avaliação por juízes

Nesta fase ocorreu a validação do conteúdo por 20 juízes na primeira rodada e 14 na segunda rodada, referente à pertinência, abrangência e à clareza, a fim de julgar a sua adequabilidade, por meio da escala tipo Likert.

Validar significa o ato ou efeito de tornar algo válido, legitimo, isto é, tornar algo verdadeiro, com autenticidade comprovada (SILVA, FERREIRA, 2014). Para Dodt (2012), validação tem o intuito de conferir maior credibilidade ao material e/ou produto que se pretende empregar na prática.

Porém, é importante a seleção de profissionais que possuam experiência clínica e conhecimento teórico no assunto estudado (LOPES; SILVA ARAUJO, 2012, CARVALHO; CUBAS; NÓBREGA, 2015)

Os critérios de inclusão para seleção dos juízes foram: ser enfermeiro assistencial ou docente e atuação com paciente com ferida de pelo menos três anos.

Foram selecionados 50 juízes por meio da amostragem bola de neve, designada como uma abordagem na qual é solicitada aos membros iniciais da amostra a indicação de outras pessoas que preencham os critérios de inclusão da pesquisa (POLIT; BECK, 2018).

A validação ocorreu em duas rodadas, o primeiro contato com os juízes foi realizado por meio de endereço eletrônico no qual foi encaminhado um formulário Google formulários (APENDICE A), contendo: uma carta convite com esclarecimentos sobre a pesquisa (APENDICE B); o TCLE como pré-requisito para participação na pesquisa (APENDICE C); um questionário para caracterização dos juízes; e um questionário no formato de escala Likert, para avaliação de instrumento. Foram excluídos da pesquisa os juízes que não devolveram o formulário dentro do tempo limite determinado de 15 dias após envio do documento.

Na segunda rodada foi encaminhado o e-mail com uma nova carta convite para os que haviam respondido na 1ª rodada, no objetivo de novamente ser avaliado a pertinência, abrangência e clareza dos itens, sendo que nesse momento a avaliação ocorreu de forma mais detalhada, visto que, os juízes puderam avaliar as opções de resposta de cada item. O formulário com as alterações sugeridas foi enviado para os mesmos 20 juízes  porém nessa rodada somente 14 responderam ao questionário de

validação.

Para a caracterização dos juízes, foram solicitadas as seguintes informações: nome completo; sexo; idade; unidade federativa em que atua; titulação; tempo de graduação; tempo de prática em feridas; e a informação a respeito de já ter utilizado as classificações da NANDA-I e NIC na prática clínica.

A escala Likert, foi dividida em três pontos avaliativos e em três níveis de análise, no primeiro ponto foi avaliada a clareza de linguagem: 1- nada de clareza, 2- pouca clareza; 3- muita clareza; no segundo ponto foi avaliada a pertinência prática: 1- nada pertinente, - pouco pertinente; 3- muito pertinente; no terceiro ponto foi avaliada a abrangência teórica-prática: 1- nada abrangente, 2- pouco abrangente; 3- muito abrangente. Constou, ainda, de espaços destinados para comentários e sugestões.

Para avaliar a concordância entre os juízes, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), responsável pela mensuração da proporção ou porcentagem de juízes em concordância sobre determinados aspectos em relação ao constructo e itens. Permitirá inicialmente analisar cada item individualmente e depois o constructo como um todo (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Para o cálculo da proporção de concordância utilizou-se a fórmula: $IVC$ = Número de respostas “3” dividido pelo número total de respostas.

Para Cubas e Nóbrega (2015), na abrangência de seis ou mais juízes, os itens avaliados deverão possuir IVC maior ou igual a 0,79. Os itens com IVC inferior a 0,79 serão readequados conforme sugestão dos juízes.

Para esta pesquisa, foi empregado o percentual de concordância de 80% entre os juízes como critério de decisão sobre a pertinência dos itens. Os itens que tiveram média inferior ao IVC de 0,80 foram modificados.

## 6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, sob o número de parecer 1581253 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE 24312819.2.0000.5071. Assim, foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO A).

# 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados conforme as Normas de Dissertação do Programa de Pós-Graduação — Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), organizados em duas partes: produção técnica e produção científica.

- **Produto 1:** Guia assistencial de enfermagem a paciente com ferida;
- **Produto 2**: Roteiro de avaliação para paciente com ferida;
- **Artigo 1**: Mapeamento cruzado entre indicadores clínicos do paciente com ferida e diagnósticos de enfermagem;
- Proposta de publicação: Reben;
- **Artigo 2:** Construção e validação de roteiro de avalição do paciente com ferida;
- Proposta de publicação: Reben.

## 7.1 PRODUÇÃO TÉCNICA 1

**Título:** Guia assistencial de enfermagem a paciente com ferida.

**Equipe Técnica:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestranda Enfa. Camila Binsi Scopel, sob a orientação da Profa. Dra. Walckiria Garcia Romero Sipolatti, bem como da Profa. Dra. Fabiana Gonring Xavier.

**Introdução:** No Brasil, as feridas acometem a população de forma geral, independente de sexo, idade ou etnia, sendo, desse modo, um sério problema de saúde pública que onera os cofres públicos e prejudica a qualidade de vida da população por causar alterações não só biológicas, mas também psicossociais (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009; BEDINA, et al., 2014).

Frente a isso, o cuidado de enfermagem do paciente com ferida necessita de atenção especial por parte dos profissionais da saúde, destacando-se o enfermeiro, porém, na sua prática, se faz necessária a sistematização da assistência de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Para sistematizar o cuidado e garantir ao paciente com ferida uma assistência

integral, o enfermeiro utiliza o processo de enfermagem. Este é um instrumento executado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem e anamnese); diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Para a padronização do PE, diversas taxonomias e classificações têm sido utilizadas para diagnósticos, resultados e intervenções, dentre as quais se destacam NANDA-I, NOC e NIC (MOORHEAD et al., 2020; NANDA-I, 2018; BULECHEK et al., 2016). A utilização de uma linguagem padronizada nos diagnósticos e intervenções de enfermagem deve ser estimulada na assistência, pois sua realização favorece o registro sistemático da prática clínica (DE CASTRO MOURA et al., 2017).

**Descrição do produto:** Elaborou-se um Guia Assistencial de enfermagem para o paciente com ferida, fundamentado no modelo teórico de Wanda Horta de Aguiar, organizado pelo modelo teórico das NBH. O guia assistencial de enfermagem é um conjunto de ações sobre determinada área de atuação, que é construído dentro dos princípios da prática baseada em evidências (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2015).

Este produto tem como objetivo apoiar o enfermeiro na execução do PE na segunda, terceira e quarta etapas que abordam o Diagnóstico de enfermagem, Planejamento de Enfermagem e a Implementação de Cuidados. Os diagnósticos, as intervenções e as atividades de enfermagem que compõem este trabalho são condizentes com a realidade da prática de enfermagem em paciente com ferida, tendo como público alvo os enfermeiros que atuam nesse campo de atuação.

**Tipo da Produção Técnica**: Material didático ou instrucional.

Meio de divulgação: ( ) impresso ( ) meio magnético ( ) meio digital ( ) filme ( ) hipertexto ( ) outro ( x ) vários

**Finalidade do produto:** Subsidiar os enfermeiros na execução do PE e na tomada de decisão frente às necessidades assistenciais do paciente com ferida, sendo um produto que pode ser disponibilizado de forma impressa, como um guia, ou ser inserido no conteúdo de aplicativo ou plataforma digital.

**Contribuições e possíveis impactos à prática profissional:** Contribuir para uma assistência de qualidade para o paciente com ferida, visto que traz cientificidade para a realização do processo de enfermagem, além de autonomia, apoio técnico e respaldo ético ao enfermeiro.

**Registro do Produto:** Solicitou-se registro de Direitos Autorais junto à Biblioteca Nacional, além do cumprimento de todas as orientações preconizadas pela instituição.

**Desenvolvimento do Produto:** O Guia Assistencial de Enfermagem a paciente com ferida foi desenvolvido em duas etapas: 1) identificação dos principais indicadores clínicos por meio de revisão de escopo; 2) mapeamento cruzado entre indicadores clínicos e diagnósticos de enfermagem e seleção das intervenções/atividades de enfermagem. Para o desenvolvimento do Guia Assistencial foram seguidas as recomendações preconizadas pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) da cidade de São Paulo (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO).

A primeira etapa constitui-se da realização de uma revisão de escopo para identificar os indicadores clínicos de pacientes com ferida, de forma a nortear a elaboração do guia assistencial de enfermagem. Para tanto, com o intuito de responder ao objetivo proposto, foi elaborada a seguinte questão norteadora para revisão: Quais os principais indicadores clínicos descritos na literatura relacionados aos pacientes com feridas? Considerou-se indicador clínico os sinais, sintomas e complicações relacionados à ferida.

Na segunda etapa, após a identificação dos indicadores clínicos, estes foram mapeados para seleção de enunciados de diagnósticos de enfermagem NANDA-I. Cinco regras que nortearam o processo metodológico foram delimitadas e, em seguida, foi realizado, manualmente, o mapeamento cruzado. Neste estudo, as mesmas foram aplicadas e adaptadas a partir do referencial metodológico utilizado por Moorhead e Delaney (1997) e Lucena e Barros (2005), descritas a seguir:

1) Garantir o sentido dos indicadores clínicos contidos na literatura;

2) Selecionar os diagnósticos de enfermagem com base na semelhança entre este e o indicador clínico;

3) Selecionar, no mínimo, um diagnóstico de enfermagem para os indicadores clínicos mais prevalentes;

4) Determinar uma palavra-chave que descreva nitidamente o indicador clínico (termo padrão), como também auxiliará na identificação do diagnóstico de enfermagem e intervenção/atividade mais apropriada;

5) Identificar o indicador clínico que, por qualquer motivo, não puder ser mapeado.

Por meio dos diagnósticos de enfermagem mapeados, as intervenções e atividades de enfermagem específicas para o paciente com ferida foram elencadas em sequência numérica, a partir da parte seis do livro NIC. Depois, houve digitação e armazenamento dos dados em um quadro eletrônico desenvolvido no software Microsoft Office Word® Professional Plus 2016.

**Instruções para uso do guia assistencial de diagnósticos, intervenções e atividades de enfermagem para o paciente com ferida, fundamentado na Classificação das Intervenções de Enfermagem**

O guia assistencial poderá ser consultado a cada avaliação ou sempre que necessário. Para tanto, o enfermeiro deverá executar as cinco etapas do processo de enfermagem, sendo que o produto desta pesquisa auxiliará no raciocínio clínico da segunda, terceira e quarta etapas que abordam o Diagnóstico de enfermagem, Planejamento de Enfermagem e Implementação dos Cuidados. Dessa forma, para consultar o guia assistencial, o enfermeiro realizará a coleta de dados (histórico de enfermagem e anamnese) e determinará os indicadores para a assistência que necessitam de intervenção de enfermagem, seja para prevenção seja para tratamento. Por meio do guia assistencial, o enfermeiro irá estabelecer os diagnósticos de enfermagem para, em seguida, selecionar as intervenções e atividades mais apropriadas.

**Indicadores clínicos do paciente com ferida: revisão de escopo**

Dos 354 artigos encontrados nas bases de dados, 37 foram selecionados para compor a revisão de escopo sendo que, em 2015, houve a publicação de 3 (8%), 6

em 2016 (16%), 8 em 2017 (22%), 8 em 2018 (22%), 12 em 2019 (32%) e, em 2020, nenhum.

Quanto às bases de dados, três dos estudos foram encontrados na LILACS (8%), 30 na MEDLINE (81%); em outras fontes, quatro (11%), de acordo com o quadro 6.

Quadro 6— Distribuição dos artigos encontrados na *scoping review*, segundo ano de publicação, autores, título do artigo, base de dados e periódicos, objetivo e indicadores clínicos do paciente com ferida. Vitória, ES, Brasil, 2020

| Nº | Ano | Autor | Título | Base de dados – Fonte | Objetivo do estudo | Indicadores clínicos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 2019 | Ebob-Anya et al. | Management of cellulitis and the role of the nurse: a 5-year retrospective multicentre study in Fako, Cameroon | MEDLINE BMC Res Notes | Descobrir como os pacientes com celulite são gerenciados e os cuidados prestados pelas enfermeiras àqueles | Febre, linfangite, infecção, necrose, sepse formação de abscesso, úlcera, pústulas, reincidência da infecção, amputação |
| 02 | 2019 | Xiaolanb et al. | A Combination of Ultrasonic Debridement and Shenghong Wet Dressing in Patients with Chronic Ulcers of the Lower Limbs | MEDLINE Journal of International Medical Research | Examinar os efeitos do desbridamento ultrassônico mais um curativo úmido de Shenghong (SH) na cicatrização de úlceras crônicas nas extremidades inferiores em pacientes com diabetes | Tecido necrótico, dor, secreção purulenta, infecção, tecido de granulação, baixo fluxo sanguíneo, exsudação |
| 03 | 2019 | Kim, Lyon, Weaver, Keenan, Stechmiller | Demographics, Psychological Distress, and Pain From Pressure Injury | MEDLINE Nurs Res | Examinar a influência da idade, sexo, raça e comorbidade nas relações entre lesões por pressão, sofrimento psicológico e intensidade da dor em adultos hospitalizados | Lesão por pressão, sofrimento psicológico, dor |
| 04 | 2019 | Copanit et al. | Translation and validation of the Greek version of the "ASEPSIS" scoring method for orthopaedic wound infections | MEDLINE Int J Orthop Trauma Nurs | O objetivo deste estudo foi traduzir e validar a ASEPSIS em grego | Eritema, exsudato purulento, separação de tecidos profundos, ferida operatória infectada, infecção |

| Nº | Ano | Autor | Título | Base de dados – Fonte | Objetivo do estudo | Indicadores clínicos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 05 | 2019 | Siah et al. | An observational study of temperature and thermal images of surgical wounds for detecting delayed wound healing within four days after surgery | MEDLINE J Clin Nurs | Objetivo elucidar os padrões térmicos infravermelhos e as leituras de temperatura das superfícies das feridas cirúrgicas para detectar atraso na cicatrização de feridas dentro de quatro dias após a cirurgia | Vermelhidão, fluxo sanguíneo deficiente, acúmulo de líquido intersticial, feridas cirúrgicas infectadas, cicatrização tardia |
| 06 | 2019 | Moffatt, Gaskin, Sykorova, Dring, Aubeeluck, Franks, Windrum, Mercier, Pinnington, Quere | Prevalence and Risk Factors for Chronic Edema in U.K. Community Nursing Services | MEDLINE Lymphat Res Biol | Determinar o número de pessoas com edema crônico e seu impacto nos serviços de saúde | Doença arterial obstrutiva periférica, imobilidade, úlcera de perna, linfedema, celulite |
| 07 | 2019 | Grove, Houser, Sibbald, Salvadalena | Measuring epidermal effects of ostomy skin barriers. Skin Res Technol | MEDLINE Skin Res Technol | Determinar as diferenças na extensão do trauma cutâneo resultante da aplicação e remoção em série de dois tipos de barreiras de estomia | Eritema, desnudação, irritação da borda |
| 08 | 2019 | Xiaolan, Wujie, Xiaoyan, Wenlai | A combination of ultrasonic debridement and Shenghong wet dressing in patients with chronic ulcers of the lower limbs | MEDLINE J Int Med Res | Examinar os efeitos do desbridamento ultrassônico mais um curativo úmido de Shenghong (SH) na cicatrização de úlceras crônicas das extremidades inferiores em pacientes com diabetes | Tamanho da úlcera, exsudação, infecção, úlceras mistas diabéticas, dor |

| Nº | Ano | Autor | Título | Base de dados – Fonte | Objetivo do estudo | Indicadores clínicos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 09 | 2018 | Gray, Giuliano | Incontinence-Associated Dermatitis, Characteristics and Relationship to Pressure Injury: A Multisite Epidemiologic Analysis. J Wound Ostomy Continence Nurs. | MEDLINE J Wound Ostomy Continence Nurs | Medir a prevalência de dermatite associada à incontinência (IAD) entre pessoas incontinentes no ambiente de cuidados agudos, características de IAD neste grupo e associações entre IAD, urinária, fecal e dupla incontinência, imobilidade e lesão por pressão na região sacral | Dermatite por incontinência urinária, imobilidade |
| 10 | 2018 | Shikama et al. | Development of Personalized Fitting Device With 3-Dimensional Solution for Prevention of NIV Oronasal Mask-Related Pressure Ulcers | MEDLINE Respiratory Care | Avaliar a eficácia do dispositivo de ajuste personalizado proposto | Eritema, desconforto, pressão de contato |
| 11 | 2018 | Smollock et al. | Hypoperfusion and Wound Healing: Another Dimension of Wound Assessment. | MEDLINE Adv Skin Wound Care | Examinar a correlação entre a pressão arterial média (PAM) e os índices de cicatrização de feridas e descrever um processo analítico que pode ser usado de maneira precisa e prospectiva ao avaliar todos os tipos de ulcerações cutâneas | Hipoperfusão cutânea, cicatrização interrompida, alteração de pressão arterial, feridas crônicas |
| 12 | 2018 | Sabo, Le, Yaakov, Carter, Serena | A Post-marketing Surveillance Study of Chronic Wounds Treated With a Native Collagen Calcium Alginate Dressing | MEDLINE Ostomy Wound Manage | Avaliar a eficácia de um curativo de alginato de cálcio e colágeno em feridas crônicas em conjunto com as práticas de tratamento padrão (SC) (por exemplo, descarga, desbridamento, compressão) para apoiar a cicatrização | Neuropatia, amputações, úlcera de pressão estágio 2, doença vascular periférica, dor relacionada à ferida, exsudato, ferida crônica, redução do tamanho |

| Nº | Ano | Autor | Título | Base de dados – Fonte | Objetivo do estudo | Indicadores clínicos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 2018 | Paul | Descriptors for Itch Related to Chronic Wounds | MEDLINE Wounds | Identificar descritores para coceira relacionada a feridas, com base nas respostas do paciente | Coceira, desconforto, ferida crônica, limitante da vida, sensação de formigamento, sensação de calor |
| 14 | 2018 | Barakat-Johnson, Lai, Wand, Coyer, White | Cultivating Incontinence-associated Dermatitis Prevention Practices in an Australian Local Health District: A Quasi-experimental Study | MEDLINE Ostomy Wound Manage | Avaliar o impacto das iniciativas de prevenção na prevalência de IAD e práticas de incontinência | Pele vermelha e irritada", "escoriação", "pele seca" úlcera por pressão |
| 15 | 2018 | Cunha, Padoveze, Melo, Nichiata | Identification of post-cesarean surgical site infection: nursing consultation | MEDLINE Rev Bras Enferm | Escrever o perfil das mulheres em relação às suas condições de vida, de saúde e perfil sociodemográfico, correlacionando com a presença de sinais e sintomas sugestivos de infecção do sítio cirúrgico pós-cesariana, identificar informações a serem consideradas na consulta de puerpério realizada pelo enfermeiro e propor um roteiro para a sistematização da assistência | Deiscência, dor em sítio cirúrgico, presença de secreção amarelada, presença de secreção purulenta, sangramento, febre |
| 16 | 2018 | Lentsck, Baratieri, Trincaus, Mattei, Miyahara | Quality of life related to clinical aspects in people with chronic wound | MEDLINE Rev Esc Enferm USP | Avaliar a qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas e comparar esse índice com parâmetros clínicos | Dor nos movimentos, restrições de atividades, diminuição do contato social com amigos e família, edema, infecção, feridas crônicas |

| Nº | Ano | Autor | Título | Base de dados – Fonte | Objetivo do estudo | Indicadores clínicos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | 2017 | Bliss, Mathiason, Gurvich, Savik, Eberly, Fisher, Wiltzen, Akermark, Hildebrandt, Jacobson, Funk, Beckman, Larson | Incidence and Predictors of Incontinence-Associated Skin Damage in Nursing Home Residents With New-Onset Incontinence | MEDLINE J Wound Ostomy Continence Nurs | Determinar a incidência e os preditores de dermatite associada à incontinência (DAI) em residentes de asilos | Presença de lesão por pressão perineal, limitações funcionais nas atividades de vida diária, problemas de perfusão, déficits cognitivos, eritema, áreas rosadas, lesões cutâneas, erupção fúngica, pele expostas a urina ou fezes vazadas, dermatite por incontinência urinária |
| 18 | 2017 | Finlayson, Miaskowski, Alexander, Liu, Aouizerat, Parker, Maresco-Pennisi, Edwards | Distinct Wound Healing and Quality-of-Life Outcomes in Subgroups of Patients With Venous Leg Ulcers With Different Symptom Cluster Experiences | MEDLINE J Pain Symptom Manage | identificar subgrupos de pacientes com base em sua experiência com um grupo de sintomas de dor-depressão-fadiga-distúrbio do sono e apontar diferenças nas características dos pacientes e na cicatrização de feridas e nos resultados de QV entre os subgrupos | Dor, distúrbio do sono, inchaço na perna, exsudato pesado, sintomas depressivos, fadiga, retardo da cicatrização, úlcera venosa na perna, diminuição da mobilidade, diminuição da interação social |
| 19 | 2017 | VESTJENS et al. | The inter-rater reliability between nurse-assessors clinically assessing infection of chronic wounds using the WUWHS criteria | MEDLINE Int Wound J | Avaliar clinicamente a infecção de feridas crônicas pelos critérios que o WUWHS formulou em 2008. O segundo objetivo foi determinar a experiência dos enfermeiros avaliadores com o formulário pré-impresso | Descoloração, mal-estar, cicatrização atrasada, dor, tecido de granulação friável (facilmente danificado), eritema, calor, edema peri-ferida, infecção da ferida, feridas crônicas, mau cheiro |

| Nº | Ano | Autor | Título | Base de dados – Fonte | Objetivo do estudo | Indicadores clínicos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 2017 | Siaw-Sakyi. | Early wound infection identification using the WIRE tool in community health care settings: An audit report | MEDLINE Int Wound J | Relatar sobre o uso da ferramenta WIRE em ambientes comunitários de saúde | Dor, esfacelo, tecido necrótico, tecido de granulação friável, exposição dos órgãos subjacentes, túneis, maceração, escoriação, eritema, calor localizado, edema, odor, exsudato, alteração da temperatura, habilidade mental alterada, náusea, vômito, linfangite, úlceras de pernas, ferida, cirúrgica, ferida traumática, úlcera por pressão, infecção sistêmica, desnutrição |
| 21 | 2017 | Chianca et al. | Incontinence-associated dermatitis: a cohort study in critically ill patients | MEDLINE Revista gaúcha enfermagem | Estimar incidência, determinar fatores de risco e propor modelo de predição de risco para desenvolvimento de dermatite associada à incontinência em pacientes adultos críticos | Prurido, dor, eritema, presença de fungos, necessidade de suporte nutricional (oral, enteral ou parenteral) |
| 22 | 2017 | Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul | TeleCondutas: lesão por pressão | LILACS | Auxiliar no atendimento ao paciente com lesão por pressão | Infecção bacteriana disseminada, tecido de granulação, necrose de liquefação (esfacelo), necrose de coagulação (escara), exposição de tendões, exposição da fáscia muscular, calor, edema, secreção purulenta, presença de odor fétido, tecido de granulação friável, aumento da dor na úlcera, aumento de drenagem da ferida, febre, calafrio, taquicardia, hipotensão, confusão, vômitos, leucocitose, acidose, hiperglicemia grave, celulite/eritema ao redor da úlcera, lesão por pressão |

| Nº | Ano | Autor | Título | Base de dados – Fonte | Objetivo do estudo | Indicadores clínicos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 2017 | Brennan, Milne, Agrell-Kann, Ekholm | Clinical Evaluation of a Skin Protectant for the Management of Incontinence-Associated Dermatitis: An Open-Label, Nonrandomized, Prospective Study | MEDLINE J Wound Ostomy Continence Nurs | Avaliar a eficácia de um produto protetor da pele experimental no tratamento de lesões cutâneas graves associadas à incontinência | Pele vermelhada severa, perda de pele epidérmica, reepitelização, dermatite associada à incontinência, lesão por pressão, exsudato de feridas, pele desnudada |
| 24 | 2017 | Smith, Brown, McGinnis, Briggs, Coleman, Dealey, Muir, Nelson, Stevenson, Stubbs, Wilson, Brown, Nixon | Exploring the role of pain as an early predictor of category 2 pressure ulcers: a prospective cohort study | MEDLINE BMJ Open | Explorar a dor relacionada à área de pressão como um preditor do desenvolvimento de úlcera de pressão (UP) de categoria ≥2 | Mobilidade muito limitada, dor relacionada à área de pressão, úlcera por pressão, ferida crônica |
| 25 | 2016 | Forsythe et al. | Interobserver Reliability of Three Validated Scoring Systems in the Assessment of Diabetic Foot Ulcers. | MEDLINE Int J Low Extrem Wounds | Objetivo avaliar a confiabilidade interobservador de três sistemas de pontuação para ulceração do pé diabético. | Isquemia, tecidos necróticos, infecção de pé diabético, neuropatia. |
| 26 | 2016 | Goto, Tamai, Nakagami, Kitamura, Naito, Hirokawa, Shimokawa, Takahashi, Umemoto, Sanada | Can Wound Exudate from Venous Leg Ulcers Measure Wound Pain Status?: A Pilot Study | MEDLINE PLoS One | Investigar as associações entre o estado de dor autoavaliado e dois candidatos a biomarcadores de dor, fator de crescimento do nervo e S100A8 / A9, no exsudato de úlcera venosa da perna para, finalmente, desenvolver um método objetivo de avaliação da dor | Infecção, exsudato, lesão que se estende até a derme, dor, sinais de inflamação |

| Nº | Ano | Autor | Título | Base de dados – Fonte | Objetivo do estudo | Indicadores clínicos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27 | 2016 | Foertsch et al. | Evaluation of a Surgical Site Discharge Teaching Tool Using Pictures and a Mirror | MEDLINE Clin Nurse Spec | Desenvolver, implementar e avaliar uma ferramenta de ensino para autoavaliação de incisões cirúrgicas após a cirurgia de laparotomia | Tecido vermelho, drenagem, infiltração, pus, inchaço, pele quente, dor, sensibilidade, pele inflamada |
| 28 | 2016 | Hall, Clark | A Prospective, Descriptive, Quality Improvement Study to Investigate the Impact of a Turn-and-Position Device on the Incidence of Hospital-acquired Sacral Pressure Ulcers and Nursing Staff Time Needed for Repositioning Patients | MEDLINE Ostomy Wound Manage | Avaliar a prevalência de incontinência e incidência de IAD e HAPUs entre pacientes incontinentes, e 2) avaliar o efeito da educação do cuidador e uso de um limpador de uma etapa, hidratante, produto de barreira no desenvolvimento de IAD e HAPUs entre pacientes com incontinência | Dermatite por incontinência urinária, leito da ferida rosa avermelhada, úlcera de pressão adquirida em hospitais, vermelhidão, integridade da pele prejudicada |
| 29 | 2016 | Khan, Giannone, Mehrabi, Khan, Giannone | Marjolin's Ulcer Complicating a Pressure Sore: The Clock is Ticking | MEDLINE Am J Case Rep | Descrever sobre uma doença rara chamada úlcera de Marjolin | Úlcera de Marjolin, úlcera de pressão, inflamação crônica, cicatrização retardada. |
| 30 | 2016 | Gillespie et al. | Adding Negative pressure toImprove healing (The DRESSING Trial): A RCT Protocol | MEDLINE BMJ Open | Determinar a clínica e o custo-efetividade do uso da NPWT em mulheres obesas com CE eletiva e semi-urgente | Vermelhidão, inchaço, dor, sensibilidade, deiscência, secreção aquosa, secreção purulenta, hematoma, seroma, bolhas |

| Nº | Ano | Autor | Título | Base de dados – Fonte | Objetivo do estudo | Indicadores clínicos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 2015 | SILVA et al. | Therapeutic Interventions in Fungating Wounds: Case Reports | LILACS Rev. bras. cancerologia | Descrever as intervenções de enfermagem empregadas para minimizar sinais e sintomas das feridas tumorais | Exsudato, sangramento, nodulações pequenas e avermelhadas, comprometimento da epiderme e derme, ulcerações friáveis, queixa álgica, tecido necrótico, insucesso na realização do cuidado da ferida, vesículas, fragilidade do tecido cutâneo, área perilesional hiperemiada, tecido desvitalizado (esfacelo), limitações de compreensão dos cuidados, expressar angústia pela demora na melhora da ferida, falta de resultado no tratamento, ausência do paciente no acompanhamento da ferida, úlceras venosas, impacto na autoimagem, interferência direta das condições socioeconômicas no controle dos sintomas e nos cuidados das feridas tumorais |

| Nº | Ano | Autor | Título | Base de dados – Fonte | Objetivo do estudo | Indicadores clínicos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 32 | 2015 | Nogueira et al. | Nursing diagnoses in patients with chronic venous ulcer: observational study | LILACS<br>Rev. eletrônica enfermagem | Analisar os diagnósticos de enfermagem em pessoas com úlcera venosa crônica | Perfusão inadequada, edema, força muscular diminuída, dor, ansiedade, ressecamento da pele, aporte deficiente de nutrientes, isolamento social, sensações de preocupação, angústia, falta de conhecimento dos pacientes, experiência sensorial e emocional desagradável, baixo volume de líquido ingerido, integridade tissular prejudicada, perfusão tissular periférica ineficaz, risco de infecção, mobilidade física prejudicada, autocontrole ineficaz da saúde, nutrição prejudicada, dor crônica, veias varicosas |
| 33 | 2015 | Ogrin et al. | Effective management of patients with diabetes foot ulcers: outcomes of an Interprofessional Diabetes Foot Ulcer Team | MEDLINE<br>Int Wound J | Avaliar os resultados de saúde do paciente com úlceras nos pés que receberam atendimento da equipe interprofissional | Tecido necrótico, infecção, edema, amputação da perna, depressão, perda da sensação de proteção, mudança da aparência da pele, mortes, rachaduras na pele seca, artrite séptica, redução da capacidade de gerenciamento eficaz dos cuidados com os pés, úlceras nos pés, hiperglicemia, avaliação do índice de pressão braquial no tornozelo alterado |
| 34 | 2019 | Jones et al. | Incision care and dressing selection in surgical wounds: Findings from an international meeting of surgeons | Wounds UK | Destacar os resultados de uma reunião internacional de oito cirurgiões ortopédicos e um cirurgião vascular, discutir os cuidados com incisões e a seleção de curativos em feridas cirúrgicas | Sangramento excessivo, infecção local, infecção sistêmica, dor na ferida, vermelhidão, inchaço, deiscência, maceração ou danos à pele circundante, exsudato |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 35 | 2019 | World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) | Wound exudate effective assessment and management | Wounds International | Fornecer orientações práticas e claras que ajudarão a avaliar e gerenciar com eficácia o exsudato para evitar complicações relacionadas ao exsudato e melhorar os resultados para os pacientes | Níveis elevados de proteases, infecção, carga socioeconômica, biofilme, edema próximo à ferida, aumento do risco de infecção, desconforto, dor, maceração, expansão de feridas, efeitos psicossociais, medo, constrangimento relacionados aos vazamentos ou aos odores, prejuízo às atividades diárias do paciente, pele peri-ferida danificada, hiperidratação da pele, perda parcial da superfície da pele, cura tardia, mau cheiro da ferida ou alteração de odor, exsudato aumentado ou alterado /purulento, sangramento, tecido de granulação facilmente danificado (friável), descoloração do leito da ferida, mal-estar, perda de apetite, pirexia ou hipotermia, taquicardia, taquipneia, proteína C reativa (PCR) elevada, contagem de glóbulos brancos elevada ou suprimida, sepse, choque séptico, distúrbios do sono, eritema, hiperqueratose, eczema atópico, tecido necrótico / escara; tecido de granulação, túneis, índice de pressão tornozelo-braquial (ABPI), hipergranulação, tecido pouco vascularizado, fístula sinusal / entérica ou urinária, gangrena úmida, estase venosa, obstrução da veia cava, linfedema, baixos níveis séricos de albumina, doença |

| Nº | Ano | Autor | Título | Base de dados – Fonte | Objetivo do estudo | Indicadores clínicos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | vascular periférica, mobilidade alterada, estresse, má nutrição, feridas profundas feridas malignas, deiscência, feridas agudas, feridas crônicas, inflamação |
| 36 | 2019 | Carvalho et al. | Tradução das recomendações do IWGDF pelo GEPED | Grupo de Estudos de Pé Diabético (GEPED) da Sociedade Portuguesa de Diabetologia | Traduzir, divulgar e distribuir as recomendações internacionais do IWGDF sobre Prevenção e Tratamento de Pé Diabético | Amputação prévia, limitação da mobilidade do pé, pequenas bolhas, úlcera neuropática plantar, infecção, isquemia, doença arterial periférica (DAP), índice tornozelo/braço (ITB) alterado, risco de amputação, marcadores inflamatórios séricos como a Proteína C-reativa (PCR) alterados, úlceras infectadas, gangrena extensa, síndrome de compartimento, tecido desvitalizado, necrose, sensibilidade, dor, exposição óssea, inflamação do pé |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 37 | 2019 | ATKIN et al. | Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds | Journal of Wound Care | Resumir o resultado da reunião e recomendar abordagens voltadas para a prestação de cuidados e o envolvimento do paciente | Biofilme, feridas crônicas difíceis de curar, úlceras venosas das pernas, úlceras por pressão, úlceras diabéticas nos pés, diminuição da qualidade de vida, crenças sobre doenças, rejeição ao plano de assistência, abrasão ou laceração, neuropatia periférica, doença arterial periférica, forças de pressão, fricção e cisalhamento, insuficiência venosa crônica, deficiência da bomba muscular, nutrição deficiente, anemia, hipóxia, doença venosa, edema, imobilização, falta de sudorese, pele seca, suprimento sanguíneo insuficiente para as extremidades, isquemia, demência, depressão; capacidade reduzida de autocuidado, fragilidade, distúrbios do sono, extravasamento de leucócitos, acúmulo de neutrófilos e macrófagos, cicatrização prejudicada, eritema, úlcera de Marjolin, pioderma gangrenoso, radionecrose; micose fungoide, úlcera de Buruli, odor, esfacelo, necrose, tecido de granulação, inchaço, calor, dor, amputação, ABPI alterado, borda enrolada / epíbole, tamanho reduzido da ferida, epitelização, feridas infectadas, temperatura central alterada, danos ou comprometimentos perilesional, impossibilidade da compreensão |

| Nº | Ano | Autor | Título | Base de dados – Fonte | Objetivo do estudo | Indicadores clínicos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | do plano de cuidados e das necessidades da ferida para o paciente, prurido, aparência alterada, atividades diárias do paciente prejudicada, isolamento social, inflamação crônica |

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Assim, 410 indicadores clínicos distintos de pacientes com ferida foram identificados. Realizou-se combinação adaptada entre aqueles com o objetivo de detectar os termos com significados semelhantes e em duplicidade. Determinou-se um termo padrão para os indicadores clínicos com significado semelhante. Quanto àqueles que estavam em duplicidade houve quantificação e, em seguida, exclusão para facilitar o processo de mapeamento cruzado. Após agrupamento, 77 termos padrão foram nomeados, sendo listados e descritos de acordo com a frequência absoluta que foram encontrados no quadro 7.

Quadro 7— Indicadores clínicos identificados no paciente com ferida. Vitória, ES, Brasil, 2021

| **Indicadores identificados (sinais e sintomas e complicações)** | **Termo padrão** | **Prevalência** |
|---|---|---|
| **Necessidades psicobiológicas** | | |
| Pústulas[1], desnudação[7], irritação da borda[7] dermatite por incontinência urinária[9,17,23,28], escoriação[14,20], lesões cutâneas[17], ferida cirúrgica[20], ferida traumática[20], maceração[20,35] pele desnudada[23], perda de pele epidérmica[23], lesão que se estende até a derme[26] integridade da pele prejudicada[28], bolhas[30], vesículas[31], comprometimento da epiderme e derme[31], mudança da aparência da pele[33], maceração ou danos à pele circundante[34] perda parcial da superfície da pele[35], eczema atópico[35], feridas agudas[35], feridas profundas[35], pequenas bolhas[36], abrasão ou laceração[37], danos ou comprometimentos perilesional[37], borda enrolada / epíbole[37]. | Alteração na integridade da pele | 32 |
| Infecção[1,4,8,16,26,33,35,36], , linfangite[1,20], reincidência da infecção[1], formação de abscesso[1], secreção purulenta[2,30], túneis[20,35] , exsudato purulento[4], presença de secreção purulenta[15], erupção fúngica[17], exsudato pesado[18], infecção da ferida[19] , presença de fungos[21], infecção de pé diabético[25] , pus[27] , feridas agudas e crônicas com sinais de infecção[31], gangrena úmida[35], infecção local[34], gangrena extensa[36], gangrena úmida[35], gangrena extensa[36], feridas infectadas[37], micose fungoide[37], pioderma gangrenoso[37]. | Infecção | 33 |
| Úlcera[1], separação de tecidos profundos[4], úlcera de perna[6,20], úlceras mistas diabéticas[8], feridas crônicas[11,12,13,16,19,24,35], úlcera venosa na perna[18,37], exposição dos órgãos subjacentes[20], exposição de tendões[22], exposição da fáscia muscular[22], úlcera de Marjolin[29], úlceras venosas[31], úlceras nos pés[33], úlcera neuropática plantar[36], exposição óssea[36], úlcera de Marjolin[37], úlcera de Buruli[37], feridas crônicas difíceis de curar[37], úlceras diabéticas nos pés[37]. | Dano tecidual | 26 |
| Dor[2,3,8,18,19,20,21,26,27,30,32,35,36,37], dor relacionada à ferida[12], dor em sítio cirúrgico[15], dor nos movimentos[16], aumento da dor na úlcera[22], dor relacionada à área de pressão[24], queixa álgica[31] dor crônica[32], dor na ferida[34]. | Dor | 22 |
| Baixo fluxo sanguíneo[2], fluxo sanguíneo deficiente[5], doença arterial periférica (DAP)[6,36,37], hipoperfusão cutânea[11], doença | Circulação | 25 |

| Indicadores identificados (sinais e sintomas e complicações) | Termo padrão | Prevalência |
|---|---|---|
| vascular periférica[12,35], problemas de perfusão[17], isquemia[25,36,37], perfusão tissular periférica ineficaz[32], veias varicosas[32], obstrução da veia cava[35], tecido pouco vascularizado[35], estase venosa[35], risco de amputação[36], suprimento sanguíneo insuficiente para as extremidades[37], doença venosa[37], insuficiência venosa crônica[37]. | prejudicada | |
| Eritema[4,7,10,17,19,20,21,35,37] vermelhidão[5,28,30,34], pele vermelha[14], eritema ao redor da úlcera[22] pele vermelhada severa[23] área perilesional hiperemiada[31]. | Vermelhidão | 17 |
| Necrose[1,36,37], tecido necrótico[2,20,25,31,33,35], esfacelo[20,37], necrose de coagulação (escara)[22], necrose de liquefação (esfacelo) [22], tecido desvitalizado (esfacelo) [31], tecido desvitalizado[36]. | Tecido inviável | 15 |
| Acúmulo de líquido intersticial[5], linfedema[6], edema[16,20,22,32,33], inchaço na perna[18], edema perilesional[19], inchaço[27,30,37], edema próximo a ferida[35]. | Edema | 13 |
| Tecido de granulação[2,22,35,37], áreas rosadas[17], tecido de granulação friável (facilmente danificado)[19], tecido de granulação friável[20], reepitelização[23], tecido vermelho[27], leito da ferida rosa[28], leito da ferida avermelhada[28], tecido de granulação facilmente danificado (friável) [35], epitelização[37]. | Tecido viável | 13 |
| Exsudato [2,8,12,20,26,31,34], presença de secreção amarelada[15], exsudato de feridas[23], drenagem[27], secreção aquosa[30], seroma[30], hiperidratação da pele[35]. | Umidade | 13 |
| Lesão por pressão[3,14,20,22,23,24,29,35] úlcera de pressão estágio 2[12], úlcera de pressão adquirida em hospitais[28] úlceras por pressão[37] | Lesão por pressão | 11 |
| Amputação[1,12,37], diminuição da mobilidade[18], mobilidade muito limitada[24], mobilidade física prejudicada[32], amputação da perna[33], mobilidade alterada[35], limitação da mobilidade do pé[36], amputação prévias[36], força muscular diminuída[32]. | Mobilidade prejudicada | 11 |
| Cicatrização tardia[5], cicatrização interrompida[11], retardo da cicatrização[18], cicatrização atrasada[19], cicatrização retardada[29], cura tardia[35], cicatrização prejudicada[37], biofilme[35,37]. | Retardo na cicatrização da ferida | 9 |
| Celulite[6], celulite[22], sinais de inflamação[26], pele inflamada[27], inflamação crônica[29], inflamação[35] inflamação do pé[36], inflamação crônica[37]. | Inflamação | 8 |
| Sensação de calor[13], calor[19,22,37], calor localizado[20], pele quente[27]. | Área localizada quente ao toque | 6 |
| Sepse[1,35], infecção sistêmica[20,34], infecção bacteriana disseminada[22], artrite séptica[33] | Sepse | 6 |
| Leucocitose[22], proteína C reativa (PCR) elevada[35], contagem de glóbulos brancos elevada ou suprimida[35], marcadores inflamatórios séricos como a Proteína C-reativa (PCR) alterados[36], níveis elevados de proteases[35], extravasamento de leucócitos[37]. | Marcadores de resposta inflamatória | 6 |
| Sensibilidade [20,27], neuropatia[12,25], perda da sensação de proteção[33], neuropatia periférica[37]. | Alteração na sensibilidade | 6 |
| Febre[1,15,22], alteração da temperatura[20], pirexia ou hipotermia[35], temperatura central alterada[37] | Alteração de temperatura | 6 |
| Desnutrição[20], necessidade de suporte nutricional (oral, enteral ou parenteral) [21], aporte deficiente de nutrientes[32], má nutrição[35], nutrição deficiente[37]. | Nutrição inadequada | 5 |
| Mau cheiro [19], odor[20,37], presença de odor fétido [22], mau cheiro da ferida ou alteração de odor[35]. | Odor | 5 |

| Indicadores identificados (sinais e sintomas e complicações) | Termo padrão | Prevalência |
|---|---|---|
| Pele seca[14], ressecamento da pele[32], rachaduras na pele seca[33], pele seca[37], falta de sudorese[37] | Pele ressecada | 5 |
| Deiscência[15,30,34,35]. | Evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica | 4 |
| Índice tornozelo/braço (ITB) alterado [33, 35, 36, 37]. | Índice tornozelo/braço alterado | 4 |
| Sangramento[15,31,35], sangramento excessivo[34] | Sangramento | 4 |
| Pressão de contato[10], força de pressão[37], fricção e cisalhamento[37]. | Pressão sobre saliência óssea | 3 |
| Tamanho da úlcera[8], redução do tamanho[12], tamanho reduzido da ferida[37]. | Dimensão da ferida | 3 |
| Coceira[13], prurido[21], prurido[37]. | Prurido | 3 |
| Distúrbio do sono[18], distúrbios do sono[35], distúrbios do sono[37]. | Alteração do padrão do sono | 3 |
| Desconforto[10], desconforto[13], desconforto[35]. | Desconforto | 3 |
| Insucesso na realização do cuidado da ferida[31], redução da sua capacidade de gerenciar seus cuidados com os pés de forma eficaz[33], capacidade reduzida de autocuidado[37]. | Capacidade prejudicada para o autocuidado | 3 |
| Fragilidade do tecido cutâneo[31], fragilidade[37]. | Alteração no turgor da pele | 2 |
| Imobilidade[6,9] | Imobilidade | 2 |
| Mal-estar[19], mal-estar[35]. | Mal-estar | 2 |
| Vômito[20], vômitos[22]. | Vômito | 2 |
| Taquicardia[22], taquicardia[35]. | Taquicardia | 2 |
| Risco de infecção[32], aumento do risco de infecção[35]. | Risco de infecção | 2 |
| Hiperglicemia grave[22], hiperglicemia[33] | Hiperglicemia | 2 |
| Infiltração[27]. | Infiltração | 1 |
| Anemia[37] | Anemia | 1 |
| Sensação de formigamento[13]. | Sensação de formigamento | 1 |
| Hipergranulação[35] | Hipergranulação | 1 |
| Fístula sinusal / entérica ou urinária[35] | Fístula sinusal / entérica ou urinária | 1 |
| Choque séptico[35] | Choque séptico | 1 |
| Náusea[20] | Náuseas | 1 |
| Síndrome de compartimento[36] | Síndrome de compartimento | 1 |
| Déficits cognitivos[17] | Déficits cognitivos | 1 |
| Habilidade mental alterada[20] | Habilidade mental alterada | 1 |
| Mortes[33] | Mortes | 1 |
| Calafrio[22] | Calafrio | 1 |
| Confusão[22] | Confusão | 1 |
| Taquipneia[35] | Taquipneia | 1 |
| Acidose[22] | Acidose | 1 |

| Indicadores identificados (sinais e sintomas e complicações) | Termo padrão | Prevalência |
|---|---|---|
| Risco de desequilíbrio de fluidos / eletrólitos[35] | Risco de desequilíbrio de fluidos / eletrólitos | 1 |
| Deficiência da bomba muscular[37] | Deficiência da bomba muscular | 1 |
| **Necessidades Psicossociais** | | |
| Limitante da vida[13], restrições de atividades[16], limitações funcionais nas atividades de vida diária[17], atividades diárias do paciente prejudicada[35,37]. | Limitação para atividade da vida diária | 5 |
| Diminuição da interação social com amigos e família[16], diminuição da interação social[18], isolamento social[32.37], efeitos psicossociais[35] | Isolamento social | 5 |
| Sintomas depressivos[18] depressão[33] depressão[37] Sofrimento psicológico[3] | Depressão | 4 |
| Ausência do paciente no acompanhamento da ferida[31], autocontrole ineficaz da saúde[32], recusa ao plano de assistência[37]. | Dificuldade com o regime prescrito | 3 |
| Limitações de compreensão dos cuidados[31] falta de conhecimento dos pacientes[32] impossibilitam a compreensão do plano de cuidados e das necessidades da ferida para o paciente[37]. | Conhecimento deficiente | 3 |
| Impacto na autoimagem[31], aparência alterada[37]. | Impacto da autoimagem | 2 |
| Interferência direta das Condições socioeconômicas no controle dos sintomas e nos cuidados das feridas tumorais[31], carga socioeconômica[35] | Condições socioeconômicas | 2 |
| Angústia[31,32] | Angústia | 2 |
| Sem resposta ao tratamento[31] | Sem resposta ao tratamento | 1 |
| Medo[35] | Medo | 1 |
| Constrangimento relacionados a vazamentos ou odores[35] | Vergonha | 1 |
| Estresse | Estresse | 1 |
| Experiência sensorial e emocional desagradável[32] | Experiência sensorial e emocional desagradável | 1 |
| Sensações de preocupação[32] | Sensação de preocupação | 1 |
| Fadiga[18] | Fadiga | 1 |
| Ansiedade[32] | Ansiedade | 1 |
| **Necessidades Psicoespirituais** | | |
| Crenças sobre doenças[37] | Crenças sobre doenças | 1 |

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

**Mapeamento cruzado dos indicadores clínicos com diagnósticos de enfermagem NANDA-I**

Para a realização do mapeamento cruzado, os pesquisadores consideraram os indicadores clínicos com prevalência maior que três. Aqueles cuja prevalência foi menor que três também foram analisados, considerados importantes pelos pesquisadores e utilizados no mapeamento.

Após a realização do mapeamento cruzado, entre os indicadores clínicos (termo padrão), com os diagnósticos, identificou-se 25 diferentes títulos distribuídos em 12 das 28 Necessidades Humanas Básicas, tais como: Necessidades Psicobiológicas (regulação vascular, nutrição, regulação térmica, percepção dos órgãos e sentidos, sono e repouso, atividade física, cuidado corporal, segurança física\meio ambiente, integridade cutaneomucosa) e necessidades psicossociais (gregária, segurança emocional, educação para saúde \aprendizagem.

Após serem identificados os diagnósticos, um conjunto de enunciados de intervenções de enfermagem foi selecionado por meio do julgamento clínico dos pesquisadores, de forma pareada, respeitando o Modelo NIC. Esse processo resultou em uma guia assistencial de enfermagem ao paciente com ferida, dos principais diagnósticos de enfermagem, intervenções e atividades de enfermagem.

O guia assistencial foi desenvolvido em forma de quadro no software Microsoft Office Word® Professional Plus 2016, sendo este o primeiro produto desta pesquisa a ser organizado de forma a facilitar o raciocínio clínico do enfermeiro avaliador na seguinte sequência: Necessidade Humana Básica, indicadores clínicos (termo padrão), fatores relacionados, condições associadas, diagnóstico de enfermagem com o domínio e classe, intervenções de enfermagem e atividades, sendo as evidências para o diagnóstico de enfermagem (quadro 8) o termo padrão.

.

Quadro 8— Guia Assistencial de enfermagem ao paciente com ferida, fundamentado na Classificação NANDA-I e NIC. Vitória, ES, Brasil, 2021

| **Necessidade Humana Básica** | **Indicadores clínicos** | **Fatores relacionados** | **Condição associada** | **Título Diagnóstico de enfermagem** |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicobiológica<br><br>Regulação Vascular | Circulação prejudicada, Dor, Edema, Retardo na cicatrização de ferida periférica, Índice tornozelo-braquial alterado | Tabagismo | Diabetes, hipertensão e trauma | **Perfusão tissular periférica ineficaz**<br><br>Domínio 4 – atividade- repouso<br>Classe 4 – respostas cardiovasculares<br>– Pulmonares |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC**<br>**Cuidados circulatórios: Insuficiência venosa** | | | | |
| 1. Realizar avaliação abrangente da circulação periférica (p. ex., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura);<br>2. Inspecionar a pele quanto a lesões de estase e ruptura do tecido;<br>3. Implementar tratamento de feridas (desbridamento, terapia com antimicrobianos), conforme necessário;<br>4. Aplicar curativo para o tamanho e tipo da ferida, conforme apropriado;<br>5. Monitorar o grau de desconforto ou dor;<br>6. Orientar o paciente sobre a importância da terapia de compressão;<br>7. Aplicar modalidades de terapia de compressão (ataduras com maior ou menor elasticidade), conforme apropriado;<br>8. Elevar o membro acometido 20° ou mais acima do nível do coração, conforme apropriado;<br>9. Mudar a posição do paciente pelo menos a cada 2 h, conforme apropriado;<br>10. Encorajar os exercícios de amplitude de movimento passivos ou ativos, especialmente das extremidades inferiores, durante o repouso no leito;<br>11. Orientar o paciente sobre os cuidados apropriados com os pés;<br>12. Monitorar estado hídrico, incluindo ingestão e eliminação. | | | | |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC**<br>**Cuidados circulatórios: Insuficiência arterial** | | | | |
| 1. Realizar avaliação abrangente da circulação periférica (p. ex., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura);<br>2. Verificar o índice tornozelo-braquial (ITB), conforme apropriado;<br>3. Inspecionar a pele quanto a úlceras arteriais ou ruptura do tecido;<br>4. Monitorar o grau de desconforto ou dor com o exercício, à noite ou durante o repouso;<br>5. Colocar a extremidade em posição dependente, conforme apropriado;<br>6. Mudar a posição do paciente pelo menos a cada 2 h, conforme apropriado;<br>7. Encorajar o paciente a se exercitar, conforme tolerado;<br>8. Proteger a extremidade contra lesões;<br>9. Orientar o paciente sobre fatores que interferem na circulação (p. ex. tabagismo, roupas apertadas, exposição a temperaturas frias e posição de pernas e pés cruzados);<br>10. Orientar o paciente sobre os cuidados apropriados com os pés;<br>11. Evitar aplicar calor direto à extremidade;<br>12. Monitorar o estado hídrico, incluindo ingestão e eliminação; | | | | |

13. Implementar o tratamento de feridas, conforme apropriado.

| Necessidade Humana Básica | Indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade psicobiológica<br><br>Regulação vascular | Infecção, Sepse, Inflamação, área localizada quente ao toque | ------- | Infecção e sepse | **Risco de choque**<br><br>Domínio 11 – segurança – proteção Classe 2: lesão física |

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Prevenção de choque**

1. Monitorar os sinais iniciais de síndrome de resposta inflamatória sistêmica (p. ex., temperatura aumentada, taquicardia, taquipneia, hipocarbia, leucocitose ou leucopenia);
2. Monitorar os sinais iniciais de comprometimento cardíaco (p. ex., débito cardíaco e débito urinário em declínio, resistência vascular sistêmica e pressão de capilar pulmonar em elevação, estertores pulmonares, bulhas cardíacas B3 e B4 e taquicardia);
3. Monitorar possíveis fontes de perda de líquido (p. ex., dreno torácico, lesão e drenagem nasogástrica; diarreia; vômito; além de circunferência abdominal e de membro crescente, hematêmese ou hematoquezia);
4. Monitorar a condição circulatória (p. ex., pressão arterial, cor da pele, temperatura da pele, sons cardíacos, frequência e ritmo cardíacos, presença e qualidade dos pulsos periféricos, bem como o enchimento capilar);
5. Monitorar sinais de oxigenação tecidual inadequada (p. ex., apreensão, ansiedade aumentada, alterações do estado mental, agitação, oligúria e periferia fria com manchas);
6. Monitorar oximetria de pulso;
7. Monitorar temperatura e condição respiratória;
8. Monitorar ECG;
9. Monitorar peso, ingestão e débito diários;
10. Monitorar valores laboratoriais, especialmente os níveis de hemoglobina e hematócrito, perfil de coagulação, gasometria arterial, níveis de lactato, níveis de eletrólitos, culturas e perfil bioquímico;
11. Observar contusões, petéquias e condição das mucosas;
12. Monitorar os sinais/sintomas de ascite e dor abdominal ou dorsal;
13. Orientar o paciente e/ou seus familiares acerca dos fatores precipitadores de choque.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Proteção contra infecção**

1. Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados da infecção;
2. Monitorar a vulnerabilidade da infecção;
3. Monitorar contagens totais de granulócitos, de células brancas e resultados diferenciais;
4. Limitar número de visitantes, conforme apropriado;
5. Manter as técnicas de isolamento, conforme apropriado;
6. Fornecer cuidado apropriado de pele nas áreas edematosas;
7. Inspecionar pele e membranas mucosas para rubor, calor extremo ou drenagem;
8. Inspecionar condição de qualquer incisão cirúrgica e ferida;

9. Ensinar paciente e familiares sobre sinais e sintomas de infecção e quando notificá-los às instituições de atendimento médico;
10. Ensinar ao paciente e membros da família como evitar infecções.

| Necessidade Humana Básica | Indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicobiológica<br><br>Percepção dos órgãos e sentidos | Dor | Agente biológico, químico ou físico lesivo | ---------- | **Dor aguda(00132)**<br><br>Domínio 12 – Conforto Classe 1 – Conforto físico |

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Controle da dor**

1. Fazer uma avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes;
2. Observar para pistas não verbais de desconforto;
3. Assegurar cuidados analgésicos para o paciente;
4. Explorar com o paciente os fatores que melhoram/pioram a dor;
5. Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência da dor (p. ex., medo, fadiga, monotonia, falta de conhecimento)
6. Encorajar o paciente a monitorar sua própria dor e a intervir apropriadamente;
7. Instituir e modificar as medidas de controle da dor com base na resposta do paciente;
8. Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor;
9. Utilizar uma abordagem multidisciplinar para o tratamento da dor, quando apropriado;
10. Incorporar a família na modalidade de alívio da dor, se possível.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Controle de Medicamentos**

1. Determinar a capacidade do paciente de se automedicar, conforme apropriado;
2. Monitorar o paciente para o efeito terapêutico do medicamento;
3. Monitorar os sinais e sintomas de toxicidade de fármacos;
4. Monitorar efeitos adversos do fármaco;
5. Monitorar para interações medicamentosas não terapêuticas;
6. Revisar periodicamente com o paciente e/ou família os tipos e as quantidades de medicamentos tomados;
7. Determinar o conhecimento do paciente sobre a medicação;
8. Monitorar a adesão ao esquema medicamentoso;
9. Ensinar o paciente e/ou familiares o método de administração de medicamentos, conforme apropriado.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Administração de analgésicos**

1. Verificar a prescrição médica quanto aos medicamentos, dose e frequência dos analgésicos prescritos;
2. Verificar histórico de alergias a medicamentos;
3. Monitorar os sinais vitais antes e após a administração de analgésicos narcóticos, na primeira dose, ou diante de sinais incomuns;
4. Administrar analgésicos em horários fixos para prevenir picos e depressões da analgesia, especialmente em casos de dor intensa;
5. Estabelecer expectativas positivas quanto à eficácia dos analgésicos para otimizar a resposta do paciente;
6. Orientar o paciente a solicitar medicamentos analgésicos prescritos “se necessário” antes que a dor esteja grave;
7. Documentar a resposta aos analgésicos e todos os efeitos colaterais.

| Necessidade Humana Básica | Indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicobiológica<br><br>Percepção dos órgãos e sentidos | Dor, alteração do padrão do sono, limitação para atividade da vida diária | Desnutrição, alteração do padrão do sono, isolamento social, agente lesivo | Condição isquêmica, infiltração de tumor e lesão por esmagamento | **Dor crônica (00133)**<br><br>Domínio 12 - Conforto Classe 1 - Conforto físico |

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Controle da dor: crônica**

1. Realizar avaliação abrangente de dor, incluindo localização, início, duração, frequência e intensidade da dor, bem como fatores de melhora e fatores desencadeantes;
2. Controlar fatores ambientais que possam influenciar a experiência de dor ao paciente;
3. Incentivar o paciente a monitorar a dor e a utilizar abordagens de autocontrole;
4. Selecionar e implementar medidas de controle da dor;
5. Observar sinais de depressão (p. ex., insônia, falta de apetite, declarações de embotamento afetivo ou ideação suicida);
6. Observar sinais de ansiedade ou medo (p. ex., irritabilidade, tensão, preocupação, medo de movimentos);
7. Incorporar, quando possível, a família no alívio da dor;
8. Utilizar abordagem multidisciplinar de controle da dor conforme apropriado.

| Necessidade Humana Básica | Indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicobiológica<br><br>Percepção de órgãos e sentidos | Dor, desconforto, prurido, alteração no padrão do sono, ansiedade | Controle situacional insuficiente | Sintomas relacionados à doença e ao regime de tratamento | **Conforto prejudicado (00214)**<br><br>Domínio 12 – Conforto Classe 1 – Conforto físico |

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Controle do ambiente: conforto**

1. Criar um ambiente calmo e acolhedor;
2. Proporcionar um ambiente limpo e seguro;
3. Determinar a causa do desconforto, como curativos molhados, posicionamento dos tubos, curativos apertados, roupa de cama amarrotada e irritantes ambientais;
4. Posicionar paciente para facilitar o conforto (p. ex., usar os princípios do alinhamento corporal, apoiar o corpo com travesseiros, apoiar as articulações durante a movimentação, proteger a área da incisão e imobilizar a região dolorida);

5. Monitorar a pele quanto a sinais de pressão ou irritação, especialmente em proeminências ósseas;
6. Evitar exposição da pele ou mucosas a irritantes (p. ex., fezes diarreicas e drenagem de feridas);
7. Providenciar recursos educativos relevantes e úteis a respeito do controle de doenças e feridas nos pacientes e em seus familiares, caso seja apropriado.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Aumento da segurança**

1. Propiciar um ambiente livre de ameaças;
2. Apresentar mudanças de forma gradual;
3. Discutir situações ou indivíduos específicos que ameacem o paciente ou seus familiares;
4. Auxiliar o paciente/família a identificar quais fatores aumentam a sensação de segurança.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Controle da dor**

1. Fazer uma avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes;
2. Observar para pistas não verbais de desconforto;
3. Assegurar cuidados analgésicos para o paciente;
4. Explorar com o paciente os fatores que melhoram/pioram a dor;
5. Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência da dor (p. ex., medo, fadiga, monotonia, falta de conhecimento);
6. Encorajar o paciente a monitorar sua própria dor e a intervir apropriadamente;
7. Instituir e modificar as medidas de controle da dor com base na resposta do paciente;
8. Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor;
9. Utilizar uma abordagem multidisciplinar para o tratamento da dor, quando apropriado;
10. Incorporar a família na modalidade de alívio da dor, se possível.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Posicionamento**

1. Encorajar o paciente a se envolver nas mudanças de posição, quando apropriado;
2. Monitorar o estado de oxigenação antes e após mudanças de posições;
3. Imobilizar ou apoiar a parte corporal afetada, de modo apropriado;
4. Fornecer apoio para as áreas edemaciada, quando apropriado;
5. Encorajar exercícios ativos e passivos de amplitude de movimento, quando apropriado;
6. Minimizar o atrito e forças de cisalhamento durante o posicionamento e mobilização do paciente;
7. Realizar mudança de decúbito a cada duas horas, de acordo com a rotina específica, ou quando for necessário, antes de duas horas;
8. Evitar colocar o coto de amputação em posição de flexão;
9. Fornecer apoio apropriado para o pescoço.

| Necessidade Humana Básica | Indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicossocial | Isolamento social | Isolamento social | ---------- | **Risco de solidão**<br><br>Domínio 12 – conforto Classe 3 – conforto social |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Segurança emocional | | | | |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Melhora da socialização** | | | | |
| 1. Encorajar atividades sociais e comunitárias;<br>2. Encorajar a participação em atividades de reminiscência individual e/ou grupal;<br>3. Dar feedback sobre a melhora do cuidado com a aparência pessoal ou outras atividades;<br>4. Auxiliar o paciente a aumentar a consciência em relação aos pontos fortes e limitações na comunicação com os outros;<br>5. Facilitar a estimulação do paciente e o planejamento de ativiidades futuras. | | | | |
| **Necessidade Humana Básica** | **Indicadores clínicos** | **Fatores relacionados** | **Condição associada** | **Título Diagnóstico de enfermagem** |
| Necessidade psicobiológica<br><br>Nutrição | Nutrição inadequada | Ingesta alimentar insuficiente | Incapacidade de absorver nutrientes | **Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais (00002)**<br><br>Domínio 2 – nutrição Classe 1 - Ingestão |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Promoção da integridade familiar** | | | | |
| 1. Determinar a compreensão da família a respeito das circunstâncias;<br>2. Determinar os sentimentos da família a respeito da sua situação;<br>3. Fornecer aos familiares informações sobre o estado do paciente regularmente, de acordo com a preferência do paciente;<br>4. Colaborar com a família na solução de problemas e na tomada de decisões;<br>5. Incentivar a família a manter relacionamentos positivos;<br>6. Permitir cuidados do paciente pelos familiares, conforme apropriado;<br>7. Facilitar as visitas dos familiares. | | | | |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Terapia nutricional** | | | | |
| 1. Monitorar a adequação da prescrição da dieta para atender às necessidades nutricionais diárias, conforme apropriado;<br>2. Determinar, em colaboração com o nutricionista, a quantidade de calorias e o tipo de nutrientes necessários para atender os requisitos nutricionais, conforme apropriado;<br>3. Administrar a alimentação por sonda enteral, conforme apropriado;<br>4. Monitorar os dados laboratoriais, conforme apropriado;<br>5. Orientar o paciente e a família sobre a dieta prescrita;<br>6. Encaminhar para o ensino sobre a dieta e o planejamento, conforme necessário | | | | |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Monitorização nutricional** | | | | |

1. Identificar as recentes alterações no peso corporal;
2. Pesar o paciente;
3. Monitorar o turgor da pele e a elasticidade;
4. Identificar anormalidades na pele (p. ex., hematomas excessivos, má cicatrização de feridas e sangramento);
5. Identificar anormalidades no cabelo (p. ex., seco, fino, grosso e quebradiço);
6. Identificar anormalidades no funcionamento intestinal (p. ex., diarreia, sangue, muco e evacuação irregular ou dolorosa);
7. Identificar mudanças recentes do apetite e atividade;
8. Monitorar palidez, hiperemia e umidade do tecido conjuntival;
9. Identificar anormalidades na cavidade oral;
10. Monitorar o estado mental;
11. Conduzir exames laboratoriais para monitorar os resultados (p. ex., colesterol, albumina sérica, transferrina, pré-albumina, nitrogênio, urinário de 24 h, ureia, creatinina, hemoglobina, hematócrito, imunidade celular, contagem de linfócitos e níveis dos eletrólitos);
12. Determinar os fatores que afetam a ingesta alimentar.

| Necessidade Humana Básica | Indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicobiológica<br><br>Termorregulação | Alteração detemperatura | Infecção | Doença, sepse, trauma | **Termorregulação ineficaz (00008)**<br><br>Domínio 11 –Segurança e proteção Classe 6 - Termorregulação |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Regulação da temperatura** | | | | |
| 1. Monitorar a cor da pele e a temperatura;<br>2. Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia;<br>3. Promover ingestão adequada de nutrientes e líquidos;<br>4. Ajustar a temperatura do ambiente às necessidades do paciente;<br>5. Administrar medicamento antipirético, conforme apropriado;<br>6. Monitorar sinais vitais, incluindo temperatura corporal central; | | | | |
| **Necessidade Humana Básica** | **Indicadores clínicos** | **Fatores relacionados** | **Condição associada** | **Título Diagnóstico de enfermagem** |
| Necessidade Psicobiológica<br><br>Segurança física\meio ambiente | Dor, mobilidade prejudicada, retardo na cicatrização da ferida, nutrição inadequada, interrupção na cicatrização da área cirúrgica, desconforto | Dor, Desnutrição | Mobilidade prejudicada Edema no sítio cirúrgico , infecção perioperatória no sítio cirúrgico | **Recuperação cirúrgica retardada**<br><br>Domínio 11 – Segurança\proteção Classe 2- Lesão física |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Cuidados com o local da incisão** | | | | |

1. Inspecionar o local da incisão para detectar vermelhidão, edema ou sinais de deiscência ou evisceração;
2. Observar característica de qualquer secreção;
3. Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão;
4. Trocar o curativo em intervalos apropriados;
5. Orientar o paciente sobre cuidar da incisão durante o banho ou ducha;
6. Ensinar o paciente e a família a cuidar do local de incisão, incluindo sinais e sintomas de infecção.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Controle da dor**

1. Fazer uma avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes.
2. Observar para pistas não verbais de desconforto;
3. Assegurar cuidados analgésicos para o paciente;
4. Explorar com o paciente os fatores que melhoram/pioram a dor;
5. Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência da dor (p. ex., medo, fadiga, monotonia, falta de conhecimento);
6. Encorajar o paciente a monitorar sua própria dor e a intervir apropriadamente;
7. Instituir e modificar as medidas de controle da dor com base na resposta do paciente;
8. Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor;
9. Utilizar uma abordagem multidisciplinar para o tratamento da dor, quando apropriado;
10. Incorporar a família na modalidade de alívio da dor, se possível.

| Necessidade Humana Básica | Indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicobiológica<br><br>Segurança física\meio ambiente | Dano tecidual<br>Alteração na integridade da pele | ---------- | Doença crônica<br>Procedimento invasivo | **Risco de infecção**<br><br>Domínio 11 –segurança – proteção<br>Classe 1 - |

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Proteção contra infecção**

1. Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados da infecção;
2. Monitorar a vulnerabilidade da infecção;
3. Monitorar contagens totais de granulócitos, de células brancas e resultados diferenciais;
4. Manter as técnicas de isolamento, conforme apropriado;
5. Fornecer cuidado apropriado de pele nas áreas edematosas;
6. Inspecionar pele e membranas mucosas para rubor, calor extremo ou drenagem;
7. Inspecionar condição de incisão cirúrgica e ferida;
8. Ensinar paciente e familiares sobre sinais e sintomas de infecção e quando notificá-los às instituições de atendimento médico;
9. Ensinar ao paciente e membros da família como evitar infecções.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Controle de infecção**

1. Isolar pessoas expostas a doenças notificáveis;
2. Manter as técnicas de isolamento, conforme apropriado;
3. Orientar o paciente sobre técnicas apropriadas de lavagem de mãos;
4. Orientar os visitantes a lavarem as mãos ao entrar e sair do quarto do paciente;
5. Tricotomizar e preparar a região, conforme indicado na preparação para procedimentos invasivos e/ou cirurgia;
6. Ensinar ao paciente e à família a respeito dos sinais e sintomas da infecção e quando notificá-los ao profissional da saúde;
7. Ensinar ao paciente e membros da família como evitar infecções.

| Necessidade Humana Básica | Indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade psicobiológica<br><br>Segurança física\meio ambiente | Circulação prejudicada, alteração da sensibilidade, nutrição inadequada, pressão sobre saliência óssea | ---------- | Hipóxia tissular, perfil sanguíneo anormal, disfunção imune e alteração da sensibilidade | **Risco de lesão (00004)**<br><br>Domínio 11 – segurança- proteção Classe 2 - lesãofísica |

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Controle do ambiente: segurança**

1. Identificar as necessidades de segurança do paciente, com base no nível de funcionamento físico e cognitivo, além da história de comportamento;
2. Identificar os riscos de segurança no ambiente (i. e., físicos, biológicos e químicos);
3. Modificar o ambiente para reduzir os perigos e riscos;
4. Fornecer dispositivos de adaptação (p. ex., escadinhas e corrimões) para aumentar a segurança do ambiente;
5. Usar dispositivos de proteção (p. ex., contenções, grades de cama, portas trancadas, cercas e portões) para limitar fisicamente a mobilidade ou o acesso a situações perigosas.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Contenção física**

1. Orientar o paciente e as pessoas significativas sobre comportamentos que necessitaram da intervenção;
2. Não fixar as contenções às grades laterais do leito;
3. Prender as contenções fora do alcance do paciente;
4. Providenciar conforto psicológico ao paciente, conforme necessidade;
5. Monitorar a condição da pele nos locais de contenção;
6. Monitorar frequentemente a cor, a temperatura e a sensibilidade nas extremidades contidas;
7. Posicionar o paciente de modo a facilitar o conforto, prevenir aspiração e lesões na pele;
8. Auxiliar com mudanças periódicas na posição do corpo;
9. Documentar a justificativa para o uso das intervenções de contenção, a resposta do paciente à intervenção, a condição física do paciente, os cuidados de enfermagem realizados durante toda a intervenção.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Prevenção contra quedas**

1. Identificar os comportamentos e fatores que afetem o risco de quedas;
2. Identificar as características do ambiente que possam aumentar o potencial de quedas;
3. Monitorar a marcha, o equilíbrio e o nível de fadiga com a deambulação;
4. Pedir ao paciente que atente à percepção de equilíbrio, conforme apropriado;
5. Encorajar o paciente a usar bengala ou andador, conforme apropriado;
6. Travar as rodas da cadeira de rodas, do leito ou da maca durante a transferência do paciente;
7. Usar grades laterais;
8. Remover a mobília, que se encontre no nível próximo ao chão, que represente risco de tropeçar;
9. Fornecer iluminação adequada para aumentar a visibilidade;
10. Orientar os familiares sobre os fatores de risco que contribuem para quedas e como diminuir tais riscos;

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Prevenção de lesão por pressão**

1. Monitorar intensivamente áreas hiperemiadas;
2. Documentar o estado da pele na admissão e diariamente;
3. Remover a umidade excessiva da pele;
4. Aplicar cremes de barreiras, quando apropriado;
5. Inspecionar a pele sobre proeminências ósseas e outros pontos de pressão pelo menos uma vez ao dia durante os reposicionamentos.;
6. Evitar massagear sobre proeminências ósseas;
7. Hidratar pele ressecada, ainda íntegra;
8. Evitar água quente e utilizar sabão neutro durante os banhos;
9. Facilitar pequenas trocas frequentes na posição do paciente;
10. Monitorar a mobilidade e atividade do paciente.

| **Necessidade Humana Básica** | **Indicadores clínicos** | **Fatores relacionados** | **Condição associada** | **Título Diagnóstico de enfermagem** |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade psicobiológica<br><br>Segurança física\meio ambiente | Circulação inadequada, edema, mobilidade prejudicada, nutrição inadequada, pele ressecada, pressão sobre saliência óssea, alteração da sensibilidade, alteração de temperatura, capacidade prejudicada para o autocuidado, alteração do turgor da pele, anemia | ---------- | Alteração da sensibilidade Doença cardiovascular Circulação prejudicada Edema Redução da Perfusão tissular Imobilização física | **Risco para lesão por pressão (00249)**<br><br>Domínio 11 –segurança – proteção<br>Classe 2 – lesãofísica |

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Controle de pressão**

1. Evitar aplicar pressão sobre a parte corporal afetada;
2. Elevar extremidade lesionada;
3. Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas, ou antes, se apropriado;
4. Facilitar pequenas trocas do peso corporal;
5. Monitorar a pele quanto às áreas de hiperemia e ferida;
6. Monitorar a mobilidade e a estabilidade do paciente;
7. Usar uma ferramenta de avaliação de risco estabelecida, para monitorar os fatores de risco do paciente (Escala de Braden);
8. Manter os calcâneos e proeminências ósseas afastadas do leito;
9. Aplicar protetores de calcanhar, quando apropriado;
10. Monitorar o estado nutricional do paciente;
11. Monitorar para fontes de pressão e atrito.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Prevenção de lesão por pressão**

1. Monitorar intensivamente áreas hiperemiadas;
2. Documentar o estado da pele na admissão e diariamente;
3. Remover a umidade excessiva da pele;
4. Aplicar cremes de barreiras, quando apropriado;
5. Inspecionar a pele sobre proeminências ósseas e outros pontos de pressão, pelo menos uma vez ao dia, durante os reposicionamentos.;
6. Evitar massagear sobre proeminências ósseas;
7. Hidratar pele ressecada, ainda íntegra;
8. Evitar água quente e utilizar sabão neutro durante os banhos;
9. Facilitar pequenas trocas frequentes na posição do paciente;
10. Monitorar a mobilidade e atividade do paciente.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Posicionamento**

1. Encorajar o paciente a se envolver nas mudanças de posição, quando apropriado;
2. Monitorar o estado de oxigenação antes e após mudanças de posições;
3. Imobilizar ou apoiar a parte corporal afetada, de modo apropriado;
4. Fornecer apoio para as áreas edemaciadas, quando apropriado;
5. Encorajar exercícios ativos e passivos de amplitude de movimento, quando apropriado;
6. Minimizar o atrito e forças de cisalhamento durante o posicionamento e mobilização do paciente;
7. Realizar mudança de decúbito a cada duas horas, de acordo com a rotina específica, ou quando for necessário, antes de duas horas;
8. Evitar colocar o coto de amputação em posição de flexão;
9. Fornecer apoio apropriado para o pescoço.

| **Necessidade Humana Básica** | **Indicadores clínicos** | **Fatores relacionados** | **Condição associada** | **Título Diagnóstico de enfermagem** |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicobiológico | Nutrição inadequada, umidade, alteração da sensibilidade, pressão sobre saliência óssea, | ---------- | Trauma vascular<br>Circulação prejudicada<br>Alteração da sensibilidade | **Risco para integridade da pele prejudicada**<br><br>Domínio 11 – Segurança – proteção<br>Classe 2 – lesão física |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Segurança física\meio ambiente | alteração do turgor da pele | | | |

| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC**<br>**Controle de pressão** |
|---|
| 1. Evitar aplicar pressão sobre a parte corporal afetada;<br>2. Elevar extremidade lesionada;<br>3. Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas, ou antes, se apropriado;<br>4. Facilitar pequenas trocas do peso corporal;<br>5. Monitorar a pele quanto às áreas de hiperemia e ferida;<br>6. Monitorar a mobilidade e a estabilidade do paciente;<br>7. Usar uma ferramenta de avaliação de risco estabelecida para monitorar os fatores de risco do paciente (Escala de Braden);<br>8. Manter os calcâneos e proeminências ósseas afastadas do leito;<br>9. Aplicar protetores de calcanhar, quando apropriado;<br>10. Monitorar o estado nutricional do paciente;<br>11. Monitorar fontes de pressão e atrito. |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC**<br>**Prevenção de lesão por pressão** |
| 1. Monitorar intensivamente áreas hiperemiadas;<br>2. Documentar o estado da pele na admissão ediariamente;<br>3. Remover a umidade excessiva da pele;<br>4. Aplicar cremes de barreiras, quando apropriado;<br>5. Inspecionar a pele sobre proeminências ósseas e outros pontos de pressão, pelo menos uma vez ao dia, durante os reposicionamentos;<br>6. Evitar massagear sobre proeminências ósseas;<br>7. Hidratar pele ressecada, ainda íntegra;<br>8. Evitar água quente e utilizar sabão neutro durante os banhos;<br>9. Facilitar pequenas trocas frequentes na posição do paciente;<br>10. Monitorar a mobilidade e atividade do paciente. |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC**<br>**Posicionamento** |
| 1. Utilizar um colchão/leito apropriado;<br>2. Encorajar o paciente a se envolver nas mudanças de posição, quando apropriado;<br>3. Monitorar o estado de oxigenação antes e após mudanças de posições;<br>4. Imobilizar ou apoiar a parte corporal afetada, de modo apropriado;<br>5. Fornecer apoio para as áreas edemaciada, quando apropriado;<br>6. Encorajar exercícios ativos e passivos de amplitude de movimento, quando apropriado;<br>7. Minimizar o atrito e forças de cisalhamento durante o posicionamento e mobilização do paciente;<br>8. Realizar mudança de decúbito a cada duas horas, de acordo com a rotina específica, ou quando for necessário, antes de duas horas;<br>9. Evitar colocar o coto de amputação em posição de flexão;<br>10. Fornecer apoio apropriado para o pescoço. |

| Necessidade Humana Básica | Indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade psicobiológica<br><br>Segurança física\meio ambiente | Nutrição inadequada, umidade, alteração da sensibilidade, pressão sobre saliência óssea, alteração do turgor da pele | Trauma vascular<br>Neuropatia periférica<br>Circulação prejudicada<br>Alteração na sensibilidade<br>Mobilidade prejudicada | ---------- | **Risco de integridade tissular prejudicada (00248)**<br><br>Domínio 11 – Segurança – proteção<br>Classe 2 – Lesão física |

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Controle de pressão**

1. Utilizar um colchão/leito terapêutico apropriado;
2. Evitar aplicar pressão sobre a parte corporal afetada;
3. Elevar extremidade lesionada;
4. Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas, ou antes, se apropriado;
5. Facilitar pequenas trocas do peso corporal;
6. Monitorar a pele quanto às áreas de hiperemia e ferida;
**7.** Monitorar mobilidade e estabilidade do paciente;
8. Usar uma ferramenta de avaliação de risco estabelecida para monitorar os fatores de risco do paciente (Escala de Braden);
9. Manter os calcâneos e proeminências ósseas afastadas do leito;
10. Aplicar protetores de calcanhar, quando apropriado;
11. Monitorar o estado nutricional do paciente;
12. Monitorar fontes de pressão e atrito.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Prevenção de lesão por pressão**

1. Monitorar intensivamente áreas hiperemiadas;
2. Documentar o estado da pele na admissão e diariamente;
3. Remover a umidade excessiva da pele;
4. Aplicar cremes de barreiras, quando apropriado;
5. Inspecionar a pele sobre proeminências ósseas e outros pontos de pressão, pelo menos uma vez ao dia, durante os reposicionamentos;
6. Evitar massagear sobre proeminências ósseas;
7. Hidratar pele ressecada, ainda íntegra;
8. Evitar água quente e utilizar sabão neutro durante os banhos;
9. Facilitar pequenas trocas frequentes na posição do paciente;
10. Monitorar a mobilidade e atividade do paciente.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Posicionamento**

1. Encorajar o paciente a se envolver nas mudanças de posição, quando apropriado;
2. Monitorar o estado de oxigenação antes e após mudanças de posições;
3. Imobilizar ou apoiar a parte corporal afetada, de modo apropriado;
4. Fornecer apoio para as áreas edemaciadas, quando apropriado;

5. Encorajar exercícios ativos e passivos de amplitude de movimento, quando apropriado;
6. Minimizar o atrito e as forças de cisalhamento durante o posicionamento e mobilização do paciente;
7. Realizar mudança de decúbito a cada duas horas, de acordo com a rotina específica, ou quando for necessário, antes de duas horas;
8. Evitar colocar o coto de amputação em posição de flexão;
9. Fornecer apoio apropriado para o pescoço.

| **Necessidade Humana Básica** | **Indicadores clínicos** | **Fatores relacionados** | **Condição associada** | **Título Diagnóstico de enfermagem** |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicobiológica<br><br>Segurança física\meio ambiente | Lesão por pressão, nutrição inadequada, prurido, imobilidade | Nutrição inadequada | Regime de tratamento<br>Distúrbio imunológico | **Proteção ineficaz (00043)**<br><br>Domínio 1- Promoção dasaúde<br>Classe 2 – Controle da saúde |

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Controle de Infecção**

1. Isolar pessoas expostas a doenças notificáveis;
2. Manter as técnicas de isolamento, conforme apropriado.
3. Orientar o paciente sobre técnicas apropriadas de lavagem de mãos;
4. Orientar os visitantes a lavarem as mãos ao entrar e sair do quarto do paciente;
5. Tricotomizar e preparar a região, conforme indicado na preparação para procedimentos invasivos e/ou cirurgia;
6. Ensinar ao paciente e à família a respeito dos sinais e sintomas da infecção e quando notificá-los ao profissional da saúde;
7. Ensinar ao paciente e membros da família como evitar infecções.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Proteção contra infecção**

1. Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados da infecção;
2. Monitorar a vulnerabilidade da infecção;
3. Monitorar contagens totais de granulócitos, de células brancas e resultados diferenciais;
4. Manter as técnicas de isolamento, conforme apropriado;
5. Fornecer cuidado apropriado de pele nas áreas edematosas;
6. Inspecionar pele e membranas mucosas para rubor, calor extremo ou drenagem;
7. Inspecionar condição de qualquer incisão cirúrgica e ferida;
8. Ensinar paciente e familiares sobre sinais e sintomas de infecção e quando notificá-los às instituições de atendimento médico;
9. Ensinar ao paciente e membros da família como evitar infecções.

| Necessidade Humana Básica | Indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condições associadas | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicobiológica<br><br>Integridade Cutaneomucosa | Alteração da integridade da pele, dor, vermelhidão, umidade, alteração da sensibilidade Nutrição inadequada, Alteração da temperatura, odor, sangramento, dimensão da ferida, pressão sobre saliência óssea, alteração no turgor da pele | Nutrição inadequada, Agente químico lesivo, Umidade, Pressão sobre saliência óssea | Circulação prejudicada, Trauma vascular Imunodeficiência Alteração do turgor da pele Radioterapia Alteração do metabolismo Alteração da sensibilidade | **Integridade da pele prejudicada (00046)**<br><br>Domínio 11 – segurança- proteção<br>Classe 2 – lesão física |

| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Cuidados com lesões** |
|---|
| 1. Monitorar as características da lesão, incluindo exsudato, cor, tamanho e odor;<br>2. Medir leito da ferida, conforme apropriado;<br>3. Limpar com soro fisiológico ou substância atóxica, conforme apropriado;<br>4. Aplicar pomada apropriada na pele/ferida, conforme apropriado.<br>5. Reforçar o curativo, se necessário;<br>6. Manter técnica asséptica durante a realização do curativo;<br>7. Trocar o curativo, conforme a quantidade de exsudato e drenagem.<br>8. Examinar a lesão a cada troca de curativo;<br>9. Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão;<br>10. Posicionar o paciente de modo a evitar a tensão sobre a ferida, conforme apropriado;<br>11. Colocar dispositivos de alívio de pressão, conforme protocolo da instituição;<br>12. Orientar o paciente e familiares sobre procedimentos de cuidados com a lesão;<br>13. Orientar o paciente e seus familiares sobre sinais e sintomas de infecção;<br>14. Documentar localização, tamanho e aspecto da lesão. |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Cuidados com lesões: lesões que não cicatriza** |
| 1. Proporcionar controle adequado da dor;<br>2. Umedecer os curativos em solução fisiológica antes da remoção, conforme apropriado;<br>3. Descrever as características da lesão, observando tamanho, localização, secreção, cor, sangramento, dor, odor e edema;<br>4. Registrar as alterações observadas ao longo da evolução da lesão;<br>5. Observar sinais e sintomas de infecção da lesão;<br>6. Observar sinais de dermatite na pele ao redor da lesão e utilizar cremes de barreira, conforme apropriado.; |

| |
|---|
| 7. Irrigar a lesão com solução fisiológica, evitando pressão excessiva.<br>8. Evitar o uso de antissépticos;<br>9. Determinar o impacto da ferida sobre a qualidade de vida do paciente;<br>10. Demostrar ao paciente ou aos familiares o procedimento de cuidados com lesão, conforme apropriado;<br>11. Orientar o paciente e seus familiares sobre os sinais de infecção;<br>12. Incentivar o paciente a se engajar em atividades sociais, exercícios e relaxamento, conforme apropriado;<br>13. Oferecer apoio emocional ao paciente e o cuidador da família;<br>14. Auxiliar o paciente a ter o máximo de responsabilidade possível com o autocuidado;<br>15. Incentivar o paciente e seus familiares a atuarem ativamente no tratamento e reabilitação, conforme apropriado. |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC**<br>**Cuidados com o local de incisão** |
| **1.** Inspecionar o local da incisão para detectar vermelhidão, edema ou sinais de deiscência ou evisceração;<br>2. Observar característica de qualquer secreção;<br>3. Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão;<br>4. Trocar o curativo em intervalos apropriados;<br>5. Orientar o paciente sobre cuidar da incisão durante o banho ou ducha;<br>6. Ensinar o paciente e a família a cuidar do local de incisão, incluindo sinais e sintomas de infecção. |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC**<br>**Cuidados com ostomias** |
| 1. Monitorar a incisão e cicatrização do estoma;<br>2. Monitorar complicações pós-operatórias, tais como obstrução intestinal, íleo paralítico, fístula, ou separação mucocutânea, conforme apropriado;<br>3. Monitorar o tecido de granulação do estoma e a adaptação ao equipamento da ostomia;<br>4. Alterar e esvaziar a bolsa de ostomia, conforme apropriado;<br>5. Irrigar a ostomia, conforme apropriado;<br>6. Auxiliar o paciente no fornecimento do autocuidado;<br>7. Incentivar o paciente a expressar seus sentimentos e preocupações quanto às mudanças na imagem corporal;<br>8. Explicar ao paciente que o cuidado com a ostomia alterará em sua rotina diária;<br>9. Orientar o paciente como monitorar as complicações;<br>10. Orientar o paciente sobre a dieta adequada e alterações esperadas na função da eliminação;<br>11. Ensinar o paciente a mastigar bem, evitar alimentos que causem desconfortos digestivos e beber bastante água;<br>12. Discutir as preocupações da função sexual, conforme apropriado. |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC**<br>**Controle de prurido** |
| 1. Fazer exame físico para identificar possíveis rupturas na pele;<br>2. Aplicar cremes, quando indicado;<br>3. Orientar o paciente a evitar sabões de banho e óleos perfumados;<br>4. Manter as unhas cortadas;<br>5. Orientar o paciente a utilizar a palma da mão para esfregar sobre uma grande área de pele;<br>6. Orientar o paciente a não utilizar roupas apertadas e tecidos de lã ou sintéticos;<br>7. Administrar antagonistas opiáceos, quando indicado; |

| Necessidade Humana Básica | Indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicobiológica<br><br>Integridade Cutaneomucosa | Dano tecidual, dor, Vermelhidão, tecido inviável, tecido viável, umidade, lesão por pressão, alteração da sensibilidade, nutrição inadequada, alteração da temperatura, odor, sangramento, interrupção na cicatrização da área cirúrgica, dimensão da ferida, pressão sobre saliência óssea, alteração no turgor da pele | Estado nutricional desequilibrado<br>Umidade<br>Agente químico lesivo | Circulação prejudicada<br>Trauma vascular<br>Procedimento cirúrgico<br>Radioterapia<br>Neuropatia periférica<br>Mobilidade prejudicada<br>Alteração do metabolismo<br>Alteração da sensibilidade | **Integridade tissular prejudicada (00044)**<br><br>Domínio 11 –segurança- proteção<br><br>Classe 2 – lesão física |

| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Cuidados com a lesão** |
|---|
| 1. Monitorar as características da lesão, incluindo exsudato, cor, tamanho e odor;<br>2. Medir leito da ferida, conforme apropriado;<br>3. Limpar com soro fisiológico ou substância atóxica, conforme apropriado;<br>4. Aplicar pomada apropriada na pele/ferida, conforme apropriado.<br>5. Reforçar o curativo, se necessário;<br>6. Manter técnica asséptica durante a realização do curativo;<br>7. Trocar o curativo, conforme a quantidade de exsudato e drenagem.<br>8. Examinar a lesão a cada troca de curativo;<br>9. Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão;<br>10. Posicionar o paciente de modo a evitar a tensão sobre a ferida, conforme apropriado;<br>11. Colocar dispositivos de alívio de pressão, conforme protocolo da instituição;<br>12. Orientar o paciente e familiares sobre procedimentos de cuidados com a lesão;<br>13. Orientar o paciente e seus familiares sobre sinais e sintomas de infecção;<br>14. Documentar localização, tamanho e aspecto da lesão. |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Cuidados com lesões: lesões que não cicatriza** |
| 1. Proporcionar controle adequado da dor;<br>2. Umedecer os curativos em solução fisiológica antes da remoção, conforme apropriado;<br>3. Descrever as características da lesão, observando tamanho, localização, secreção, cor, sangramento, dor, odor e edema;<br>4. Registrar as alterações observadas ao longo da evolução da lesão; |

5. Observar sinais e sintomas de infecção da lesão;
6. Observar sinais de dermatite na pele ao redor da lesão e utilizar cremes de barreira, conforme apropriado;
7. Irrigar a lesão com solução fisiológica, evitando pressão excessiva;
8. Evitar o uso de antissépticos;
9. Determinar o impacto da ferida sobre a qualidade de vida do paciente;
10. Demostrar ao paciente ou aos familiares o procedimento de cuidados com lesão, conforme apropriado;
11. Orientar o paciente e seus familiares sobre os sinais de infecção;
12. Oferecer apoio emocional ao paciente e ao cuidador da família;
13. Auxiliar o paciente a ter o máximo de responsabilidade possível com o autocuidado;
14. Incentivar o paciente e seus familiares a atuarem ativamente no tratamento e reabilitação, conforme apropriado.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Posicionamento**

**1.** Encorajar o paciente a se envolver nas mudanças de posição, quando apropriado;
2. Monitorar o estado de oxigenação antes e após mudanças de posições;
3. Imobilizar ou apoiar a parte corporal afetada, de modo apropriado
4. Fornecer a apoio para as áreas edemaciada, quando apropriado
5. Encorajar exercícios ativos e passivos de amplitude de movimento, quando apropriado;
6. Minimizar o atrito e forças de cisalhamento durante o posicionamento e mobilização do paciente;
7. Realizar mudança de decúbito a cada duas horas, de acordo com a rotina específica, ou quando for necessário, antes de duas horas;
8. Evitar colocar o coto de amputação em posição de flexão;
9. Fornecer apoio apropriado para o pescoço.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Monitorização de eletrólitos**

1. Monitorar os níveis de albumina sérica e de proteínas totais;
2. Monitorar manifestações neurológicas de desequilíbrio de eletrólitos;
3. Monitorar perdas de líquidos e de eletrólitos associadas, conforme apropriado;
4. Monitorar quanto à ocorrência de náuseas, vômitos e diarréia.

| **Necessidade Humana Básica** | **Indicadores clínicos** | **Fatores relacionados** | **Condição associada** | **Título Diagnóstico de enfermagem** |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicobiológica<br><br>Repouso e sono | Dor, alteração dopadrão do sono, desconforto, mal- estar, ansiedade, confusão | Desconforto prolongado | Regime de tratamento, Condições com movimento periódico de membro | **Privação do sono (00096)**<br><br>Domínio 4 – atividade – repouso<br>Classe 1 – Sono e repouso |

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Melhora do sono**

1. Determinar o padrão de sono/atividade do paciente;
2. Fazer uma aproximação do ciclo de sono/vigília do paciente no planejamento dos cuidados;
3. Determinar os efeitos dos medicamentos do paciente sobre o padrão de sono;
4. Monitorar/registrar o padrão de sono do paciente e o número de horas;

5. Monitorar o padrão de sono do paciente e observar as circunstâncias físicas e/ou psicológicas que interrompem o sono;
6. Orientar o paciente a monitorar os padrões de sono;
7. Ajustar o ambiente para promover o sono;
8. Encorajar o paciente a estabelecer uma rotina de hora de dormir, para facilitar a transição da vigília para o sono;
9. Orientar o paciente a evitar alimentos e bebidas que interfiram no sono;
10. Agrupar as atividades terapêuticas para minimizar o número de vezes que acorda; proporcionar ciclos de sono de pelo menos 90 min;
11. Ajustar o esquema de administração de medicamentos para sustentar o ciclo de sono/vigília do paciente.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Controle da dor**

1. Fazer uma avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes;
2. Observar para pistas não verbais de desconforto;
3. Assegurar cuidados analgésicos para o paciente;
4. Explorar com o paciente os fatores que melhoram/pioram a dor;
5. Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência da dor (p. ex., medo, fadiga, monotonia, falta de conhecimento);
6. Encorajar o paciente a monitorar sua própria dor e a intervir apropriadamente;
7. Instituir e modificar as medidas de controle da dor com base na resposta do paciente;
8. Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor;
9. Utilizar uma abordagem multidisciplinar para o tratamento da dor, quando apropriado;
10. Incorporar a família na modalidade de alívio da dor, se possível.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Controle do ambiente: conforto**

1. Proporcionar um ambiente limpo e seguro;
2. Determinar a causa do desconforto, como curativos molhados, posicionamento dos tubos, curativos apertados, roupa de cama amarrotada e irritantes ambientais;
3. Posicionar paciente para facilitar o conforto (p. ex., usar os princípios do alinhamento corporal, apoiar o corpo com travesseiros, apoiar as articulações durante a movimentação, proteger a área da incisão e imobilizar a região dolorida);
4. Monitorar a pele quanto a sinais de pressão ou irritação, especialmente em proeminências ósseas;
5. Evitar exposição da pele ou mucosas a irritantes (p. ex., fezes diarreicas e drenagem de feridas);
6. Recursos educativos relevantes e úteis a respeito do controle de doenças e feridas nos pacientes e em seus familiares, se apropriado.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Redução da ansiedade**

1. Utilizar abordagem calma e tranquilizadora;
2. Buscar compreender a perspectiva do paciente quanto à situação estressante;
3. Fornecer informações factuais a respeito do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico;
4. Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme apropriado;
5. Encorajar a verbalização dos sentimentos, das percepções e dos medos;
6. Identificar mudanças no nível de ansiedade;
7. Auxiliar o paciente a identificar situações que precipitem a ansiedade;
8. Determinar a capacidade de tomada de decisão do paciente;
9. Avaliar sinais verbais e não verbais de ansiedade.

| Necessidade Humana Básica | Indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade psicobiológica<br><br>Atividade física | Dor, mobilidade prejudicada, nutrição prejudicada, depressão, desconforto | Dor, intolerância à atividade, força muscular diminuída, Depressão, Desnutrição, Controle muscular diminuído | Alteração na integridade de estruturas ósseas<br>Alteração do metabolismo | Mobilidade física prejudicada (00085)<br><br>Domínio 4 – atividade – repouso Classe 2 atividade – exercício |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Controle da dor: aguda** | | | | |
| 1. Realizar avaliação abrangente de dor, incluindo localização, início, duração, frequência e intensidade da dor, bem como fatores de melhora e desencadeantes;<br>2. Monitorar a dor utilizando um instrumento de classificação válido e confiável, apropriado para a idade e para a capacidade de comunicação;<br>3. Observar sinais de desconforto;<br>4. Prevenir ou controlar os efeitos colaterais da medicação;<br>5. Notificar o médico se as medidas de controle de dor não obtiverem sucesso;<br>6. Fornecer informações precisas à família sobre a experiência de dor do paciente. | | | | |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Promoção da mecânica corporal** | | | | |
| 1. Determinar a percepção que o paciente tem das próprias alterações musculoesqueléticas e dos potenciais efeitos da postura e do tecido muscular;<br>2. Orientar o paciente a movimentar primeiramente os pés e depois o corpo ao virar-se para caminhar a partir da posição em pé;<br>3. Fornecer informações sobre possíveis causas posicionais de dor muscular ou articular. | | | | |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Prevenção contra quedas** | | | | |
| 1. Identificar os comportamentos e fatores que afetem o risco de quedas;<br>2. Identificar as características do ambiente que possam aumentar o potencial de quedas;<br>3. Monitorar a marcha, o equilíbrio e o nível de fadiga com a deambulação;<br>4. Pedir ao paciente que se atente à percepção de equilíbrio, conforme apropriado;<br>5. Encorajar o paciente a usar bengala ou andador, conforme apropriado;<br>6. Travar as rodas da cadeira de rodas, do leito ou da maca durante a transferência do paciente;<br>7. Usar grades laterais;<br>8. Remover a mobília que se encontre no nível próximo ao chão que apresente perigo para tropeçar;<br>9. Fornecer iluminação adequada para aumentar a visibilidade;<br>10. Orientar os familiares sobre os fatores de risco que contribuem para quedas e como diminuir tais riscos; | | | | |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Terapia com exercícios: deambulação** | | | | |

1. Auxiliar o paciente a se sentar na lateral do leito para facilitar os ajustes posturais;
2. Colocar o controle de posicionamento do leito em local de fácil alcance;
3. Auxiliar o paciente na transferência, conforme necessário;
4. Aplicar/fornecer dispositivo de assistência (p. ex., bengala, andador ou cadeira de rodas) para a deambulação se o paciente não puder manter o equilíbrio;
5. Monitorar o paciente durante o uso de muletas ou de outros dispositivos de auxílio de marcha;
6. Encorajar a deambulação independente dentro de limites seguros;
7. Encorajar o paciente a se levantar espontaneamente, se apropriado.

| Necessidade Humana Básica | Indicadoes clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicobiológica<br><br>Atividade física | Mobilidade prejudicada | ---------- | Condição que afeta os pés<br>Doença vascular<br>Neuropatia Anemia<br>Artrite Neoplasia<br>Alteração nafunção cognitiva | **Risco de quedas(00155)**<br><br>Domínio 11 –segurança – proteção<br>Classe 2 – lesãofísica |

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Prevenção contra quedas**

1. Identificar os comportamentos e fatores que afetem o risco de quedas;
2. Identificar as características do ambiente que possam aumentar o potencial de quedas;
3. Monitorar a marcha, o equilíbrio e o nível de fadiga com a deambulação;
4. Pedir ao paciente que se atente à percepção de equilíbrio, conforme apropriado;
5. Encorajar o paciente a usar bengala ou andador, conforme apropriado;
6. Travar as rodas da cadeira de rodas, do leito ou da maca durante a transferência do paciente;
7. Usar grades laterais;
8. Remover a mobília que se encontre no nível próximo ao chão que apresente perigo para tropeçar;
9. Fornecer iluminação adequada para aumentar a visibilidade;
10. Orientar os familiares sobre os fatores de risco que contribuem para quedas e como diminuir tais riscos.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Controle do ambiente: segurança**

1. Identificar as necessidades de segurança do paciente, com base no nível de funcionamento físico e cognitivo, além da história de comportamento;
2. Identificar os riscos de segurança no ambiente;
3. Modificar o ambiente para reduzir os perigos e riscos;
4. Fornecer dispositivos de adaptação;
5. Usar dispositivos de proteção para limitar fisicamente a mobilidade ou o acesso a situações perigosas.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Assistência no autocuidado: transferência**

1. Determinar a capacidade atual do paciente de autotransferência;

2.Orientar o indivíduo acerca das técnicas de transferência de uma área para a outra;
3.Orientar o indivíduo quanto ao uso de auxílios à deambulação;
4.Identificar métodos para prevenir lesões durante a transferência;
5.Avaliar o paciente no fim da transferência quanto ao alinhamento adequado do corpo, sem obstrução de tubos, roupa de cama sem dobras, pele exposta desnecessariamente, nível adequado de conforto do paciente, grades laterais levantadas e campainha ao alcance;
6.Promover incentivos ao paciente, à medida que ele aprende a realizar transferências de maneira independente;
7.Registrar o progresso, conforme apropriado.

| Necessidade Humana Básica | Indicadoes clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicobiológica<br><br>Cuidado Corporal | Dor, mobilidade prejudicada, desconforto, capacidade prejudicada para o autocuidado | Dor, desconforto, mobilidade prejudicada | Prejuízo musculoesquelético | **Déficit de autocuidado para alimentação** (00102)<br><br>Domínio 4 –atividade – repouso<br>Classe 5 –atividade – repouso |

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Assistência no autocuidado: alimentação**

1.Monitorar a capacidade de deglutição do paciente;
2.Garantir o posicionamento adequado do paciente para facilitar a mastigação e a deglutição;
3.Fornecer assistência física, conforme necessário;
4.Proporcionar alívio adequado da dor antes das refeições, conforme apropriado;
5.Posicionar confortavelmente o paciente para comer;
6.Monitorar o peso do paciente, conforme apropriado;
7.Monitorar a condição da hidratação do paciente, conforme apropriado.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Plano de alta**

1.Verificar as capacidades dos pacientes para a alta;
2.Colaborar com o médico, paciente/familiar/significantes e outros membros da equipe de saúde a planejar a continuidade dos cuidados de saúde;
3.Identificar a compreensão que o paciente e cuidador principal têm sobre o conhecimento ou habilidades necessárias após a alta;
4.Identificar as necessidades de ensino do paciente para os cuidados pós-alta;
5.Comunicar os planos de alta do paciente, conforme apropriado;
6.Documentar os planos de alta do paciente no prontuário;
7.Desenvolver um plano que considere as necessidades de cuidado à saúde, social e financeira do paciente;
8.Encorajar o autocuidado, conforme apropriado;
9.Organizar o apoio ao cuidador, conforme apropriado;
10. Discutir os recursos financeiros se houver necessidade de providências de cuidados à saúde após a alta;
11. Coordenar os encaminhamentos relevantes às conexões entre provedores de cuidados à saúde.

| Necessidade Humana Básica | Indicadoes clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicobiológica | Dor, mobilidade prejudicada, | Dor, fraqueza, motivação diminuída | Prejuízo musculoesquelético | **Déficit de autocuidado para banho (00108)** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cuidado Corporal | desconforto, capacidade prejudicada para o autocuidado | | | Domínio 4 – atividade – repouso Classe 5 – atividade – repouso |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Assistência no autocuidado: banho – higiene** | | | | |
| 1.Considerar a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado;<br>2.Colocar toalhas, sabonete, desodorante, aparelho de barbear e outros acessórios necessários junto à cabeceira ou no banheiro;<br>3.Facilitar a escovação dos dentes pelo paciente, conforme apropriado;<br>4.Monitorar a limpeza das unhas, conforme a capacidade de autocuidado do paciente;<br>5.Monitorar a integridade da pele do paciente;<br>6.Encorajar a participação dos pais/familiares nos rituais usuais da hora de dormir, conforme apropriado. | | | | |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Prevenção contra quedas** | | | | |
| 1.Identificar os comportamentos e fatores que afetem o risco de quedas;<br>2.Identificar as características do ambiente que possam aumentar o potencial de quedas;<br>3.Monitorar a marcha, o equilíbrio e o nível de fadiga com a deambulação;<br>4.Pedir ao paciente que atente à percepção de equilíbrio, conforme apropriado;<br>5.Encorajar o paciente a usar bengala ou andador, conforme apropriado;<br>6.Travar as rodas da cadeira de rodas, do leito ou da maca durante a transferência do paciente;<br>7.Usar grades laterais;<br>8.Remover a mobília que se encontre no nível próximo ao chão, que apresente risco de tropeçar;<br>9.Fornecer iluminação adequada para aumentar a visibilidade;<br>10.Orientar os familiares sobre os fatores de risco que contribuem para quedas e como diminuir tais riscos. | | | | |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Plano de alta** | | | | |
| 1.Verificar as capacidades dos pacientes para a alta;<br>2.Colaborar com o médico, paciente/familiar/significantes e outros membros da equipe de saúde a planejar a continuidade dos cuidados de saúde;<br>3.Coordenar os esforços de diferentes provedores de cuidados à saúde para garantir uma alta oportuna;<br>4.Identificar a compreensão que o paciente e cuidador principal têm sobre o conhecimento ou habilidades necessárias após a alta;<br>5.Identificar as necessidades de ensino do paciente para os cuidados pós-alta;<br>6.Comunicar os planos de alta do paciente, conforme apropriado;<br>7.Documentar os planos de alta do paciente no prontuário;<br>8.Desenvolver um plano que considere as necessidades de cuidado à saúde, social e financeira do paciente;<br>9.Encorajar o autocuidado, conforme apropriado;<br>10.Organizar o apoio ao cuidador, conforme apropriado;<br>11.Discutir os recursos financeiros se houver necessidade de providências de cuidados à saúde após a alta;<br>12.Coordenar os encaminhamentos relevantes às conexões entre provedores de cuidados à saúde. | | | | |
| **Necessidade Humana Básica** | **Indicadoes clínicos** | **Fatores relacionados** | **Condição associada** | **Título Diagnóstico de enfermagem** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicobiológica Cuidado Corporal | Dor, mobilidade prejudicada, desconforto, capacidade prejudicada para o autocuidado | Fraqueza, mobilidade prejudicada, dor e motivação diminuída | Prejuízo musculo esquelético | **Déficit de autocuidado para higiene íntima (00110)**<br><br>Domínio 4 –atividade – repouso Classe 5 – atividade – repouso |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Assistência no autocuidado: Uso de vaso Sanitário** | | | | |
| 1. Considerar a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado;<br>2. Auxiliar o paciente a usar vaso sanitário/cadeira higiênica/comadre/urinol durante intervalos determinados;<br>3. Facilitar a higiene íntima após o término da eliminação;<br>4. Instituir esquema de higiene íntima, conforme apropriado;<br>5. Orientar a paciente/pessoa significativa a respeito da rotina de higiene íntima;<br>6. Fornecer dispositivos auxiliares (p. ex., cateter externo ou urinol), quando apropriado;<br>7. Monitorar a integridade da pele do paciente. | | | | |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Plano de alta** | | | | |
| 1. Verificar as capacidades dos pacientes para a alta;<br>2. Colaborar com o médico, paciente/familiar/significantes e outros membros da equipe de saúde a planejar a continuidade dos cuidados de saúde;<br>3. Identificar a compreensão que o paciente e cuidador principal têm sobre o conhecimento ou habilidades necessárias após a alta;<br>4. Identificar as necessidades de ensino do paciente para os cuidados pós-alta;<br>5. Comunicar os planos de alta do paciente, conforme apropriado;<br>6. Documentar os planos de alta do paciente no prontuário;<br>7. Desenvolver um plano que considere as necessidades de cuidado à saúde, social e financeira do paciente;<br>8. Encorajar o autocuidado, conforme apropriado;<br>9. Discutir os recursos financeiros se houver necessidade de providências de cuidados à saúde após a alta;<br>10. Coordenar os encaminhamentos relevantes às conexões entre provedores de cuidados à saúde. | | | | |
| **Necessidade Humana Básica** | **Indicadoes clínicos** | **Fatores relacionados** | **Condição associada** | **Título Diagnóstico de enfermagem** |
| Necessidad Psicobiológica<br><br>Cuidado Corporal | Dor, mobilidade prejudicada, desconforto, capacidade prejudicada para o autocuidado | Dor, Fraqueza, Motivação diminuída e Desconforto | Prejuízo muscular esquelético | **Déficit de autocuidado para vestir-se (00109)**<br><br>Domínio 4 – atividade – repouso Classe 5 – atividade – repouso |
| **Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Assistência no autocuidado: Vestir e Arrumar-se** | | | | |
| 1. Considerar a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado;<br>2. Fornecer vestuário pessoal, conforme apropriado;<br>3. Manter a privacidade enquanto o paciente estiver se vestindo;<br>4. Reforçar os esforços para vestir-se sozinho. | | | | |

<table>
<tr><th colspan="5">Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Plano de alta</th></tr>
<tr><td colspan="5">1. Verificar as capacidades dos pacientes para a alta;<br>2. Colaborar com o médico, paciente/familiar/significantes e outros membros da equipe de saúde a planejar a continuidade dos cuidados de saúde;<br>3. Identificar a compreensão que o paciente e cuidador principal têm sobre o conhecimento ou habilidades necessárias após a alta;<br>4. Identificar as necessidades de ensino do paciente para os cuidados pós-alta;<br>5. Comunicar os planos de alta do paciente, conforme apropriado;<br>6. Documentar os planos de alta do paciente no prontuário;<br>7. Desenvolver um plano que considere as necessidades de cuidado à saúde, social e financeira do paciente;<br>8. Encorajar o autocuidado, conforme apropriado;<br>9. Organizar o apoio ao cuidador, conforme apropriado;<br>10. Discutir os recursos financeiros se houver necessidade de providências de cuidados à saúde após a alta;<br>11. Coordenar os encaminhamentos relevantes às conexões entre provedores de cuidados à saúde.</td></tr>
<tr><th>Necessidade Humana Básica</th><th>Indicadoes clínicos</th><th>Fatores relacionados</th><th>Condição associada</th><th>Título Diagnóstico de enfermagem</th></tr>
<tr><td>Necessidade Psicossocial<br><br>Gregária</td><td>Isolamento social,<br>Impacto da autoimagem</td><td>Dificuldade para estabelecer relacionamentos</td><td>Alteração na aparência física</td><td>Isolamento social (00053)<br><br>Domínio 12 – Conforto Classe 3 – Conforto social</td></tr>
<tr><th colspan="5">Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Melhora da Socialização</th></tr>
<tr><td colspan="5">1. Encorajar atividades sociais e comunitárias;<br>2. Encorajar a participação em atividades de reminiscência individual e/ou grupal;<br>3. Dar feedback sobre a melhora do cuidado com a aparência pessoal ou outras atividades;<br>4. Auxiliar o paciente a aumentar a consciência em relação aos pontos fortes e limitações na comunicação com os outros;<br>5. Facilitar a estimulação do paciente e o planejamento de atividades futuras.</td></tr>
<tr><th colspan="5">Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Apoio emocional</th></tr>
<tr><td colspan="5">1. Encorajar o paciente a expressar seus sentimentos de ansiedade, raiva ou tristeza;<br>2. Ouvir e encorajar a expressão de sentimentos e crenças;<br>3. Encorajar o paciente a conversar ou chorar para diminuir a resposta emocional;<br>4. Fornecer assistência na tomada de decisão;<br>5. Encaminhar o paciente para aconselhamento, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><th colspan="5">Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Melhora do sistema de apoio</th></tr>
<tr><td colspan="5">1. Monitorar a atual situação familiar e a rede de apoio;<br>2. Encorajar o paciente a participar das atividades sociais;<br>3. Envolver a família, outras pessoas relevantes e amigos no cuidado e planejamento.</td></tr>
<tr><th colspan="5">Intervenção de enfermagem, segundo NIC<br>Melhora da imagem corporal</th></tr>
</table>

1. Auxiliar o paciente a determinar o alcance das mudanças reais no corpo ou nível de funcionamento;
2. Determinar se alguma mudança física recente foi incorporada à imagem corporal do paciente;
3. Auxiliar o paciente a discutir os estressores que afetam a imagem corporal;
4. Determinar as percepções do paciente e familiares sobre alteração na imagem corporal versus realidade;
5. Auxiliar o paciente a identificar partes de seu corpo com percepções positivas associadas a elas.

| Necessidade Humana Básica | Indicadoes clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Necessidade Psicossocial<br><br>Educação para saúde \aprendizagem | Conhecimento insuficiente | Conhecimento insuficiente sobre recursos | Alteração da função cognitiva | **Conhecimento deficiente (00126)**<br><br>Domínio 5 –percepção –cognição Classe 4 – cognição |

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Ensino: Indivíduo**

1. Determinar as necessidades de aprendizagem do paciente;
2. Avaliar o nível atual de conhecimento e compreensão de conteúdo do paciente;
3. Determinar a capacidade do paciente em obter informações específicas;
4. Fornecer folhetos instrutivos, vídeos e recursos on-line, quando apropriado;
5. Proporcionar tempo para o paciente fazer perguntas e discutir preocupações
6. Incluir a família, conforme apropriado.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Ensino: Procedimento – Tratamento**

1. Reforçar a confiança do paciente na equipe envolvida, conforme apropriado;
2. Determinar a experiência prévia do paciente e o nível de conhecimentos relacionados ao procedimento/tratamento;
3. Obter consentimento informado do paciente/testemunha para o procedimento/tratamento de acordo com a política da instituição, conforme apropriado;
4. Incluir a família/pessoas significativas, conforme apropriado.

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Ensino: Processo da doença**

1. Avaliar o nível atual de conhecimento do paciente relacionado a um processo da doença específico;
2. Explicar a fisiopatologia da doença e como ela se relaciona com a anatomia e a fisiologia, conforme apropriado;
3. Revisar o conhecimento do paciente sobre a doença;
4. Descrever os sinais e sintomas comuns da doença, conforme apropriado;
5. Fornecer à família/pessoas significativas informações sobre o progresso do paciente, conforme apropriado;
6. Orientar o paciente sobre sinais e sintomas que devem ser informados ao profissional da saúde, conforme apropriado

**Intervenção de enfermagem, segundo NIC**
**Facilitação da Aprendizagem**

1. Ajustar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão do paciente;
2. Adaptar o conteúdo às habilidades cognitivas, psicomotoras e de afetividade do paciente;
3. Fornecer informações adequadas ao nível de desenvolvimento;
4. Incentivar a participação ativa do paciente;

| |
|---|
| 5. Garantir que informações consistentes sejam utilizadas por vários membros da equipe de cuidados com a saúde;<br>6. Responder as perguntas de forma clarae concisa. |

Fonte: Elaborado pela autora(2022).

## 7.2 PRODUÇÃO TÉCNICA 2

**Título:** Roteiro de avaliação para paciente com ferida.

**Equipe Técnica:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestranda Enfa. Camila Binsi Scopel, sob a orientação das acadêmicas Profa. Dra. Walckiria Garcia Romero Sipolatti e Profa. Dra. Fabiana Gonring Xavier.

**Introdução:** A coleta de dados é fundamental para todo o desenvolvimento do processo de enfermagem, visto que todas as intervenções de enfermagem são baseadas nas informações obtidas naquele momento, sendo assim, considera-se como a base para realizar o processo de enfermagem. A organização à assistência de enfermagem, por meio do PE, implica no aumento da qualidade do cuidado prestado, além de reduzir gastos financeiros e em melhor qualidade de vida para o paciente.

**Tipo de produção técnica:** Tecnologia assistencial sob a forma de material instrucional. Vale ressaltar que esse produto poderá ser utilizado não só como um formulário, como também ser incorporado em um sistema de informação do tipo aplicativo ou software.

**Finalidade do produto:** Contribuir com o registro e documentação do processo de enfermagem, bem como para a assistência de enfermagem do paciente com ferida, organizando, sistematicamente, a coleta de dados com a utilização de um roteiro que permita avaliar o paciente de forma holística, levantando as necessidades relevantes, visando à facilidade de seleção dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e atividades de enfermagem, de forma a ser utilizado em todos os tipos de ferida, sendo esse o diferencial desse produto desenvolvido.

**Contribuições e possíveis impactos à prática profissional:** Para subsidiar a assistência de enfermagem ao paciente com ferida a utilização de roteiro de avaliação poderá contribuir na tomada de decisão, proporcionando autonomia, apoio técnico e respaldo ético ao enfermeiro. O roteiro elaborado dá subsídios para investigar os

indicadores clínicos relativos às NHB do paciente, família e comunidade de forma sistematizada, constituindo uma importante ferramenta para a realização da primeira etapa do PE e ainda auxilia no raciocínio clínico para formulação dos diagnósticos e, consequentemente, na seleção de intervenções e atividades de enfermagem, além de contribuir de forma indireta na previsão e provisão de insumos para curativos e coberturas; previsão de recursos humanos necessários ao atendimento; monitoramento do número de atendimentos; descrição do perfil epidemiológico e clinico das pessoas com ferida; elaboração de protocolos específicos; e criação de banco de dados, promovendo, assim, a melhoria da qualidade da assistência de atendimento da enfermagem.

**Registro do Produto:** Solicitou-se registro de Direitos Autorais junto à Biblioteca Nacional, cujas orientações preconizadas pela instituição foram todas seguidas .

**Desenvolvimento do produto:** Trata-se de um roteiro de avaliação para paciente com ferida. O referencial teórico utilizado para elaboração do roteiro — conforme Benson e Clark (1982) — sugere uma sequência de três fases para guiar o processo de construção e validação de instrumentos: 1. Planejamento 2. Construção; 3. Validação.

Na fase de planejamento foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre a temática, além de uma revisão de escopo, que levantou os principais indicadores clínicos do paciente com ferida. Para complementar, utilizou-se os produtos já desenvolvidos por Bordinhão (2012) como base para a construção do roteiro, sendo um instrumento de coleta de dados para pacientes de Unidade de Terapia Intensiva, fundamentado na Teoria das NHB; e o estudo de Melo (2015) que elaborou e validou um instrumento de avaliação e evolução de feridas crônicas.

Na fase de construção, a primeira versão do roteiro foi construída pelas pesquisadoras com base nas revisões, apresentando 144 itens em 10 dimensões: 1) identificação pessoal; 2) avaliação geral; 3) avaliação das necessidades psicossociais, tendo como subgrupos: moradia/hábitos de vida, interação social/autoestima, comunicação, atenção/segurança emocional e aprendizagem. 4) avaliação das necessidades psicoespirituais; 5) avaliação das necessidades psicobiológicas, tendo

como subgrupos: regulação neurológica, oxigenação, regulação vascular geral e periférica, regulação térmica, percepção dos órgãos e sentidos, nutrição, hidratação, hábitos de sono, repouso, conforto, eliminação urinária, eliminação intestinal, cuidado corporal, segurança física, integridade da pele; 6) avaliação da ferida; 7) exames complementares; 8) campos para seleção de diagnósticos de enfermagem; 9) campos para seleção de intervenções e atividades de enfermagem; e 10) conduta.

Para facilitar o entendimento e para reduzir o tempo gasto para o preenchimento, os itens de cada dimensão foram organizados de forma que as opções de resposta fossem listadas em listas suspensas, ou com espaço delimitado para inserir a resposta em texto corrido.

**Validação de conteúdo por juízes**

Após a construção do roteiro pelos pesquisadores, o mesmo foi submetido a um processo de validação de conteúdo, no qual os juízes foram solicitados a avaliar a adequação em relação à clareza da linguagem, pertinência prática e abrangência.

Os juízes serão selecionados por meio da amostragem bola de neve, cujos critérios de inclusão para participação da pesquisa são: ser enfermeiro, tempo de atuação na profissão de, pelo menos, três anos de experiência em ferida.

Um formulário foi elaborado e encaminhado para 50 juízes por meio da ferramenta Google Formulários, contendo um carta-convite com orientações sobre o objetivo da pesquisa (APENDICE C), o TCLE e o print de cada dimensão do roteiro seguida da escala de *likert* com os pontos avaliativos e os níveis de análise. Constou, ainda, espaços destinados para comentários e sugestões de inclusão ou exclusão de algum item que alguém considerasse inadequado para utilizar na prática clínica.

A concordância entre os juízes foi verificada pela escala *Likert* de três pontos avaliativos e em três níveis de análise, no primeiro ponto foi avaliada a clareza de linguagem: 1- nada de clareza, 2- pouca clareza; 3- muita clareza; no segundo ponto foi avaliada a pertinência prática: 1- nenhuma pertinência, - pouca pertinência; 3- muita pertinência; no terceiro ponto foi avaliada a abrangência teórico-prática: 1- nenhuma abrangência, 2- pouca abrangência; 3- muita abrangência. Além disso, espaços foram destinados para o envio de comentários e sugestões.

Solicitou-se que os dados fossem devolvidos em um prazo de 15 (dez) dias, porém, a cada semana, houve a necessidade de reforçar o convite até obter um número expressivo de respondentes. Na 1º rodada, que ocorreu em junho de 2021, foi enviado o formulário para 50 juízes, sendo que 20 aceitaram participar do estudo, enviando as respostas por meio de endereço eletrônico. Na segunda foi encaminhado o e-mail com uma nova carta convite para aqueles que haviam respondido na 1ª rodada, com o objetivo de ser novamente avaliadas a pertinência, a abrangência e a clareza dos itens, sendo que, nesse momento, a avaliação ocorreu de forma mais detalhada, em que os juízes puderam avaliar as opções de resposta em cada item. Na segunda rodada, o formulário com as alterações sugeridas foi enviado para os mesmos 20 juízes, porém, nessa rodada, somente 14 responderam ao questionário de validação.

Para avaliar a concordância entre os juízes foi adotado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Para o cálculo da proporção de concordância utilizou-se a fórmula: $IVC$ = Número de respostas “3” dividido pelo número total de respostas. Para esta pesquisa, como critério de decisão dos itens, o percentual de concordância empregado foi de 80% entre os juízes.

Na 1º rodada de validação, quanto à caraterização dos juízes, 79% tinham idade entre 30-40 anos de idade; 16% tinham entre 50-60 anos; e apenas um declarou a idade de 61 anos. Todos os juízes participantes desse processo são formados há mais de sete anos, sendo que 3 possuíam doutorado (15.8%), 7 mestrado (36.8%) e 10 apenas especialização (47,4%). Identificou-se que 84,2% dos enfermeiros possuíam formação complementar do tipo atualização/especialização, sendo 1 com curso de capacitação (6,3%), 4 especialização em dermatologia (25,3%) e 11, estomaterapia (68,9%), sendo que o tempo de experiência em atendimento ao paciente com ferida variou de 5-30 anos.

Quanto ao uso da taxonomia da NANDA-I, 15 dos juízes afirmam utilizar os diagnósticos de enfermagem (78,9%), enquanto 10 afirmam utilizar o NIC em sua prática (52,6%).

Pode-se verificar que o roteiro de avaliação para paciente com ferida apresentou um IVC global de 0,85 na primeira rodada, alcançando o índice proposto

para validade de conteúdo nesta pesquisa. No entanto, quando avaliadas separadamente a clareza de linguagem, a pertinência prática e a abrangência teórica, constatou-se que alguns itens não estavam adequados (quadro 2).

Quadro 9— Resultado dos valores de Índice de Validade de Conteúdo da primeira rodada de validação de conteúdo do roteiro. Espírito Santo, Brasil, 2021

| Dimensões do roteiro | PP* | AT* | CL* |
|---|---|---|---|
| **Sequência do roteiro** | 0,89 | 0,89 | 0,78 |
| **Identificação pessoal** | 0,89 | 0,78 | 0,84 |
| **Avaliação geral de admissão** | 0,89 | 0,63 | 0,89 |
| **Avaliação das necessidades psicossociais** | 1 | 0,84 | 0,73 |
| **Avaliação das necessidades psicoespirituais** | 0,84 | 0,78 | 0,78 |
| **Avaliação neurológica** | 0,89 | 0,89 | 0,84 |
| **Avaliação da oxigenação, vascular, regulação térmica e percepção de orgãos e sentidos.** | 0,89 | 0,89 | 0,89 |
| **Avaliação vascular periférico** | 1 | 1 | 1 |
| **Avaliação nutrição e hidratação** | 0,95 | 0,63 | 0,89 |
| **Avaliação hábitos do sono, repouso e conforto** | 0,89 | 0,84 | 0.89 |
| **Avaliação eliminação urinária e intestinal** | 0,89 | 0,73 | 0,79 |
| **Avaliação higiene corporal e segurança física** | 0,89 | 0,84 | 0,78 |
| **Avaliação integridade da pele** | 1 | 0,84 | 0,84 |
| **Avaliação da ferida** | 0,95 | 0,89 | 0,89 |
| **Exames complementares** | 0,84 | 1 | 0.95 |
| **Seção de diagnósticos de enfermagem** | 0,79 | 0,79 | 0,63 |
| **Seção de intervenções e atividades de enfermagem** | 0,84 | 0,79 | 0,68 |
| **Seção tratamento proposto** | 1 | 0,84 | 0,84 |

Abreviaturas: CL* - Clareza de Linguagem; PP* - Pertinência Prática; AT* - Abrangência Teórica

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

As sugestões dos itens que obtiveram o IVC abaixo de 0,80 foram analisadas, tabuladas e acatadas conforme a pertinência por uma comissão interna formada pelas pesquisadoras do estudo, conforme descrito no quadro abaixo.

Quadro 10— Sugestões dadas pelos juízes e aceitas do roteiro de avaliação a paciente com ferida na primeira rodada

| Itens | Sugestões dos juízes |
|---|---|
| **Sequência do roteiro** | - Substituir a palavra “tratamento” por conduta no que se refere a tratamento proposto |
| **Identificação pessoal** | - Substituir "Profissão" por "ocupação atual" e "Procedência" por "local onde mora atualmente".<br>- Incluir dados renda familiar, acesso a serviço de atenção básica. |
| **Avaliação geral de admissão** | - Substituir o item “motivo da internação” por “causa da internação”.<br>- Exluir o pronome “qual”.<br>- Incluir “História clínica”; |
| **Avaliação das necessidades psicossociais** | - Substituir o item “tipo de abrigo” por “lar/residência”;<br>- Substituir o item “dificuldades para se relacionar” por “como se relaciona com a familia, amigos, trabalho ?<br>- Substituir o item “vício” por “dependência”.<br>- Substituir o item “atividades de lazer fora do domicílio”? Quais?, por “atividades de lazer”, independente se dentro ou fora do domicílio |
| **Avaliação psicoespiritual** | - Modificar a pergunta para quais suas crenças no aspecto espiritual e religioso? |
| **Avaliação neurológica** | - Incluir o item sobre “orientação em tempo e espaço”.<br>- Excluir o item “escala de gasglow”; |
| **Avaliação dos itens oxigenação, vascular, regulação térmica e percepção de órgãos e sentidos,** | - Incluir o item “incapacidade visual” e “auditiva”.<br>- Incluir o item “intensidade da dor”.<br>- Incluir o item “sensibilidade dos pés”. |
| **Avaliação do item vascular periférico** | - Incluir o item “alterações na pele dos membros inferiores” que são comuns nos problemas vasculares: Ex. lipodermatoesclerose, dermatite ocre.<br>- Incluir exames prévios de ultrassom;<br>- Incluir o item “localização de edema”. |
| **Avaliação dos itens nutrição e hidratação** | - Incluir o item “tugor da pele” nessa dimensão e retirar do item “integridade da pele”.<br>- Incluir o item “consumo de água”.<br>- Incluir o item “estado de hidratação de mucosas”.<br>-Transferir o item “glicemia capilar” para a dimensão “exames complementares”. |
| **Avaliação dos itens hábitos de sono, repouso e conforto** | - Incluir o item “conforto físico, mental, espiritual”.<br>- Excluir o item “faz uso de medicamento a noite”. |
| **Avaliação dos itens: eliminação urinária e intestinal** | - Dividir entre hábitos intestinais e urinários;<br>- Incluir o item “frequência de eliminação”;<br>- Incluir se há presença de dispositivos urinários como sondas ou uripem e se há presença de ostomias.<br>- Incluir coletor urinário externo, se faz uso de cateterismo vesical de alívio<br>- Incluir sobre ostomia intestinal e/ou urinária. |

| | |
|---|---|
| **Avaliação dos itens cuidado corporal e segurança física,** | - Incluir o item “escala de news”;<br>- No item “mobilidade física” sugiro dados sobre deambulação (independente, uso de acessórios, como muletas, cadeira de rodas e outros, e deambula com ajuda, acamado.<br>- Incluir dados sobre autocuidado. |
| **Avaliação da integridade da pele** | - Transferir o item “escala de dor” para o item 3.2.2 de avaliação da “percepção dos órgãos e sentidos";<br>- Incluir o item “condições da pele: descamação”, dermatites (tipo é extensão), hipercromias, etc.<br>- Excluir “umidade da pele” |
| **Avaliação da ferida** | - Incluir as classsificações de skin tears;<br>- Indicar nas opçoes, sinais e sintomas de infecção segundo o International Wound Infection Institute no consenso de 2016.<br>- Incluir o item “suspeita de biofilme?” |
| **Exames complementares** | - Incluir o item “hemoglobina glicada”.<br>- Excluir “cultura” visto que não é recomendada para tratamento de ferida infectada. A recomendação é biopsia de tecido profundo.<br>- Incluir o item “função renal”. |
| **Tratamento proposto** | - Incluir o item “técnica de limpeza/irrigação”<br>- Incluir o item “início da terapia tópica escolhida”;<br>- Incluor o “tipo de desbridamento”;<br>- Incluir o item “uso de emoliente para debridamento de crostas e hiperqueratina”;<br>- Incluir o campo para registro de condutas de orientação quanto aos cuidados como por exemplo proteção durante o banho, manter membro elevado, qual o melhor decúbito entre outros.<br>- Incluir outros itens: “Cobertura primária”, “cobertura secundária” e o “tipo de fixação”.<br>- Substituir "tempo" por "periodicidade de troca"<br>- Incluir o item “tipo de fixação”. |

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Dessa forma, após os ajustes sugeridos e considerações feitas pelos juízes, formulou-se uma nova versão preliminar e enviada novamente para que eles realizassem a validação.

Quanto à caraterização dos juízes na segunda rodada, 85,7% eram do sexo feminino e 14,3%, do sexo masculino; tinham idade entre 31- 57 anos. Todos os juízes participantes desse processo são graduados em enfermagem há mais de 9 anos, sendo que nenhum deles possuía pós-doutorado, 2 possuíam doutorado(14,3%), 4 mestrado (28.6%) e 8, apenas especialização (57,1%). Verificou-se que 78,6% dos enfermeiros possuíam formação complementar em ferida do tipo curso de capacitação, especialização em dermatologia e estomaterapia, sendo que o tempo de experiência em atendimento ao paciente com ferida variou de 7-27 anos.

Quanto ao uso da taxonomia da NANDA-I, 13 dos juízes afirmam utilizar os

diagnósticos de enfermagem (92,9%), 11 afirmam utilizar o NIC em sua prática (78,6%).

Pode-se verificar que o roteiro de avaliação para paciente com ferida apresentou um IVC global de 0,91 na segunda rodada, alcançando o índice proposto para validade de conteúdo nesta pesquisa. No entanto, quando avaliados separadamente os três quesitos, identificou-se alguns itens que ainda não estavam adequados.

De acordo com as respostas dos juízes em relação aos níveis avaliativos, no quesito “Abrangência teórica, os itens “Profissão”, “Conforto físico”, “Mental” e " “Espiritual” não estavam adequados. Com relação à “clareza de linguagem”, os itens “Residência e quantas pessoas moram com você”, "Dependência", "Se relaciona com amigos e família", "Possui capacidade visual" e "auditiva", "Consumo de água", "Conforto físico", "Mental" e "Espiritual", “Tipo de dieta", "via de alimentação" "Aceitação da dieta", “Coloração”, “Alterações urinárias” e “Aspecto das fezes e frequência” também apresentavam inadequações. Os demais itens avaliados pelos juízes obtiveram IVC igual ou maior que 0,80 (Quadro 12), sendo que todos os itens no quesito pertinência apresentaram IVC maior que 0,80.

Quadro 11— Resultado dos valores de Índice de Validade de Conteúdo da segunda rodada de validação de conteúdo do roteiro. Espírito Santo, Brasil, 2021

| **ITENS AVALIADOS** | PP* | AT* | CL* |
|---|---|---|---|
| Sequência do roteiro | 1 | 0,85 | 0,93 |
| **IDENTIFICAÇÃO PESSOAL** | | | |
| Item “Nome”, “Data de Nascimento”, “idade” e “sexo” | 1 | 1 | 1 |
| Item “Raça” | 0,93 | 0,93 | 0,93 |
| Item “Estado civil” | 0,85 | 0,93 | 0,93 |
| Item “Local onde mora atualmente” | 0,93 | 0,93 | 0,93 |
| Item "Profissão" | 0,85 | 0,78 | 0,85 |
| Item “Escolaridade" | 0,93 | 1 | 0,93 |
| **AVALIAÇÃO GERAL** | | | |
| Item "Causa de internação” e “doença de base”. | 1 | 1 | 1 |
| Item "alergias" | 1 | 0,93 | 0,93 |
| Item “Medicamentos de uso contínuo" | 0,93 | 1 | 1 |
| **AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS** | | | |
| **Moradia/Hábitos de vida/interação, social/autoestima/ comunicação/atenção/ segurança** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **emocional/aprendizagem** | | | |
| Itens "Residência e quantas pessoas moram com você” | 0,85 | 0,93 | 0,78 |
| Item "Água tratada" | 0,93 | 0,85 | 0,93 |
| Item "Dependência" | 0,93 | 0,85 | 0,71 |
| Item "Prática de exercício físico” | 0,85 | 1 | 0,93 |
| Item "Se relaciona com amigos e família" | 0,93 | 0,93 | 0,78 |
| Item "Atividade de lazer" | 0,85 | 0,93 | 0,85 |
| Item “Comunicação” | 1 | 1 | 0,85 |
| Item “"Avaliação emocional" | 0,93 | 0,93 | 0,93 |
| **AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS** | | | |
| Item “Possui alguma prática espiritual/religiosa/filosófica" | 0,85 | 0,85 | 0,85 |
| **AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS** | | | |
| **Neurológica** | | | |
| Item “Orientação” | 0,85 | 0,78 | 0,85 |
| **Oxigenação, vascular, regulação térmica, e percepção dos orgãos e sentidos** | | | |
| Itens “Frequência respiratória", "Frequência cardíaca", "Pressão arterial", "Temperatura axilar" e "Oximetria" | 1 | 1 | 1 |
| Item “Sensibilidade à dor", "Sensibilidade nos pés", "Intensidade da dor" e Localização da dor" | 1 | 1 | 0,93 |
| Item "Possui capacidade visual" e "auditiva" | 0,93 | 0,93 | 0,64 |
| **Vascular periférico** | | | |
| Item “"Pulsos" | 1 | 1 | 0,85 |
| Item “índice de tornozelo-branquial” e “alterações venosas” | 0,93 | 0,93 | 0,85 |
| Item “Presença de edema" e "Localização do edema" | 1 | **1** | 0,93 |
| Item “Alterações na pele dos membros inferiores” | 0,85 | 0,93 | 0,85 |
| **Nutrição, hidratação** | | | |
| Item"Tipo de dieta", "via de alimentação" e "Aceitação da dieta" | 0,93 | 0,85 | 0,78 |
| Item “ Peso” “Altura” e “IMC” | 0,85 | 0,85 | 0,85 |
| Item "Tugor da pele" e "Hidratação das mucosas" | 0,93 | 0,93 | 0,85 |
| Item “"Consumo de água" | 0,85 | 0,85 | 0,71 |
| **Hábitos de sono, repouso e conforto** | | | |
| Item "Sono", "horas\|dia" | 0,93 | 0,93 | 0,93 |
| Item "Conforto físico", "Mental" e "Espiritual" | **1** | **0,78** | **0,64** |
| **Eliminação urinária** | | | |
| Item “Diurese”, “Coloração” e Alterações urinárias” | 0,93 | 0,93 | 0,78 |
| **Eliminação intestinal** | | | |
| Item "Possui ostomia", "Aspecto das fezes" e "Frequência" | 1 | 0,93 | 0,78 |
| **Cuidado corporal, Segurança física** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Item “Dependência de autocuidado" e "Grau de dependência” | 1 | 1 | 1 |
| Item” "Escala de morse", "Escala de braden", "Escala de news", "Escala de fugulin". | 0,93 | 1 | 1 |
| Item "Mobilidade física" | 1 | 1 | 1 |
| **Integridade da pele** | | | |
| Item “Coloração da pele" e "Elasticidade" | 0,93 | 0,93 | 0,85 |
| Itens “Lesões elementares", "localização das lesões elementares" e "condições da pele" | 1 | 1 | 0,93 |
| **Avaliação da ferida** | | | |
| Itens “Quanto tempo possui a ferida", "Localização anatômica", "Tipo de ferida", "Etiologia da ferida" e "Perda tecidual", | 1 | 1 | 0,85 |
| Itens "Tecido viável", "Tecido inviável", "Porcentagem", "Visualização de tecido adjacente" | 1 | 0,93 | 0,93 |
| Itens "Sinais de inflamação", "Infecção", "Suspeita de biofilme" | 1 | 0,93 | 0,93 |
| Itens "aspecto do exsudato", "quantidade de exsudato" e "odor" | 1 | 1 | 0,85 |
| Itens "Aspecto da borda" e "Pele perilesional" | 1 | 1 | 1 |
| Itens “comprimento", "profundidade", "solapamento", "túneis", "localização no fuso horário", "se houve redução do tamanho" | 1 | 1 | 1 |
| Itens "Possui rede de apoio familiar", "Possui rede de apoio social", "Necessita de acompanhamento psicológico” | 1 | 1 | 1 |
| **Exames complementares** | | | |
| Item "exames complementares" | 0,93 | 0,93 | 1 |
| **Diagnósticos de enfermagem** | | | |
| Item "Seção de diagnósticos de enfermagem" | 0,93 | 0,93 | 0,85 |
| **Intervenções e atividades de enfermagem** | | | |
| Item "Intervenções e Atividades de enfermagem" | 0,93 | 0,93 | 0,85 |
| **Conduta** | | | |
| Itens “Solução de limpeza" e "Realização de desbridamento | 1 | 0,93 | 0,85 |
| Item “Cobertura primária", "Início da terapia escolhida", "Tempo estimado de uso", "Periocidade de troca", "Cobertura secundária", "Produto de escolha para pele perilesional” | 1 | 1 | 1 |
| Item “Terapia Adjuvante” | 1 | 1 | 0,93 |
| Item "Orientações quanto aos cuidados" e "observações" | 1 | 1 | 0,93 |

Abreviaturas: CL* - Clareza de Linguagem; PP* - Pertinência Prática; AT* - Abrangência Teórica

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Todos os itens foram avaliados com IVC acima de 0,80 no quesito pertinência, enquanto aqueles que apresentaram IVC abaixo de 0,80 na abrangência teórica e clareza de linguagem não foram excluídos e, sim, analisados por uma comissão interna formada pelas pesquisadoras do estudo, e modificados de acordo com as

sugestões dos juízes.

Vale ressaltar que, mesmo diante da validade de conteúdo dos itens com IVC maior que 0,80, as sugestões realizadas pelos juízes foram ponderadas e acatadas devido à pertinência das considerações. As principais sugestões foram a inclusão ou modificações referentes às opções de resposta de cada item, como descrito no quadro abaixo:

Quadro 12— Sugestões dadas pelos juízes do roteiro de avaliação ao paciente com ferida na 2º rodada

| Itens | Sugestões dos juízes |
|---|---|
| **Identificação pessoal** | - Incluir no item “Sexo”, a opção de resposta “transgênico”;<br>- Incluir no item “Estado civil a opção de resposta “união estável” e amasiado;<br>- Descrever no item “Local onde mora atualmente”, nas opções de resposta, somente as cidades da Grande Vitória e Guarapari ser incluída em “interior do estado” ;<br>- Descrever no item “Escolaridade” somente as opções de resposta “ensino fundamental completo” e “ensino fundamental incompleto”.<br>- Incluir o item “nome social”.<br>- Trocar o item “profissão” por "ocupação atual", pois esta informação indica possíveis fatores de risco. |
| **Avaliação geral** | -Trocar o item “comorbidades” por “doença de base”;<br>-Trocar o item “qual alergia” por “alérgico a”.<br>- Trocar “causa de internação” por “causa de acompanhamento médico atual”. |
| **Avaliação das necessidades psicossociais** | - Incluir “dependência química” na pergunta do item.<br>-No item “se relacionam com amigos e família”, retirar " “amigos” para dar mais clareza do relacionamento desse paciente com a família.<br>- O item “avaliação emocional” deixar em aberto, visto que, em alguns distúrbios, a pessoa expressa mais de um sentimento. |
| **Avaliação neurológica** | Deixar em aberto, para ser descrito em texto corrido. |
| **Avaliação dos itens oxigenação, vascular, regulação térmica e percepção de órgãos e sentidos,** | - No item “Incapacidade auditiva e visual”, colocar como opção de resposta: “Preservada”, “reduzida” e “ausente” .<br>- Colocar o “item incapacidade visual e auditiva”, abaixo do item “comunicação”<br>- No item “Pulsos”, mudar as opções de resposta para “presente”, “ausente”, “diminuído”, “não palpável”.<br>- Inserir a opção de resposta “Não se aplica” ou “Não verificado” em todos os itens que não forem respondidos.<br>- Descrever “comunicação com o entrevistador”, invés de “comunicação”.<br>- No item "intensidade da dor”, acrescentar a opção de resposta “não se aplica” para os pacientes acamados que não consigam responder. |

| | |
|---|---|
| **Avaliação vascular periférico** | - Modificar a opção de resposta: ITB normal de 0,91-1,29.<br>- Incluir no item “alterações venosas” a opção de resposta “telangiectasias”.<br>- Inserir no item “Presença de edema”, só um número de + sem denominador. |
| **Avaliação dos itens nutrição e hidratação** | - Na via de alimentação incluir estoma (jejunostomia);<br>- O item “tipo de dieta”, deixar em aberto para resposta, visto que o paciente pode ter dois tipos de dieta.<br>- O item “aceitação da dieta” deixar em aberto para resposta.<br>- Retirar o item “IMC”.<br>- No item “Consumo de água”, inserir uma observação para ser descrito por unidade de medida, por exemplo: copo de 200 ml.<br>- Considerar acompanhar o roteiro de avaliação com um instrutivo de definições das opções para cada questão;<br>- Modificar o item “hidratação das mucosas” descrevendo nas opções de resposta a quantificação por cruzes. |
| **Avaliação dos itens hábitos de sono, repouso e conforto** | - Definir “conforto mental” no roteiro de avaliação para que o entrevistador possa explicar para o indivíduo.<br>- Definir "conforto mental" no roteiro de avaliação para que o entrevistador possa explicar para o indivíduo.<br>- Utilizar os termos de julgamento clínico (prejudicado/ alterado e preservado) e deixar por espaço para descrever o motivo, em caso de prejudicado. |
| **Avaliação dos itens: eliminação urinária e intestinal** | -Incluir o item “incontinência urinária”, com opção de resposta “sim” e “não”.<br>- Trocar o item “diurese” por “meios de eliminação” com as seguintes opções de resposta: “vaso sanitário, “sonda vesical de demora”, “sonda vesical de alívio”, “urupem”, “patinho”, “comadre”, “ureterostomia”, “urostomia tipo "bricker", “cistostomia”.<br>-Trocar o item “alterações na diurese” por “diurese”, com as seguintes opções de resposta: “poliúria”, “oligúria” e as demais opções.<br>- Incluir o item “tipo de estoma”: "colostomia" " ileostomia".<br>- Incluir o item “Incontinência fecal”, com as seguintes opções de resposta: “sim” e “não”. |
| **Avaliação dos itens cuidado corporal e segurança física,** | - Padronizar os intervalos limítrofes nos itens referentes às escalas.<br>- Trocar no item “Mobilidade física” a opção de resposta " “deambula” por “deambula sem auxílio” para não haver confusão com “deambula com auxílio”<br>- Descrever nas instruções do roteiro aonde encontrar as escalas na íntegra. |
| **Avaliação da integridade da pele** | - No item “condições da pele” incluir algo evidenciando quando estiver normal, normocromica, por exemplo.<br>- Especificar se no item “Coloração da pele” se refere ao estado geral.<br>- Descrever nas instruções como testar a elasticidade. |
| **Avaliação da ferida** | -No item “tipo de lesão”, trocar a opção de resposta “lesão por dispositivo medico” para “lesão por dispositivo” e acrescentar a opção de resposta “lesão em membrana mucosa”.<br>- Inserir no item “quantidade de exsudato” um padrão relacionado à gaze, por exemplo, para padronizar o que é pouco e o que é muito.<br>- Definir uma unidade de medida única: meses ou anos, no |

| | |
|---|---|
| | item "Quanto tempo possui a ferida".<br>- O item "tipo de ferida", a deiscência é um tipo de ferida operatória complicada.<br>- Inserir no item “tipo de ferida” os tipos de ferida operatória complicada: Necrose/isquemia, seroma, hematoma, deiscência, fístula, cicatrização anormal (WUWHS, 2016, 2018).<br>- Inserir no item "Tecido adjacente”, as opções de resposta, “fáscia muscular”, “tecido subcutâneo”, outros.<br>- Inserir no item "suspeita de biofilme” os sintomas: atraso na cicatrização, tecido friável, tecido não viável de difícil manejo.<br>- Inserir no item infecção o acrônimo UPPER and LOWER (HILL; WOO, 2020).<br>- Explicar no material instrutivo a diferença entre sanguinolento e hemorrágico. |
| **Exames complementares** | Incluir plaquetas e/ ou tempo de coagulação/INR. |
| **Conduta** | -Incluir no item “tipo de desbridamento”, a opção de resposta “instrumental”.<br>-Incluir o item “técnica da limpeza”.<br>- Inserir no item "Solução de limpeza" adicionar "agua filtrada" e "solução de dakin" para ser abrangentes com outos cenários diferentes ao hospitalar.<br>- Inserir no item "Realização de desbridamento" a opção de resposta, instrumental e o biológico.<br>- A opção de resposta “terapia por pressão negativa” não é coadjuvante, funciona como cobertura primária e secundária. |

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Dentre as sugestões, destacam-se as inclusões de itens, tais como: “nome social” na identificação pessoal; “técnica de limpeza” na “conduta”; “plaquetas” e “tempo de coagulação/INR” nos exames complementares; no item “suspeita de biofilme”, descrever entre parênteses os sintomas (atraso na cicatrização, tecido friável, tecido não viável de difícil manejo) a fim de a pergunta mais clara; no item infecção, utilizar o acrônimo UPPER and LOWER. Além disso, uma sugestão bastante pertinente foi inserir a opção de resposta “Não se aplica e “Não coletado” em todos os itens.

Diante das modificações sugeridas, evidencia-se o item "Se relaciona com amigos e família". Um dos juízes descreve *“O termo relacionar-se é muito abrangente para uma resposta objetiva como SIM e NÃO. É algo subjetivo que precisa de um julgamento clínico mais apurado”,* enquanto o outro diz: *“Sugiro retirar “amigos” para dar mais clareza do relacionamento desse paciente com a família. Acho que a maioria dos pacientes que não se relacionam com a família, se relacionam com amigos. Nesse caso, o entrevistador acabará marcando, sim, mascarando o principal foco: se esse*

*paciente tem o apoio da família, principal eixo no cuidado ao paciente com ferida."* Frente a estas análises relevantes, o item passou a ser descrito como "Possui apoio familiar", com o campo de descrição em texto corrido.

O item que apresentou um IVC baixo, no quesito abrangência e clareza, foi "Conforto físico", "Mental" e "Espiritual", sendo sugerido descrever no instrutivo do roteiro as definições para que o entrevistador possa explicar para o indivíduo, além da sugestão de utilizar termos de julgamento clínico (prejudicado/ alterado e preservado) e deixar por espaço para descrever o motivo, em caso de prejudicado.

Alguns questionamentos foram feitos pelos juízes, dentre os quais se o roteiro de avaliação será utilizado apenas em pacientes internados, dada ainda a sugestão de descrever o item "causa da internação" de forma mais ampla, como "causa de acompanhamento médico atual", facilitando, assim, o uso do roteiro em outros locais como ambulatório e *home care*. O roteiro foi construído com a intenção de ser utilizado em qualquer serviço de saúde, em razão de ser um instrumento completo que abrange todas as necessidades humanas básicas.

Também se questionou qual teste será utilizado para verificar a sensibilidade dos pés e as capacidades auditiva e visual. O enfermeiro será orientado a realizar o teste de sensibilidade dos pés por meio do toque nos dedos dos pés. Durante o teste, o examinador toca muito levemente, com a ponta do seu dedo indicador, os seis dedos do paciente, três em cada pé (hálux, terceiro dedo, quinto dedo). As capacidades auditiva e visual serão registradas de acordo com o relato do paciente ou família.

Outras dúvidas surgiram, entre as quais: 1) "Explicar melhor o que seria "aceitação da dieta". Refere-se à tolerância do indivíduo com a dieta; 2) Definir brevemente o que seria água tratada; 3) Deixar claro no instrumento a definição de tabagista e alcoolista; 4) Identificar se a questão é para falar o tipo de atividade de lazer ou a frequência ou ambas; 5) No item "avaliação emocional", questionado se a pergunta deve ser respondida pelo indivíduo ou pelo entrevistador, de acordo com sua observação frente ao paciente; 6) Definir a diferença entre triste e deprimido.

Frente a isso, e também por sugestão de um dos juízes, será importante o desenvolvimento de um instrutivo com as definições das opções para cada item e, ainda, a descrição das escalas e testes a serem aplicadas no momento da avaliação.

Uma colocação feita por um dos juízes foi que, a depender do sistema utilizado para registrar as informações do roteiro, a idade pode ser um campo calculado a partir da data de nascimento. Vale ressaltar que o roteiro foi desenvolvido para ser utilizado por meios eletrônicos, na ferramenta Word, como também ser incorporado em um sistema de informação do tipo aplicativo ou software.

Dessa forma, após os ajustes sugeridos pelos juízes e as considerações realizadas pela comissão interna formada pelas pesquisadoras do estudo, formulou-se a versão final do roteiro de avaliação para paciente com ferida, composto por 144 itens diferentes, sendo que, na dimensão “avaliação da ferida”, existem os campos para avaliação de duas feridas, além de, na dimensão dos “diagnósticos de enfermagem” e intervenções e atividades de enfermagem”, de ser possível selecionar até cinco opções, dentro de cada subgrupo das NBH (Quadro 13).

Considerando-se que a categorização das dimensões do roteiro foi fundamentada pelo modelo teórico de Wanda Horta de Aguiar (1974), o mesmo possui um conteúdo que possibilitará ao enfermeiro identificar respostas humanas aos problemas de ordem física, psicológica, social e espiritual, e permite traçar os melhores diagnósticos e intervenções/atividades de enfermagem.

Quadro 13— Descrição das seções do Roteiro de avaliação para paciente com ferida. Vitória, ES, Brasil, 2022

| |
|---|
| **1. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL** |
| **Nome:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Data de nascimento:** Clique ou toque aqui para inserir uma data.<br>**Sexo:**Escolher um item. **Idade:**Clique ou toque aqui para inserir o texto.<br>**Raça:**Escolher um item. **Estado Civil:** Escolher um item.<br>**Local onde mora atualmente:** Escolher um item. **Ocupação atual:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.<br>**Escolaridade:** Escolher um item. |
| **2. AVALIAÇÃO GERAL** |
| **Causa da Internação:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Comorbidades:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **História clínica:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Alérgico a:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Medicamento em uso contínuo:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| **2.1 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS** |
| **2.1.1 MORADIA/HÁBITOS DE VIDA/INTERAÇÃO SOCIAL/AUTO-ESTIMA/ COMUNICAÇÃO/ATENÇÃO/ SEGURANÇA EMOCIONAL/APRENDIZAGEM** |
| **Residência:** Escolher um item. **Quantas pessoas moram com você?** Escolher um item. **Quem são as pessoas que moram com você?** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Água tratada:** Escolher um item. **Possui acesso a serviço de atenção básica?** Escolher um item. **Renda familiar (em salário(s):** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Dependência química:** Escolher um item. **Prática de exercício físico:** Escolher um item. **Possui apoio familiar:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Tipo de atividade de lazer:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Comunicação com o entrevistador:** Escolher um item. **Avaliação emocional:** Escolher um item. **Aprendizagem:** Escolher um item. |
| **2.2 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS** |
| **Quais suas crenças no aspecto espiritual e religioso?** Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| **2.3 NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS** |
| **2.3.1 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA** |
| **Orientação:** Escolher um item. |
| **2.3.2 OXIGENAÇÃO, VASCULAR, REGULAÇÃO TÉRMICA, E PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS E SENTIDOS** |
| **Frequência respiratória:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Frequência cardíaca:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Pressão arterial:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Oximetria:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Temperatura axilar:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Enchimento capilar:** Escolher um item. **Sensibilidade à Dor:** Escolher um item. **Sensibilidade nos pés:** Escolher um item. **Intensidade da dor:** Escolher um item. **Localização da dor:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Possui capacidade auditiva:** Escolher um item. **Possui capacidade visual**: Escolher um item. |
| **2.3.3 VASCULAR PERIFÉRICO** |
| **Pulsos (Radial, dorsal do pé, tibial posterior, Poplíteo):** Escolher um item.<br>**Se ausente ou diminuído, qual?** Clique ou toque aqui para inserir o texto.<br>**Índice de tornozelo-braquial:** Escolher um item. **Alterações venosas:**Escolher um item.<br>**Presença de edema:** Escolher um item. **Localização do edema**: Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Alterações na pele:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Resultado prévios de ultrassom**: Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| **2.3.4 NUTRIÇÃO, HIDRATAÇÃO** |
| **Tipo de dieta:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Via de alimentação:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Aceitação da dieta:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Peso:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Altura:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Turgor da pele:** Escolher um item. **Hidratação das mucosas:** Escolher um item. **Consumo de água diário (copos):** Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| **2.3.5 HÁBITOS DE SONO, REPOUSO E CONFORTO** |
| **Sono:** Escolher um item. **Conforto físico:** Escolher um item. **Conforto mental:** Escolher um item. **Conforto espiritual:** Escolher um item. **Motivo:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| **2.3.6 ELIMINAÇÃO URINÁRIA** |

| | |
|---|---|
| **Diurese:** Escolher um item. **Coloração:** Escolher um item. **Alterações urinárias:** Escolher um item. | |
| **2.3.7 ELIMINAÇÃO INTESTINAL** | |
| **Eliminação intestinal:** Escolher um item. **Possui estomia:** Escolher um item. **Tipo de estoma:** Escolher um item. **Consistência das fezes:** Escolher um item. **Frequência:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| **2.3.8 CUIDADO CORPORAL, SEGURANÇA FÍSICA** | |
| **Dependência no autocuidado:** Escolher um item. **Grau de dependência:** Escolher um item. **Escala de Fugulin:** Escolher um item. **Escala de News:**Escolher um item. **Escala de Braden:** Escolher um item. **Mobilidade física:** Escolher um item. **Escala de Morse:** Escolher um item. | |
| **2.3.9 INTEGRIDADE DA PELE** | |
| **Condições gerais da pele:** Escolher um item. **Coloração da pele:** Escolher um item. **Elasticidade:** Escolher um item. **Lesões elementares:** Escolher um item. **Localização das lesões elementares:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| **3. AVALIAÇÃO DA FERIDA** | |
| **FERIDA 1** | |
| **Quanto ao tempo possui a ferida (meses/anos):**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Localização anatômica:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Etiologia da ferida:** Escolher um item. **Tipo de ferida:** Escolher um item. **Perda Tecidual:**Escolher um item. | |
| **T*** | **Tecido inviável:** Escolher um item. **Porcentagem:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Tecido viável:** Escolher um item. **Porcentagem:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Visualização de tecido adjacente:**Escolher um item. |
| **I*** | **Sinais de inflamação (dor, calor, edema e rubor):** Escolher um item. **Qual:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.**Infecção superficial – UPPER (Tecido inviável, Dor, estagnação, aumento de exsudato e odor):** Escolher um item. **Infecção profunda – LOWER (Aumento do tamanho, exposição do tecido ósseo, calor, edema e vermelhidão):** Escolher um item.**Suspeita de biofilme (atraso na cicatrização, tecido friável, tecido não viável de difícil manejo):** Escolher um item. |
| **M*** | **Aspecto do exsudato:**Escolher um item. **Quantidade de exsudato**: Escolher um item. **Odor:** Escolher um item. |
| **E*** | **Aspecto da borda:**Escolher um item. **Pele perilesional:** Escolher um item. |
| **R*** | **Comprimento:**Clique ou toque aqui para inserir o texto.**Profundidade:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Solapamento:** Escolher um item. **Se sim, qual a localização no fuso horário:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Túneis:** Escolher um item. **Se sim, qual a localização no fuso horário:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Houve redução do tamanho:** Escolher um item. |
| **S*** | **Possui rede de apoio familiar:** Escolher um item. **Possui rede de apoio social:** Escolher um item. **Necessita de acompanhamento psicológico:** Escolher um item. |
| **FERIDA 2** | |
| **Quanto ao tempo possui a ferida (meses/anos):**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Localização anatômica:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Etiologia da lesão:** Escolher um item. **Tipo de lesão:** Escolher um item. **Perda Tecidual:**Escolher um item. | |
| **T*** | **Tecido inviável:** Escolher um item. **Porcentagem:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Tecido viável:** Escolher um item. **Porcentagem:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Visualização de tecido adjacente:**Escolher um item. |
| **I*** | **Sinais de inflamação (dor, calor, edema e rubor):** Escolher um item. **Qual:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Infecção superficial – UPPER (Tecido inviável, Dor, estagnação, aumento de exsudato e odor):** Escolher um item. **Infecção profunda – LOWER (Aumento do tamanho, exposição do tecido ósseo, calor, edema e vermelhidão):** Escolher um item. **Suspeita de biofilme (atraso na cicatrização, tecido friável, tecido não viável de difícil manejo):** Escolher um item. |
| **M*** | **Aspecto do exsudato:**Escolher um item. **Quantidade de exsudato**: Escolher um item. **Odor:** Escolher um item. |
| **E*** | **Aspecto da borda da lesão:**Escolher um item. **Pele perilesional:** Escolher um item. |

| | |
|---|---|
| **R*** | **Comprimento:**Clique ou toque aqui para inserir o texto.**Profundidade:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Solapamento:** Escolher um item. **Se sim, qual a localização no fuso horário:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Túneis:** Escolher um item.<br>**Se sim, qual a localização no fuso horário:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Houve redução do tamanho:** Escolher um item. |
| **S*** | **Possui rede de apoio familiar:** Escolher um item. **Possui rede de apoio social:** Escolher um item. **Necessita de acompanhamento psicológico:** Escolher um item. |

**4. EXAMES COMPLEMENTARES**

**Albumina:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Hemoglobina glicada:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Leucócitos:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **PCR:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.**Hematócrito:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Creatinina** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Uréia:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Glicemia de jejum:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Glicemia capilar:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.

**5. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

| Necessidades Psicobiológicas | Necessidades Psicossociais | Necessidades Psicoespirituais |
|---|---|---|
| **1.** Escolher um item. | **1.** Escolher um item. | **1.** Escolher um item. |
| **2.** Escolher um item. | **2.** Escolher um item. | **2.** Escolher um item. |
| **3.** Escolher um item. | **3.** Escolher um item. | **3.** Escolher um item. |
| **4.** Escolher um item. | **4.** Escolher um item. | **4.** Escolher um item. |
| **5.** Escolher um item. | **5.** Escolher um item. | **5.** Escolher um item. |

**6. INTERVENÇÃOES DE ENFERMAGEM**

| Psicobiológicas | Psicossociais | Psicoespirituais |
|---|---|---|
| **1.** Escolher um item. | **1.** Escolher um item. | **1.** Escolher um item. |
| **2.** Escolher um item. | **2.** Escolher um item. | **2.** Escolher um item. |
| **3.** Escolher um item. | **3.** Escolher um item. | **3.** Escolher um item. |
| **4.** Escolher um item. | **4.** Escolher um item. | **4.** Escolher um item. |
| **5.** Escolher um item. | **5.** Escolher um item. | **5.** Escolher um item. |

**7. ATIVIDADES DE ENFERMAGEM**

**Psicobiológicas**

**1.** Escolher um item.
**2.** Escolher um item.
**3.** Escolher um item.
**4.** Escolher um item.
**5.** Escolher um item.

**Psicossociais e Psicoespirituais**

**8.** Escolher um item.
**9.** Escolher um item.
**10.** Escolher um item.
**11.** Escolher um item.
**12.** Escolher um item.

**CONDUTA**

**Solução de limpeza:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Técnica de limpeza:** Clique ou toque aqui para inserir uma data. **Realização de desbridamento**: Escolher um item. **Uso de emoliente para debridamento de crostas e hiperqueratina":** Escolher um item. **Emoliente:** Clique ou toque aqui para inserir uma data. **Cobertura primária:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Início da terapia escolhida:** Clique ou toque aqui para inserir uma data. **Tempo estimado de uso:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Periodicidade de troca:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Cobertura secundária:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Produto de escolha para pele perilesional:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Terapia adjuvante:** Escolher um item. **Tipo de fixação utilizada:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Orientações quanto aos cuidados:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **OBSERVAÇÕES:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

## 8 PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA 1

# Mapeamento cruzado entre indicadores clínicos do paciente com ferida e diagnósticos de enfermagem

**Camila Binsi Scopel**[I]
Walckiria Garcia Romero Sipolatti[II]
Fabiana Gonring Xavier[III]
Karla de Melo Batista[IV]
Neida Luiza Kaspary Pellenz[V]
Andressa Bolsoni Lopes[VI]
Lorena Barros Furieri[VII]

[1] Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, Espírito Santo, Brasil.
[5] Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

**AUTOR CORRESPONDENTE** **Camila Binsi Scopel** E-mail: enf.camilascopel@gmail.com

**RESUMO**

**Objetivo:** Identificar os principais indicadores clínicos de paciente com ferida e mapeá-los com os títulos diagnósticos de enfermagem descritos pela classificação da NANDA Internacional (2022). **Métodos:** Estudo dividido em revisão de escopo e mapeamento cruzado entre os indicadores clínicos de paciente com ferida e os diagnósticos de enfermagem. **Resultados:** 37 estudos foram identificados, que resultaram em 410 indicadores clínicos, agrupados em 77 termos padrão, sendo que 43 foram utilizados e que, após mapeamento, resultaram em 25 diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas, sendo psicobiológicas (regulação vascular, nutrição, regulação térmica, percepção dos órgãos e sentidos, sono e repouso, atividade física, cuidado corporal, segurança física \meio ambiente, integridade cutaneomucosa e psicossociais: segurança emocional, gregária, educação para

saúde \aprendizagem. **Conclusão:** Os indicadores clínicos de paciente com ferida são dados concretos que auxiliam na identificação dos principais diagnósticos de enfermagem e na elaboração de um plano de intervenções adequado.

**Descritores:** Sinais e Sintomas; feridas; cuidado de enfermagem.
**Keywords:** Signs and Symptoms; wounds; nursing care.
**Keywords:** Signos y síntomas; heridas; cuidados de enfermería.

## INTRODUÇÃO

As alterações na integridade da pele são considerados um grave problema de saúde pública no Brasil[1,2]. Dentre aquelas, as feridas acometem grande parte da população[3], ocasionando consequências diretas e indiretas e gastos exorbitantes relacionados ao tratamento[4,5]. Além disso, as feridas crônicas são consideradas como uma epidemia mundial que atinge cerca de 1% da população adulta e 3,6% de indivíduos acima de 65 anos[6].

Como consequência, daquelas leões tem-se a dor, a imobilidade, incapacidade, baixa autoestima, autoimagem prejudicada, mudanças sociais advinhas de internações e do afastamento do convívio social[1,2] , além de déficit no autocuidado, incapacidade para a realização das atividades de vida diária e desconforto[7]. Logo, envolve desde acometimentos biofisiológicos até emocionais, devendo o enfermeiro promover a assistência de forma integral e não restringir-se somente à ferida[8].

O Processo de Enfermagem favorece o cuidado e organiza as condições necessárias para a sua realização[9,10,11,12.] Nessa perspectiva, torna-se fundamental a criação e adoção de uma metodologia assistencial.

Considerados importantes indicadores clínicos norteadores das ações a serem prestadas pelos profissionais, os sinais e sintomas são características observáveis que refletem a condição de saúde de uma pessoa e estão presentes em alterações específicas do organismo[13]. Na assistência de enfermagem, também são chamados de “características definidoras”, fundamentam os diagnósticos e norteiam as intervenções e atividades a serem executadas pela equipe[14].

A utilização dos sistemas de classificação promovem a identificação dos diagnósticos

de enfermagem, dentre os quais destaca-se a Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association- International* (NANDA- I) que contribui com a segurança do paciente por meio do desenvolvimento da prática clínica cujo planejamento de ações de enfermagem suprem as necessidades humanas básicas conferindo, assim, um cuidado integral e autonomia do enfermeiro[15].

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo identificar os principais indicadores clínicos relacionados ao paciente com ferida e mapeá-los com os diagnósticos de enfermagem descritos pela Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA I.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico dividido em duas etapas. A primeira etapa foi a realização da revisão de escopo para seleção dos indicadores clínicos, enquanto a segunda etapa foi a realização do mapeamento cruzado para a identificação de diagnósticos de enfermagem relacionados ao paciente com ferida.

A revisão de escopo visa mapear os principais conceitos de um determinado campo de interesse, fontes e evidências em saúde que requerem a descrição de aspectos abrangentes[16]. Diferentemente da revisão sistemática, a revisão de escopo é adequada a tópicos amplos, podendo reunir vários tipos de estudos[17], não com a intenção de classificar a robustez da evidência e sim com o objetivo de rastrear e/ou antecipar potencialidades, o que pode apoiar os profissionais na área[18].

Para a realização da revisão de escopo foi elaborada a seguinte questão norteadora: Quais os principais indicadores clínicos relacionados ao paciente com ferida? Considerou-se como indicadores clínicos os sinais, sintomas e complicações relacionados a feridas.

O critério de inclusão para busca e seleção foram artigos originais e na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, no recorte temporal de 5 anos (2015 a 2020), que respondessem à questão norteadora. Utilizou-se como critério de exclusão os artigos de revisão, relatos de caso, teses, dissertações, artigos sobre outros temas, pediátricos e neonatais. Os artigos em duplicidade foram considerados em apenas uma base de dados. Além dos artigos, também foram incluídos protocolos e manuais publicados num recorte temporal de 5 anos (2015 a 2020) que abordassem a temática.

A busca foi realizada em periódicos nacionais e internacionais na base de dados eletrônica: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). A busca das publicações da LILACS se deu pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e as estudos da MEDLINE foram pesquisados por meio da BVS e do PubMed. Selecionaram-se descritores controlados do Descritores em Ciências da Saúde (DECS) em português: “ferida”, “sinais e sintomas”; “enfermagem”, e pela Medical Subject Headings (MeSH): “wound”, “signs and symptoms”, “nursing” com o recurso boleano AND, que se deu entre o primeiro, segundo e terceiro descritores.

Os resultados foram analisados e interpretados de forma organizada e sintetizada em um quadro sinóptico com os seguintes itens: número do artigo, ano de publicação, base de dados e periódicos, objetivo e indicadores clínicos para o paciente com ferida.

Os indicadores clínicos foram digitados e armazenados em uma planilha do programa Microsoft Office Profissional Plus 2016. Por conseguinte, foram agrupados pela semelhança clínica e um termo padrão foi selecionado para melhor descrever os indicadores. Determinou-se que somente os termos padrão com frequência absoluta igual ou maior que três participariam do mapeamento cruzado.

A segunda etapa da pesquisa foi o mapeamento cruzado entre os termos padrão e os títulos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Este é um método de identificação de termos padrão que podem ser usados, comparados ou compreendidos a partir de uma linguagem padronizada. Ele permite comparar diferentes termos utilizados na enfermagem às classificações de enfermagem[19].

Neste estudo, as regras para o mapeamento foram aplicadas e adaptadas a partir do referencial metodológico utilizado por Moorhead e Delaney (1997) e Lucena e Barros (2005), descritas a seguir: 1) Garantir o sentido dos indicadores clínicos contidos na literatura; 2) Selecionar os diagnósticos com base na semelhança entre estes e o indicador clínico; 3) selecionar, no mínimo, um diagnóstico de enfermagem para os indicadores clínicos mais prevalentes; 4) Determinar uma palavra-chave que descreva nitidamente o indicador clínico (termo padrão), que auxiliará na identificação do diagnóstico de enfermagem; 5) Identificar o indicador clínico que, por qualquer motivo, não puder ser mapeado.

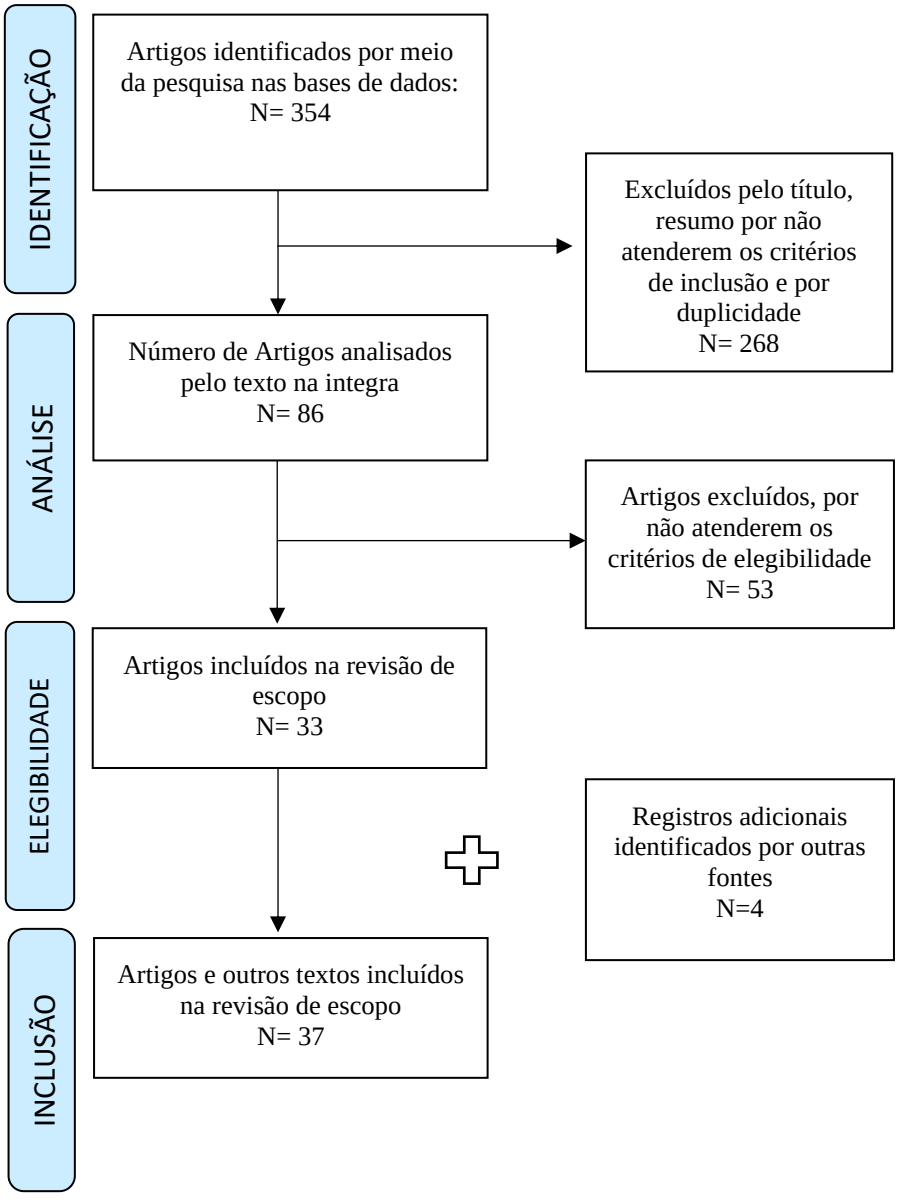
Os títulos diagnósticos identificados por meio do mapeamento cruzado foram divididos

de acordo com as 28 Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta[20], sendo Necessidades psicobiológicas e psicossociais. E, a partir disso, por meio dos diagnósticos de enfermagem mapeados, ainda foram elencadas, em sequência numérica, as intervenções e atividades de enfermagem específicas para cada diagnóstico, a partir da Taxonomia *Nursing Interventions Classification* (NIC)[21].

## RESULTADOS

354 artigos foram encontrados na revisão de literatura. Após a leitura de todos os títulos e resumos, foram excluídos aqueles que estavam em duplicidade, e selecionados 86 textos para avaliação na íntegra. Destes, 51 foram excluídos por não responderem à questão norteadora, restando 33. Outros 4 estudos foram encontrados por buscas aleatórias, tais como Consensos Internacionais, de forma que essa revisão foi composta por 37 referências, conforme figura 1:

Figura 1 — Fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos da revisão de escopo. Vitória, Brasil, 2021



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Das 37 referências utilizadas, 3 foram publicadas no ano de 2015 (8%), 6 em 2016 (16%), 8 em 2017 (22%), 8 em 2018 (22%) e 12, em 2019 (32%). Quanto às bases de dados, 3 dos estudos foram encontrados na LILACS (8%), 31 na MEDLINE (82%) e 4, em outras fontes (10%).

Assim, houve a identificação de 410 indicadores clínicos para o paciente com ferida que, após agrupamento, formaram 77 termos padrão, listados e descritos de acordo com a frequência absoluta com a qual foram encontrados. Para o mapeamento cruzado foram utilizados os 43 termos padrão com frequência igual ou maior que três, divididos de acordo com as Necessidades Humanas Básicas[20] (Quadro 1).

Quadro 1 — Seleção de indicadores clínicos para o mapeamento cruzado. Vitória-ES, Brasil, 2021

| Termo padrão | Prevalência |
|---|---|
| **Necessidades psicobiológicas** | |
| Alteração na integridade da pele | 36 |
| Infecção | 33 |
| Dano tecidual | 28 |
| Dor | 22 |
| Circulação prejudicada | 23 |
| Vermelhidão | 17 |
| Tecido inviável | 16 |
| Edema | 16 |
| Tecido viável | 14 |
| Umidade | 13 |
| Lesão por pressão | 11 |
| Mobilidade prejudicada | 11 |
| Retardo na cicatrização da ferida | 9 |
| Inflamação | 8 |
| Área localizada quente ao toque | 6 |
| Sepse | 6 |
| Marcadores de resposta inflamatória | 7 |
| Alteração na sensibilidade | 9 |
| Alteração de temperatura | 6 |
| Nutrição inadequada | 6 |
| Odor | 5 |
| Pele ressecada | 5 |
| Evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica | 4 |
| Índice tornozelo/braço alterado | 4 |
| Sangramento | 4 |
| Dimensão da ferida | 4 |
| Pressão sobre saliência óssea | 3 |
| Prurido | 3 |
| Alteração do padrão do sono | 3 |
| Desconforto | 3 |
| Capacidade prejudicada para o autocuidado | 3 |
| Imobilidade | 3 |
| Alteração no turgor da pele | 2 |
| Mal-estar | 2 |
| Confusão | 1 |
| **Necessidades Psicossociais** | |
| Limitação para atividade da vida diária | 5 |
| Isolamento social | 5 |
| Depressão | 4 |
| Dificuldade com o regime prescrito | 3 |
| Conhecimento deficiente | 3 |
| Ansiedade | 1 |
| Impacto da autoimagem | 2 |

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Os termos padrão selecionados foram mapeados com as características definidoras,

fatores relacionados e condições associadas, descritos no NANDA- I, resultando em 25 títulos diagnósticos. O mapeamento cruzado foi organizado na seguinte sequência: Necessidade Humana Básica, o termo padrão, fatores relacionados/associados e o diagnóstico de enfermagem com o domínio e classe, sendo o termo padrão as evidências para o diagnóstico encontrado no quadro 2.

Quadro 2 — Mapeamento cruzado entre os indicadores clínicos com os títulos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Vitória-ES, Brasil, 2021

| I**Necessidade Humana Básica** | **Termo padrão ou indicadores clínicos** | **Fatores relacionados** | **Condição associada** | **Título Diagnóstico de enfermagem** |
|---|---|---|---|---|
| Regulação Vascular | Circulação prejudicada (N=23), Dor (N= 22), Edema (N=16), Retardo na cicatrização de ferida periférica (N= 9), Índice tornozelo-braquial alterado (N= 4) | Tabagismo | Diabetes, hipertensão, trauma e condição isquêmica | **Perfusão tissular periférica ineficaz (00204)** Domínio 4 – atividade- repouso Classe 4 – respostas cardiovasculares – pulmonares |
| Regulação Vascular | Infecção (N=31) Sepse (N=6), inflamação (N=8), área localizada quente ao toque (N=6) | ---------- | Infecção e sepse | **Risco de choque (00205)** Domínio 11 – segurança – proteção Classe 2: lesão física |
| Percepção de órgãos e sentidos | Dor (N=22) | Agente biológico, químico ou físico lesivo | ---------- | **Dor aguda (00132)** Domínio 12 – Conforto Classe 1 – Conforto físico |
| Percepção de órgãos e sentidos | Dor (N=22), Alteração do padrão do sono (N=3), Limitação para atividade da vida diária (N=5) | Desnutrição alteração do padrão do sono, Isolamento social, Agente lesivo | Condição isquêmica, infiltração de tumor, lesão por esmagamento | **Dor crônica (00133)** Domínio 12 - Conforto Classe 1 - Conforto físico |
| Percepção de órgãose sentidos | Dor (N=22), Desconforto (N=3), Prurido (N=3), Alteração no padrão do sono (N=3), Ansiedade (N=1) | Controle situacional insuficiente | Sintomas relacionados à doença Regime de tratamento | **Conforto prejudicado (00214)** Domínio 12 – Conforto Classe 1 – Conforto físico |

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

| Necessidade Humana Básica | Termo padrão ou indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Nutrição | Nutrição inadequada (N=6) | Ingesta alimentar insuficiente | Incapacidade de absorver nutrientes Nutrição | **Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais (00002)** Domínio 2 – nutrição Classe 1 - Ingestão |
| Termorregulação | Alteração de temperatura (N=5) | Infecção | Doença, sepse, trauma | **Termorregulação ineficaz (00008)** Domínio 11 – Segurança e proteção Classe 6 - Termorregulação |
| Segurança física\meioambiente | Dor (N=22), Desconforto (N=5), Retardo na cicatrização, Mobilidade prejudicada (N=5), interrupção na cicatrização da áreacirúrgica (N=4), Nutrição inadequada (N=6) | Dor, Desnutrição | Mobilidade prejudicada, Edema no sítio cirúrgico, Infecção, perioperatória no sítio cirúrgico | **Recuperação cirúrgica retardada (00246)** Domínio 11 – Segurança\proteçã o Classe 2- Lesão física |
| Segurança física\meioambiente | Dano tecidual (N= 28), Alteração na integridade da pele (N=36), Marcadores de resposta inflamatória (N=7) | ---------- | Doença crônica, Procedimento invasivo | **Risco de infecção (00004)** Domínio 11 – segurança – proteção Classe 1 - Infecção |
| Segurança física\meioambiente | Circulação prejudicada (N=23), Alteração da sensibilidade (N=9), Nutrição inadequada (N=6) Pressão sobre saliência óssea (N=3) | ---------- | Hipóxia tissular, Perfil sanguíneo anormal, Disfunção imune, Alteração da sensibilidade | **Risco de lesão (00004**) Domínio 11 – segurança- proteção Classe 2 - lesão física |
| Segurança física\meioambiente | Circulação inadequada (N=23), Edema (N=16), Mobilidade prejudicada (N=11), Nutrição inadequada (N=6), Pele ressecada (N=5), Pressão sobre saliência óssea (N=3), Alteração da Sensibilidade (N=9), Alteração de temperatura (N=5), Capacidade prejudicada para o autocuidado (N=3), Alteração do turgor da pele (N=2), Anemia (N=1) | ---------- | Alteração da sensibilidade, Doença cardiovascular, Circulação prejudicada, Edema, Redução da perfusão tissular, Imobilização física | **Risco para lesão por pressão** (00249) Domínio 11 – segurança – proteção Classe 2 – lesão física |

| Necessidade Humana Básica | Termo padrão ou indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Segurança física\meio ambiente | Nutrição inadequada (N=6), Umidade (N=13), Alteração da sensibilidade (N=9), Pressão sobre saliência óssea (N=3), Alteração do turgor da pele (N=2) | ---------- | Trauma vascular, Circulação prejudicada, Alteração da sensibilidade | **Risco para integridade da pele prejudicada(00047)** Domínio 11 – Segurança – proteção Classe 2 – lesão física |
| Segurança física\meio ambiente | Nutrição inadequada (N=6), Umidade (N=13), Alteração da sensibilidade (N=9), Pressão sobre saliência óssea (N=3), Alteração do turgor da pele (N=2) | ---------- | Trauma vascular, Neuropatia periférica, Circulação prejudicada, Alteração na sensibilidade Mobilidade prejudicada | **Risco de integridade tissular prejudicada (00248)** Domínio 11 – Segurança – proteção Classe 2 – Lesão física |
| Segurança física\meio ambiente | Lesão por pressão (N=11), Nutrição inadequada (N=5), Prurido (N=3), Imobilidade (N=3) | Nutrição inadequada | Regime de tratamento e Distúrbio imunológico | **Proteção ineficaz (00043)** Domínio 1- Promoção da saúde Classe 2 – Controleda saúde |
| Integridade Cutaneomucosa | Alteração da integridade da pele (N=36), Dor (N=22) Vermelhidão (N=17), Umidade (N=13), Alteração da sensibilidade (N=9), Nutrição inadequada (N=6), Alteração da temperatura (N=6), Sangramento (N=4), Dimensão da ferida (N=4), Pressão sobre saliência óssea (N=3), Alteração no turgor da pele (N=2) | Nutrição inadequada, Agente químico lesivo, Umidade, Pressão sobre saliência óssea | Circulação prejudicada, Trauma vascular, Imunodeficiência Alteração do turgor da pele, Radioterapia, Alteração do metabolismo Alteração da sensibilidade | **Integridade da pele prejudicada(00046)** Domínio 11 – segurança-proteção Classe 2 – lesão física |
| Integridade Cutaneomucosa | Dano tecidual (N=28), Dor (N=22), Vermelhidão (N=17), Tecido inviável (N=14), Tecido viável (N=14), Umidade (N=13), Lesão por pressão (N=11), Alteração da sensibilidade (N=9), Nutrição, inadequada (N=6), Alteração da temperatura (N=6), Sangramento (N=4), interrupção na cicatrização da áreacirúrgica (N=4), Dimensão da ferida (N=4), Pressão sobre | Estado nutricional desequilibrado, Umidade, Agente químico lesivo | Circulação prejudicada, Trauma vascular, Procedimento cirúrgico, Radioterapia, Neuropatia periférica, mobilidade prejudicada, Alteração do metabolismo, Alteração da sensibilidade | **Integridadetissular prejudicada (00044)** Domínio 11 – segurança- proteção Classe 2 – lesão física |

| Necessidade Humana Básica | Termo padrão ou indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| | saliência óssea (N=3) Alteração no turgor da pele (N=2) | | | |
| Repouso e sono | Dor (N=22), Alteração do padrão do sono (N=3), Desconforto (N=3), Mal-estar (N=2), Ansiedade (N=1), Confusão (N=1) | Desconforto prolongado | Regime de tratamento, Condições com movimento periódico de membro | **Privação do sono (00096)** Domínio 4 – atividade – repouso Classe 1 – Sono e repouso |
| Atividade física | Dor (N=22), Mobilidade prejudicada (N=11), Nutrição prejudicada (N=6), Depressão (N=4), Desconforto (N=3) | Dor, intolerância à atividade, força muscular diminuída, Depressão, Desnutrição, Controle muscular diminuído | Alteração na integridade de estruturas ósseas, Alteração do metabolismo | **Mobilidade física prejudicada (00085)** Domínio 4 – atividade – repouso Classe 2 atividade – exercício |
| Atividade física | Mobilidade prejudicada (N=11) | ---------- | Condição que afeta os pés, Doença vascular, Neuropatia, Anemia, Artrite, Neoplasia, Alteração na função cognitiva | **Risco de quedas (00155**) Domínio 11 – segurança – proteção - Classe 2 – lesão física |
| Cuidado Corporal | Dor (N=22), Mobilidade prejudicada (N=11), Desconforto (N=3), Capacidade prejudicada para o autocuidado (N=3) | Dor, desconforto, mobilidade prejudicada, motivação diminuída | Prejuízo músculo esquelético | **Déficit de autocuidado para alimentação (00102)** **Déficit de autocuidado para banho (00108)** **Déficit de autocuidado para higiene íntima ((00110)** **Déficit de autocuidado para vestir-se (00109)** Domínio 4 – atividade – repouso - Classe 5 – atividade – repouso |
| Segurança emocional | Isolamento social (N=4) | Isolamento social | _____ | **Risco de solidão (00054)** Domínio 12 – conforto Classe 3 – conforto social |

| Necessidade Humana Básica | Termo padrão ou indicadores clínicos | Fatores relacionados | Condição associada | Título Diagnóstico de enfermagem |
|---|---|---|---|---|
| Gregária | Isolamento social (N=4), Impacto da autoimagem (N=2) | Dificuldade para estabelecer relacionamentos | Alteração na aparência física | **Isolamento social (00053)** Domínio 12 – Conforto Classe 3 – Conforto social |
| Educação para saúde\aprendizagem | Conhecimento insuficiente (N=3) | Conhecimento insuficiente sobre recursos | Alteração da função cognitiva | **Conhecimento deficiente (00126)** Domínio 5 – percepção – cognição - Classe 4 – cognição |

Abreviaturas: N – frequência absoluta de indicadores clínicos do paciente com ferida encontrados na revisão de literatura

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

## DISCUSSÃO

Este estudo identificou 25 títulos diagnósticos de enfermagem distribuídos de acordo com as Necessidades Humanas Básicas, os mais prevalentes, considerando-se a frequência de indicadores clínicos, evidenciam-se Integridade tissular prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Risco de lesão por pressão, Perfusão tissular ineficaz, Risco de infecção, Mobilidade física prejudicada, Déficit de autocuidado, Risco de choque, Conforto prejudicado, Privação do sono, Dor crônica e aguda.

Observou-se, também, a predominância do domínio Segurança e Proteção seguindo-se o domínio Atividade em Repouso, Conforto, Promoção da saúde, Nutrição, Cuidado corporal e Percepção – cognição.

Ressalta-se que, para o mapeamento dos diagnósticos Integridade da pele e tissular prejudicada, o comprometimento das camadas da pele[15] foi estabelecido como critério discriminatório tendo em vista as similaridades entre as características definidoras de ambos. Assim, os indicadores clínicos referentes ao acometimento apenas da epiderme foram mapeados como Integridade da pele prejudicada, enquanto que aqueles que retratavam o comprometimento do tecido subcutâneo e muscular foram mapeados como Integridade tissular prejudicada.

Neste estudo foram evidenciados, prioritariamente, os diagnósticos de enfermagem relacionados às lesões tissulares e de pele e suas características definidoras. Para tanto, os enfermeiros necessitam de raciocínio clínico e capacidade de analisar criteriosamente os indicadores clínicos, referidos no NANDA –I, para determinar diagnósticos de enfermagem acurados, que viabilizem intervenções com resultados satisfatórios que contemplem as necessidades humanas básicas do paciente com ferida[15].

Destaca-se o diagnóstico Nutrição inadequada, sendo o aporte nutricional de grande relevância para o sucesso da cicatrização das feridas. Uma pesquisa sobre fatores que influenciam na resposta à terapia de pressão negativa (TPN) nas feridas mostrou que 77,8% dos pacientes não tinham apoio nutricional, o que pode acarretar em uma ingestão insuficiente de nutrientes, acompanhado de diminuição de peso e, consequentemente, um atraso na cicatrização[22].

Identificou-se, também, o diagnóstico Perfusão tissular periférica ineficaz, sendo evidenciado na literatura que a presença de feridas nos membros inferiores está intimamente ligada a problemas circulatórios, que, por sua vez, levam a alterações na mobilidade[5] o que vai de encontro ao diagnóstico Mobilidade física prejudicada também mapeado. Sabe-se que esses problemas muitas vezes estão associados a comorbidades como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica[15,23,24], que contribuem para déficits no aporte sanguíneo das regiões periféricas, frequentemente identificadas em pacientes com ferida[23,24].

Da mesma forma, encontramos os diagnósticos Dor crônica e Dor aguda, muito prevalentes nos pacientes com ferida, corroborando com outro estudo[25]. Os diagnósticos de dor encontram-se relacionados com outros diagnósticos como Conforto prejudicado, Privação do sono e Mobilidade física prejudicada que podem impactar em mudanças sociais, evidenciadas pelos diagnósticos de Isolamento social e Risco de solidão.

A presença dos diagnósticos de Isolamento social e Risco de solidão nos traz a reflexão sobre a necessidade de enxergar, além dos sintomas, seus anseios psicológicos e sociais, apresentando, assim, uma visão holística de todas as Necessidades Humanas Básicas, logo, com melhor efetivação do Processo de enfermagem.

Também identificamos o diagnóstico de Déficit de autocuidado que, corroborando com outro estudo[26], é causado pela necessidade de repouso, sintomas de dor, restrição de atividades diárias de vida, na maioria das vezes pelas dificuldades de deslocamento. Ainda retrata que,

como consequência, há automedicação, o desconhecimento na realização dos curativos e na identificação de complicações, influenciada pela falta de conhecimento e ainda pela falta de apoio pelos serviços de saúde.

Esses resultados representam a necessidade de avançar no atendimento a essa população, sinalizando as intervenções educativas mais efetivas no que tange ao autocuidado, com o objetivo de promover autonomia ao paciente e valorização do ato de cuidar mediante contribuições do enfermeiro cujo objetivo é alcançar uma atenção em saúde compatível às suas necessidades[27].

O mapeamento do Diagnóstico Conhecimento deficiente, ainda pouco explorado nas avaliações, deve ser destacado, visto que é um fator social que pode gerar um atraso no processo cicatricial. Deve-se considerar, no momento avaliativo, o nível de educação dos pacientes quanto à capacidade de compreensão das informações e o autocontrole que o mesmo pode exercer no decurso do processo de recuperação[22], a fim de traçar uma melhor estratégia de tratamento.

Considerando a atuação do enfermeiro em paciente com ferida, percebemos que, por meio dos diagnósticos de risco, o cuidado vai além do tratamento. Busca, também, a prevenção das complicações ou o surgimento de novas feridas, evidenciados pelos diagnósticos de enfermagem Risco de lesão por pressão, Risco de lesão, Risco de integridade da pele prejudicada e Risco de integridade tissular.

Dessa forma, justifica-se também a necessidade de avaliações periódicas pelo enfermeiro que promovam mudanças nas respostas orgânicas e, consequentemente, o aparecimento de novas lesões[28] e ainda o acompanhamento frente aos sinais e sintomas de infecção, visto que o diagnóstico Risco de infecção e Proteção ineficaz também são prevalentes no paciente com ferida[29].

Por fim, é visto que os resultados apresentados neste estudo corroboram com a necessidade de implantação de protocolos de cuidados baseados em evidências científicas que expõe um planejamento sistematizado e detalhado, promovendo orientação para a equipe de saúde, principalmente à enfermagem, no que tange ao gerenciamento dos cuidados com ferida.

## CONCLUSÃO

Este estudo poderá contribuir para o processo de enfermagem, com conhecimentos baseados em evidências, promovendo o desenvolvimento de tecnologias em saúde que contribuirão para a atuação do enfermeiro.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresentou limitações metodológicas intrínsecas ao mapeamento cruzado, considerando que o manejo de ferida não é abrangente nas descrições do sistema de classificação NANDA-I, o que abre possibilidades para estudos posteriores para novos diagnósticos de enfermagem.

## REFERÊNCIAS


1. Cavassan NRV, Camargo CC, Pontes LG, Barraviera B, Ferreira RS, Miot AM, et al. Correlation between chronic venous ulcer exudate proteins and clinical profile: A cross sectional study. J Proteomics. 2018; 192:280-90.

2. Charlesworth B, Pilling C, Chadwick P, Butcher M. Dressing-related trauma: clinical sequelae and resource utilization in a UK setting. Clinicoecon Outcomes Res. 2014; 28(6):227-39.

3. Lara MO, Pereira Júnior AC, Pinto JSF, Vieira NF, Wichr P. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. Cogitare Enferm. 2011; 16(3):471-7.

4. Wong VW, Gurtner GC. Tissue engineering for the management of chronic wounds: current concepts and future perspectives. Exp Dermatol. 2012; 21(10):729-34.

5. Zhao G, Hochwalt PC, Usui ML, Underwood RA, Singh PK, James GA, Stewart PS, Fleckman P, Olerud JE. Delayed wound healing in diabetic (db/db) mice with Pseudomonas aeruginosa biofilm challenge: a model for the study of chronic wounds. Wound Repair Regen. 2010 Sep-Oct;18(5):467-77. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20731798/.

6. Domingues EAR, Alexandre NMC, Silva JV. Cultural adaptation and validation of the Freiburg Life Quality Assessment – Wound Module to Brazilian Portuguese. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP. 2016; 24: e2684. Available from: https://www.scielo.br/j/rlae/a/LMnwR8H4gDtsFJFRWTHDGNk/?lang=en.

7. Newbern S. Identifying Pain and Effects on Quality of Life from Chronic Wounds Secondary to Lower-Extremity Vascular Disease: An Integrative Review. Adv Skin Wound Care. 2018 Mar;31(3):102-108. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29438143/.

8. De Oliveira FPF, De Oliveira BGRB, Santana RF, Silva BO, Candido, JSC. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. Rev. Gaúcha Enferm. (Online). 2016; 37 (2). Available from: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/9zDQRbKBmx7GxYbDcjMBCMH/?lang=pt.

9. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Brasília; 2009. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

10. Silva EA, Machado MAA, Ribeiro KR, Shimoda E. Percepção de enfermeiros quanto à implementação do Processo de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva adulta do noroeste fluminense. Revista Científica Link Science Place Interdisciplinar [Internet]. 2014 [Citado 2014]; 1 (2): 63-77. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/de8f/8c9b50819693f5abfaf37c3bb807f370e75a.pdf.

11. Barrientos MCP, De Pires, DEP, Machado, RR. Nursing work: nurses and users' point of view. Texto contexto - enferm. 29 (spe). 2020. Available from: https://www.scielo.br/j/tce/a/T9mx3brTG3NxkYc3CHQ75bv/abstract/?lang=en&format=html#.

12. Favreto, FJL, Betiolli SE, Silva, FB, Campa, A. O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. RGS. 2017;17(2):37-47. Available from: http://www.herrero.com.br/files/revista/filea2aa9e889071e2802a49296ce895310b.pdf.

13. Schell CO, Castegren M, Lugazia E, Blixt J, Mulungu M, Konrad D, Baker T. Severely deranged vital signs as triggersfor acute treatment modifications on an intensive care unit in a low-income country. BMC Res Notes. 2015 Jul 25;8:313. Erratum in: BMC Res Notes. 2017 Aug 2;10 (1):365. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26205670/.

14. Da Costa C, da Costa Linch GF, Nogueira de Souza E. Nursing Diagnosis Based on Signs and Symptoms of Patients With Heart Disease. Int J Nurs Knowl. 2016 Oct;27(4):210-214. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26992134/.

15. North American Nursing Diagnosis Association International, Inc. Diagnósticos de enfermagem: Definições e classificação. Rio de Janeiro. 2021-2023 Décima Segunda Edição. Editado por T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru e Camila Takáo Lopes.

16. Mendes DIA, Ferrito CRAC, Gonçalves MIR. Nursing Interventions in the Enhanced Recovery After Surgery®: Scoping Review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2824-32. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing]. Available from: https://www.scielo.br/j/reben/a/Yxgt6SRGk3rSrnhMVThRkQp/?format=pdf&lang=pt.

17. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005; 8(1):19-32.

18. Cordeiro L, Soares CB. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa Scoping review: potentialities for a synthesis of methodologies used in qualitative primary research. Bis- V20, N2 Síntese de evidências qualitativas para informar políticas de saúde. 2019. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021863/bis-v20n2-sintese-de-evidencias-qualitativas-37-43.pdf.

19. Lucena AF, De Barros, ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. Acta Paul Enferm. 2005;18(1):82–8. Available from: https://www.scielo.br/j/ape/a/JL4jTndPBDG7YDcwkMzHGGG/?lang=pt.

20. Horta, WA. Processo de enfermagem / Wanda de Aguiar Horta; com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos – [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

21. Bulecheck, GM. Et al. Nursing interventions classification (NIC). 7º ed. Rio de Janeiro: Saint Louis: Elsevier; 2020. p 440.

22. Cuellar KPS, Ortiz LYR, Delgado MDFet al. Factors which influence the response to the negative pressure therapy (NPT) in wounds of patients of the Neiva University Hospital. J.res.: fundam. care. online 2016. jan./mar. 8(1):4015-25. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3090/pdf_1828.

23. Oliveira BGRB, Castro JBA, Granjeiro JM. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. Rev enferm UERJ. 2013; 21(esp.1):612-7. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0381-2576.pdf.

24. Rodrigues ALS, De Oliveira BGRB, Futuro DO, Secoli SR. Efetividade do gel de papaína no tratamento de úlceras venosas: ensaio clínico randomizado. Rev Latino-Am Enfermagem. 2015; 23(3):458-65 Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0381-2576.pdf.

25. Soares PPB, Ferreira LA, Gonçalvez, JRL, Zuffi, FB. Impacto das úlceras arteriais na qualidade de vida sob a percepção dos pacientes. Rev Enferm UFPE. 2013; 7(8):5225-31. Available from: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11797/14173.

26. Kindel ME, Jung W, Witt RR, Costa IG, Lazzari DD, Carballo KB. Self-care of chronic wounds in the household environment: an analysis from the perspective of Dorothea Orem. Ciência Cuidado Saúde 2020;19: e 50399. Available from:https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/50399.

27. Garcia AB, Müller PV, Paz PO, Duarte ERM, Kaiser DE. Percepção do usuário no autocuidado de úlcera em membros inferiores. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017- 0095. Available from; https://www.scielo.br/j/rgenf/a/vm8C9b7PHrpD6mYNBW53ykm/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Usu%C3%A1rios%20com%20%C3%BAlcera%20de%20membros,para%20um%20cuidado%20com%2D%20partilhado.

28. Poortaghi S, Salsali M, Ebadi A, Rahnavard Z, Maleki F. Resultados de uma auditoria de cuidados de enfermagem baseada no processo de enfermagem: um estudo descritivo. Enfermeira Obstetrícia. 2015; 4 (3): e30181. Available from; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4644610/.

29. Kelechi TJ, Brunette G, Bonham PA, Crestodina L, Droste LR, Ratliff CR, Varnado MF. 2019 Guideline for Management of Wounds in Patients With Lower-Extremity Venous Disease (LEVD): An Executive Summary. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2020 Mar/Apr;47(2):97-110. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32150136/.

## 9 PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA 2

# Construção e validação de roteiro de avaliação para paciente com ferida

**Camila Binsi Scopel**
Walckiria Garcia Romero Sipolatti[II]
Fabiana Gonring Xavier[III]
Karla de Melo Batista[IV]
Neida Luiza Kaspary Pellenz[V]
Andressa Bolsoni Lopes[VI]
Lorena Barros Furieri[VII]

[1]Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, Espírito Santo, Brasil.
[5] Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

**AUTOR CORRESPONDENTE** **Camila Binsi Scopel** E-mail: enf.camilascopel@gmail.com

**RESUMO**

**Objetivo:** Construir e validar um roteiro de avaliação de ferida, fundamentado no modelo teórico Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta de Aguiar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo metodológico aplicado com produção de tecnologia assistencial, desenvolvido em três fases metodológicas:, 1) planejamento; 2) construção do roteiro de avaliação e 3) validação por juízes em duas rodadas, por um grupo de enfermeiros (N=20) na primeira rodada e (N=14) na segunda. **Resultados:** A versão final do roteiro constituiu-se de 144 itens em 10 dimensões: 1) identificação pessoal; 2) avaliação geral; 3) avaliação das necessidades psicossociais, 4) avaliação das necessidades psicoespirituais; 5) avaliação das necessidades psicobiológicas, 6) avaliação da ferida; 7) exames complementares 8) campos para seleção de diagnósticos de

enfermagem; 9) campos para seleção de intervenções e atividades de enfermagem; e 10) conduta. No processo de validação, todos os itens com IVC acima de 0,85 foram considerados pertinentes, sendo ajustados de acordo com as sugestões dos juízes, no que se refere à abrangência teórica e clareza de linguagem. **Conclusão:** O roteiro elaborado dá subsídios para investigar os indicadores clínicos que indicam as NHB alteradas dos pacientes com feridas, constituindo uma importante ferramenta para a realização da primeira etapa do PE e auxiliando no raciocínio clínico para formulação dos diagnósticos e, consequentemente, na seleção de intervenções que propiciam um cuidado holístico.

**Descritores:** Feridas; Enfermagem; Tecnologia em saúde.

**Descriptores**: Heridas; Enfermería; Tecnología sanitaria.

**Descriptores:** Heridas; Enfermería; Tecnología sanitaria.

## INTRODUÇÃO

As feridas são consideradas um problema de saúde pública, principalmente no que se refere às feridas crônicas, representando um grande desafio para os cuidados de saúde, causando uma carga maior para os profissionais de saúde e, consequentemente, para os sistemas de saúde[1,2,3,4], além de um impacto negativo sobre a qualidade de vida dos pacientes devido à dor, à dificuldade na mobilidade e, muitas vezes, apresentando recidivas[5].

Assim, é de grande a importância traçar estratégias para reduzir tais impactos por meio de avaliação do paciente e tratamento adequado[6], realizado de forma sistematizada e respaldada por conhecimentos e técnicas cientificas[5,7,8].

A resolução 567/2018 regulamenta a atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente com ferida, a ser executado dentro do Processo de Enfermagem, de acordo com as normatizações do Conselho Federal de Enfermagem e aos princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente do Sistema Único de Saúde – SUS[9]. No manejo do paciente com ferida, o enfermeiro é responsável pelo planejamento, organização, execução e avaliação contínua da assistência, visando um cuidado seguro e de qualidade, com ampliação das estratégias de sistematização do cuidado da pele[10].

O Processo de Enfermagem, segundo a Resolução COFEN Nº 358/2009, deve ser realizado em cinco etapas, sendo que a primeira etapa consiste em um processo deliberado, sistemático e contínuo, desenvolvido com o auxílio de métodos e técnicas, com o objetivo de obter informações sobre o paciente, a família e a comunidade em um dado momento do

processo saúde e doença[11].

Para a primeira etapa, instrumentos de coleta de dados têm sido elaborados, pautados em um referencial teórico de cuidados com evidências científicas, com o objetivo de coletar dados que irão substanciar a realização das etapas subsequentes do Processo de Enfermagem[15].

A disponibilização de um instrumento de avaliação permitirá a atuação dos profissionais da saúde, principalmente do enfermeiro, tanto na pesquisa investigativa como, também, para o desenho de intervenções, além de nortear no âmbito dos cuidados de enfermagem prestados àquele público alvo[16].

Sabe-se também que a comunicação efetiva contribui para a segurança do paciente e a utilização de um roteiro sistematizado com o intuito de registrar os achados que indicam as alterações nas necessidades humanas básicas, é uma ferramenta importante para dissipar as informações, não só para a enfermagem e, sim, para a equipe multidisciplinar. Logo, a elaboração de instrumentos que possibilitem a coleta detalhada de dados permitem oferecer um cuidado integral para o paciente e familiar[17].

Nessa perspectiva, o objetivo desse estudo, foi a construção e a validação de conteúdo de um roteiro de avaliação de ferida, fundamentado no modelo teórico Necessidade Humanas Básicas (NBH), de Wanda Horta de Aguiar[18].

## MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico aplicado, com produção de tecnologia assistencial, fundamentado no modelo teórico de Wanda Horta de Aguiar, desenvolvido em quatro fases metodológicas[19]: 1) Planejamento; 2) Construção; 3) Validação do conteúdo.

A fase inicial de planejamento, foi realizada por meio de uma revisão de escopo que norteado pela seguinte questão norteadora: Quais os principais indicadores clínicos relacionados ao paciente com ferida? Considerou-se como indicador clínico os sinais, sintomas e complicações relacionados a feridas.

A busca foi realizada em periódicos nacionais e internacionais na base de dados eletrônica: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), com os descritores controlados do Descritores em Ciências da Saúde (DECS) em português: “ferida “, “sinais e sintomas”;

“enfermagem”, com o recurso boleano “AND” para combinação dos descritores.

Para apresentação dos resultados, os indicadores clínicos foram agrupados de acordo com os constructos de avaliação das Necessidades Humanas Básicas, as quais são psicobiológicas, psicoespirituais e psicossociais, sendo base para construção do roteiro.

Além disso, realizou-se um levantamento bibliográfico sobre avaliação e tratamento de ferida, ainda tendo produtos já desenvolvidos em outros estudos como referência [20-21].

Após a construção do roteiro pelos pesquisadores, o mesmo foi submetido a um processo de validação de conteúdo, em que os juízes foram solicitados a avaliar a adequação em relação à clareza da linguagem, pertinência prática e abrangência.

A validade de conteúdo é a determinação da representatividade de itens que expressam um conteúdo, baseada no julgamento de especialista em uma área, com o objetivo de avaliar se o instrumento atende, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de um determinado fenômeno a ser descrito[22].

A seleção brasileira dos juízes participantes ocorreu por meio da amostragem bola de neve, cujos critérios de inclusão para a participação da pesquisa foram: ser enfermeiro, com tempo de atuação na profissão de pelo menos três anos de experiência em manejo de paciente com ferida.

Um formulário foi elaborado e encaminhado para 50 juízes por meio da ferramenta Google formulários, contendo um carta-convite com orientações sobre o objetivo da pesquisa, o TCLE e o *print* de cada dimensão do roteiro seguida da escala de *likert* com os pontos avaliativos e os níveis de análise. Além disso, ainda constaram espaços destinados para comentários e sugestões de inclusão ou exclusão de algum item que considerasse inadequado para utilizar na prática clínica.

A relevância dos itens foi verificada pela escala Likert de três pontos avaliativos e em três níveis de análise; no primeiro ponto foi avaliada a clareza de linguagem: 1- nenhuma clareza, 2- pouca clareza; 3- muita clareza; no segundo ponto foi avaliada a pertinência prática: 1- nenhuma pertinência, - pouca pertinência; 3- muita pertinência; no terceiro ponto foi avaliada a abrangência teórico-prática: 1- nenhuma abrangência, 2- pouco abrangência; 3- muita abrangência.

Para avaliar a concordância entre os juízes, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), sendo realizado o cálculo pela fórmula: $IVC$ = Número de respostas “3” dividido pelo

número total de respostas[24]. Para esta pesquisa, adotou-se o percentual de concordância de 80% entre os juízes como critério de decisão dos itens. De acordo com as sugestões, houve modificação dos itens que apresentassem média inferior ao IVC de 0,80 , sendo assim, uma nova versão preliminar do roteiro foi construída.

Os dados foram tabulados e as sugestões analisadas por uma comissão interna formada pelas pesquisadoras do estudo e acatadas conforme a pertinência, desse modo, formulou-se a versão final do roteiro de avaliação para paciente com ferida.

O referido estudo é parte de uma dissertação de mestrado do Programa de mestrado profissional em enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – parecer 1581253 e CAAE 24312819.2.0000.5071.

## RESULTADOS

Na revisão de escopo foram encontrados 354 estudos nas bases de dados e, destes, 33 foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e mais 4 estudos aleatórios de consensos internacionais.

Após análise, dos 37 estudos que compuseram a amostra da revisão, 410 indicadores clínicos distintos foram identificados, que representam os sinais e sintomas presentes no paciente com ferida. Após realizada uma combinação adaptada entre os indicadores clínicos, 77 termos padrão foram nomeados, que foram utilizados como base para construção do roteiro**.**

Dos 77 termos padrão, 51 referiam-se aos indicadores de avaliação das necessidades psicobiológicas (66%), 16 aos indicadores de avaliação das necessidades psicossociais (21%), e 1 ao indicador de avaliação das necessidades psicoespirituais (13%). Vale ressaltar que tais indiciadores também foram base para o desenvolvimento do roteiro, um levantamento bibliográfico sobre conteúdos de avaliação e tratamento de feridas e os estudos de referência[20,21].

A construção do roteiro contou com 144 itens dentro de 10 dimensões e, para facilitar o entendimento e reduzir o tempo gasto para o preenchimento, os itens de cada dimensão foram organizados de forma que as opções de resposta fossem relacionadas em listas suspensas, ou com espaço delimitado para inserir a resposta em texto corrido.

Por conseguinte, foi realizada a 1º rodada de validação de conteúdo com os 20 juízes

que aceitaram participar do estudo. Destes, 16 tinham idade entre 30-40 anos de idade (79%); 3 tinham entre 50-60 anos (16%); e apenas um mencionou a idade de 61 anos. Todos os juízes são graduados há mais de 7 anos, sendo que 3 possuíam doutorado (15,8%), 7 o mestrado (36,8%) e 9, apenas especialização (47,4%). Identificou-se que 17 juízes possuíam formação complementar do tipo atualização/especialização (84%), sendo 1 com curso de capacitação (6,3%), 4 especialização em dermatologia (25,3%) e 11, estomaterapeutas (68,9%), sendo que o tempo de experiência em atendimento ao paciente com ferida variou de 5-30 anos. Quanto ao uso da taxonomia da NANDA-I, 15 juízes afirmaram utilizar os diagnósticos de enfermagem (78,9%) enquanto 10 utilizam o NIC em sua prática (52,6%).

Coube aos juízes identificar itens que porventura não estavam adequados e, assim, permitiu-se averiguar a validade de conteúdo a partir dos aspectos de clareza da linguagem, pertinência prática, abrangência teórica.

Na primeira rodada, o roteiro apresentou um IVC global de 0,85, alcançando o índice proposto para validade de conteúdo nesta pesquisa. No entanto, quando avaliadas separadamente a clareza de linguagem, a pertinência prática e a abrangência teórica, pôde-se identificar itens que não estavam adequados, sendo que, pelo fato de o juiz conseguir avaliar apenas as dimensões do roteiro e não cada item separadamente nesta roda, foi sugerido pelos juízes realizar uma segunda rodada.

Após os ajustes, formulou-se uma nova versão preliminar, enviada novamente para os 20 juízes que participaram da 1º rodada.

Na segunda rodada participaram 14 juízes. Quanto à caraterização, 12 eram do sexo feminino (85,7%) e 2, do sexo masculino (14,3%), com faixa etária de 31- 57 anos. Todos são graduados há mais de 9 anos, 2 possuíam doutorado (14,3%), 4 o mestrado (28.6%) e 8, especialização (57,1%). Constatou-se que 11 juízes possuíam formação complementar em ferida do tipo curso de capacitação, especialização em dermatologia e estomaterapia (79%), uma vez que o tempo de experiência em atendimento ao paciente com ferida variou de 7-27 anos. Quanto ao uso da taxonomia da NANDA-I, 13 juízes afirmam utilizar os diagnósticos de enfermagem (92,9%) enquanto 11 afirmam utilizar o NIC em sua prática (79%). Os resultados do Índice de Validade de Conteúdo de cada dimensão avaliada da segunda rodada estão descritos no quadro 1.

Quadro 1 — Resultado dos valores de Índice de Validade de Conteúdo da segunda rodada de validação de conteúdo do roteiro. Espírito Santo, Brasil, 2021

| ITENS AVALIADOS | PP* | AT* | CL* |
|---|---|---|---|
| Sequência do roteiro | 1 | 0,85 | 0,93 |
| **IDENTIFICAÇÃO PESSOAL** | | | |
| Item “Nome”, “Data de Nascimento”, “idade” e “sexo” | 1 | 1 | 1 |
| Item “Raça” | 0,93 | 0,93 | 0,93 |
| Item “Estado civil” | 0,85 | 0,93 | 0,93 |
| Item “Local onde mora atualmente” | 0,93 | 0,93 | 0,93 |
| Item “Profissão” | 0,85 | 0,78 | 0,85 |
| Item “Escolaridade” | 0,93 | 1 | 0,93 |
| **AVALIAÇÃO GERAL** | | | |
| Item “Causa de internação” e “doença de base”. | 1 | 1 | 1 |
| Item “alergias” | 1 | 0,93 | 0,93 |
| Item “Medicamentos de uso contínuo” | 0,93 | 1 | 1 |
| **AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS** | | | |
| **Moradia/Hábitos de vida/interação, social/autoestima/ comunicação/atenção/ segurança emocional/aprendizagem** | | | |
| Itens “Residência e quantas pessoas moram com você” | 0,85 | 0,93 | 0,78 |
| Item “Água tratada” | 0,93 | 0,85 | 0,93 |
| Item “Dependência” | 0,93 | 0,85 | 0,71 |
| Item “Prática de exercício físico” | 0,85 | 1 | 0,93 |
| Item “Se relaciona com amigos e família” | 0,93 | 0,93 | 0,78 |
| Item “Atividade de lazer” | 0,85 | 0,93 | 0,85 |
| Item “Comunicação” | 1 | 1 | 0,85 |
| Item “Avaliação emocional" | 0,93 | 0,93 | 0,93 |
| **AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS** | | | |
| Item “Possui alguma prática espiritual/religiosa/filosófica” | 0,85 | 0,85 | 0,85 |
| **AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS** | | | |
| **Neurológica** | | | |
| Item “Orientação” | 0,85 | 0,78 | 0,85 |
| **Oxigenação, vascular, regulação térmica, e percepção dos orgãos e sentidos** | | | |
| Itens “Frequência respiratória” , “Frequência cardíaca”, “Pressão arterial” , “Temperatura axilar” e “Oximetria” | 1 | 1 | 1 |
| Item “Sensibilidade à dor”, “Sensibilidade nos pés”, “Intensidade da dor” e “Localização da dor” | 1 | 1 | 0,93 |
| Item “Possui capacidade visual” e “auditiva” | 0,93 | 0,93 | 0,64 |
| **Vascular periférico** | | | |
| Item “Pulsos” | 1 | 1 | 0,85 |
| Item “índice de tornozelo-branquial” e “alterações venosas” | 0,93 | 0,93 | 0,85 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Item “Presença de edema” e “Localização do edema” | 1 | 1 | 0,93 |
| Item “Alterações na pele dos membros inferiores” | 0,85 | 0,93 | 0,85 |
| **Nutrição, hidratação** | | | |
| Item “Tipo de dieta”, “via de alimentação” e “Aceitação da dieta” | 0,93 | 0,85 | 0,78 |
| Item “ Peso” “Altura” e “IMC” | 0,85 | 0,85 | 0,85 |
| Item “Tugor da pele” e “Hidratação das mucosas” | 0,93 | 0,93 | 0,85 |
| Item “Consumo de água” | 0,85 | 0,85 | 0,71 |
| **Hábitos de sono, repouso e conforto** | | | |
| Item “Sono” , “horas\|dia” | 0,93 | 0,93 | 0,93 |
| Item “Conforto físico” , “Mental” e “Espiritual” | 1 | 0,78 | 0,64 |
| **Eliminação urinária** | | | |
| Item “Diurese”, “Coloração” e Alterações urinárias” | 0,93 | 0,93 | 0,78 |
| **Eliminação intestinal** | | | |
| Item “Possui ostomia” , “Aspecto das fezes” e “Frequência” | 1 | 0,93 | 0,78 |
| **Cuidado corporal, Segurança física** | | | |
| Item “Dependência de autocuidado” e “Grau de dependência” | 1 | 1 | 1 |
| Item “Escala de morse” , “Escala de Braden” , “Escala de news” , “Escala de fugulin” . | 0,93 | 1 | 1 |
| Item “Mobilidade física” | 1 | 1 | 1 |
| **Integridade da pele** | | | |
| Item “Coloração da pele” e “Elasticidade” | 0,93 | 0,93 | 0,85 |
| Itens “Lesões elementares” , “localização das lesões elementares” e “condições da pele” | 1 | 1 | 0,93 |
| **Avaliação da ferida** | | | |
| Itens “Quanto tempo possui a ferida” , “Localização anatômica” , " “Tipo de ferida” , “Etiologia da ferida” e “Perda tecidual” , | 1 | 1 | 0,85 |
| Itens “Tecido viável” , “Tecido inviável” , “Porcentagem” , “Visualização de tecido adjacente” | 1 | 0,93 | 0,93 |
| Itens “Sinais de inflamação” , “Infecção”, “Suspeita de biofilme” | 1 | 0,93 | 0,93 |
| Itens “aspecto do exsudato”, “quantidade de exsudato” e “odor” | 1 | 1 | 0,85 |
| Itens “Aspecto da borda” e “Pele perilesional” | 1 | 1 | 1 |
| Itens “comprimento”, “profundidade”, “solapamento”, “túneis”, “localização no fuso horário”, “se houve redução do tamanho” | 1 | 1 | 1 |
| Itens “Possui rede de apoio familiar”, “Possui rede de apoio social”, “Necessita de acompanhamento psicológico” | 1 | 1 | 1 |
| **Exames complementares** | | | |
| Item “exames complementares” | 0,93 | 0,93 | 1 |
| **Diagnósticos de enfermagem** | | | |
| Item “Seção de diagnósticos de enfermagem” | 0,93 | 0,93 | 0,85 |
| **Intervenções e atividades de enfermagem** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Item “Intervenções e Atividades de enfermagem” | 0,93 | 0,93 | 0,85 |
| **Conduta** | | | |
| Itens “Solução de limpeza” e “Realização de desbridamento” | 1 | 0,93 | 0,85 |
| Item “Cobertura primária”, “Início da terapia escolhida”, “Tempo estimado de uso”, “Periocidade de troca” , “Cobertura secundária”, "Produto de escolha para pele perilesional” | 1 | 1 | 1 |
| Item “Terapia Adjuvante” | 1 | 1 | 0,93 |
| Item “Orientações quanto aos cuidados” e “observações” | 1 | 1 | 0,93 |

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

De acordo com as respostas dos juízes, no quesito “Abrangência teórica, os itens “Profissão”, “Conforto físico", "Mental" e "Espiritual" ainda se apresentavam inadequados, sendo feitos os ajustes de acordo com as sugestões dos juízes. Quanto à “clareza de linguagem”, os itens “Residência e quantas pessoas moram com você”, "Dependência", "Se relaciona com amigos e família", "Possui capacidade visual" e "auditiva", "Consumo de água", "Conforto físico", "Mental" e "Espiritual", “Tipo de dieta", "via de alimentação" "Aceitação da dieta", “Coloração”, “Alterações urinárias” e “Aspecto das fezes e frequência” também apresentavam inadequações, sendo feita as devidas alterações e acréscimos sugeridos pelos juízes. Os demais itens avaliados pelos juízes obtiveram IVC igual ou maior que 0,85.

Visto que todos os itens foram avaliados com IVC acima de 0,85 no quesito pertinência, os que apresentaram IVC abaixo de 0,80, no quesito abrangência teórica e clareza de linguagem não foram excluídos e, sim, analisados por uma comissão interna formada pelas pesquisadoras do estudo, e modificados de acordo com as sugestões dos juízes. Porém, pode-se verificar que o roteiro de avaliação para paciente com ferida apresentou um IVC global de 0,91, alcançando o índice proposto para a validade de conteúdo nesta pesquisa.

A versão final do roteiro ficou constituída de 144 itens em 10 dimensões: 1) identificação pessoal; 2) avaliação geral; 3) avaliação das necessidades psicossociais, tendo como subgrupos: moradia/hábitos de vida, interação social/autoestima, comunicação, atenção/segurança emocional e aprendizagem; 4) avaliação das necessidades psicoespirituais; 5) avaliação das necessidades psicobiológicas, tendo como subgrupos: regulação neurológica, oxigenação, regulação vascular geral e periférica, regulação térmica, percepção dos órgãos e sentidos, nutrição, hidratação, hábitos de sono, repouso, conforto, eliminação urinária, eliminação intestinal, cuidado corporal, segurança física, integridade da pele; 6) avaliação da

ferida; 7) exames complementares 8) campos para seleção de diagnósticos de enfermagem; 9) campos para seleção de intervenções e atividades de enfermagem; e 10) conduta (Quadro 2).

Quadro 2 — Descrição das seções do instrumento de avaliação do paciente com ferida. Vitória, ES, Brasil, 2021

| |
|---|
| **1. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL** |
| **Nome:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Data de nascimento:** Clique ou toque aqui para inserir uma data. **Sexo:**Escolher um item. **Idade:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Raça:**Escolher um item. **Estado Civil:** Escolher um item. **Local onde mora atualmente:** Escolher um item. **Ocupação atual:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Escolaridade:** Escolher um item. |
| **2. AVALIAÇÃO GERAL** |
| **Causa da Internação:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Comorbidades:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **História clínica:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Alérgico a:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Medicamento em uso contínuo:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| **2.1 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS** |
| **2.1.1 MORADIA/HÁBITOS DE VIDA/INTERAÇÃO SOCIAL/AUTO-ESTIMA/ COMUNICAÇÃO/ATENÇÃO/ SEGURANÇA EMOCIONAL/APRENDIZAGEM** |
| **Residência:** Escolher um item. **Quantas pessoas moram com você?** Escolher um item. **Quem são as pessoas que moram com você?** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Água tratada:** Escolher um item. **Possui acesso a serviço de atenção básica?** Escolher um item. **Renda familiar (em salário(s):** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Dependência química:** Escolher um item. **Prática de exercício físico:** Escolher um item. **Possui apoio familiar:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Tipo de atividade de lazer:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Comunicação com o entrevistador:** Escolher um item. **Avaliação emocional:** Escolher um item. **Aprendizagem:** Escolher um item. |
| **2.2 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS** |
| **Possui religião?** Escolher um item. **Qual:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| **2.3 NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS** |
| **2.3.1 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA** |
| **Orientação:** Escolher um item. |
| **2.3.2 OXIGENAÇÃO, VASCULAR, REGULAÇÃO TÉRMICA, E PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS E SENTIDOS** |
| **Frequência respiratória:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Frequência cardíaca:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Pressão arterial:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Oximetria:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Temperatura axilar:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Enchimento capilar:** Escolher um item. **Sensibilidade à Dor:** Escolher um item. **Sensibilidade nos pés:** Escolher um item. **Intensidade da dor:** Escolher um item. **Localização da dor:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Possui capacidade auditiva:** Escolher um item. **Possui capacidade visual**: Escolher um item. |
| **2.3.3 VASCULAR PERIFÉRICO** |
| **Pulsos (Radial, dorsal do pé, tibial posterior, Poplíteo):** Escolher um item.<br>**Se ausente ou diminuído, qual?** Clique ou toque aqui para inserir o texto.<br>**Índice de tornozelo-braquial:** Escolher um item. **Alterações venosas:**Escolher um item.<br>**Presença de edema:** Escolher um item. **Localização do edema**: Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Alterações na pele:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Resultado prévios de ultrassom**: Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| **2.3.4 NUTRIÇÃO, HIDRATAÇÃO** |
| **Tipo de dieta:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Via de alimentação:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Aceitação da dieta:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Peso:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Altura:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Turgor da pele:** Escolher um item. **Hidratação das mucosas:** Escolher um item. **Consumo de água diário (copos):** Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| **2.3.5 HÁBITOS DE SONO, REPOUSO E CONFORTO** |

| | |
|---|---|
| **Sono:** Escolher um item. **Conforto físico:** Escolher um item. **Conforto mental:** Escolher um item. **Conforto espiritual:** Escolher um item. **Motivo:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| **2.3.6 ELIMINAÇÃO URINÁRIA** | |
| **Diurese:** Escolher um item. **Coloração:** Escolher um item. **Alterações urinárias:** Escolher um item. | |
| **2.3.7 ELIMINAÇÃO INTESTINAL** | |
| **Eliminação intestinal:** Escolher um item. **Possui estomia:** Escolher um item. **Tipo de estoma:** Escolher um item. **Consistência das fezes:** Escolher um item. **Frequência:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| **2.3.8 CUIDADO CORPORAL, SEGURANÇA FÍSICA** | |
| **Dependência no autocuidado:** Escolher um item. **Grau de dependência:** Escolher um item. **Escala de Fugulin:** Escolher um item. **Escala de News:**Escolher um item. **Escala de Braden:** Escolher um item. **Mobilidade física:** Escolher um item. **Escala de Morse:** Escolher um item. | |
| **2.3.9 INTEGRIDADE DA PELE** | |
| **Condições gerais da pele:** Escolher um item. **Coloração da pele:** Escolher um item.<br>**Elasticidade:** Escolher um item. **Lesões elementares:** Escolher um item.<br>**Localização das lesões elementares:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| **3. AVALIAÇÃO DA FERIDA** | |
| **FERIDA 1** | |
| **Quanto ao tempo possui a ferida (meses/anos):**Clique ou toque aqui para inserir o texto.<br>**Localização anatômica:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Etiologia da ferida:** Escolher um item. **Tipo de ferida:** Escolher um item. **Perda Tecidual:**Escolher um item. | |
| **T*** | **Tecido inviável:** Escolher um item. **Porcentagem:**Clique ou toque aqui para inserir o texto.<br>**Tecido viável:** Escolher um item. **Porcentagem:**Clique ou toque aqui para inserir o texto.<br>**Visualização de tecido adjacente:**Escolher um item. |
| **I*** | **Sinais de inflamação (dor, calor, edema e rubor):** Escolher um item. **Qual:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.**Infecção superficial – UPPER (Tecido inviável, Dor, estagnação, aumento de exsudato e odor):** Escolher um item. **Infecção profunda – LOWER (Aumento do tamanho, exposição do tecido ósseo, calor, edema e vermelhidão):** Escolher um item.**Suspeita de biofilme (atraso na cicatrização, tecido friável, tecido não viável de difícil manejo):** Escolher um item. |
| **M*** | **Aspecto do exsudato:**Escolher um item.<br>**Quantidade de exsudato**: Escolher um item. **Odor:** Escolher um item. |
| **E*** | **Aspecto da borda:**Escolher um item. **Pele perilesional:** Escolher um item. |
| **R*** | **Comprimento:**Clique ou toque aqui para inserir o texto.**Profundidade:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Solapamento:** Escolher um item. **Se sim, qual a localização no fuso horário:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Túneis:** Escolher um item.<br>**Se sim, qual a localização no fuso horário:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.<br>**Houve redução do tamanho:** Escolher um item. |
| **S*** | **Possui rede de apoio familiar:** Escolher um item. **Possui rede de apoio social:** Escolher um item. **Necessita de acompanhamento psicológico:** Escolher um item. |
| **FERIDA 2** | |
| **Quanto ao tempo possui a ferida (meses/anos):**Clique ou toque aqui para inserir o texto.<br>**Localização anatômica:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Etiologia da lesão:** Escolher um item. **Tipo de lesão:** Escolher um item. **Perda Tecidual:**Escolher um item. | |
| **T*** | **Tecido inviável:** Escolher um item. **Porcentagem:**Clique ou toque aqui para inserir o texto.<br>**Tecido viável:** Escolher um item. **Porcentagem:**Clique ou toque aqui para inserir o texto.<br>**Visualização de tecido adjacente:**Escolher um item. |
| **I*** | **Sinais de inflamação (dor, calor, edema e rubor):** Escolher um item. **Qual:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Infecção superficial – UPPER (Tecido inviável, Dor, estagnação, aumento de exsudato e odor):** Escolher um item. **Infecção profunda – LOWER (Aumento do tamanho, exposição do tecido ósseo, calor, edema e vermelhidão):** Escolher um item. **Suspeita de biofilme (atraso na cicatrização, tecido friável, tecido não viável de difícil manejo):** Escolher um item. |

| | |
|---|---|
| **M*** | **Aspecto do exsudato:**Escolher um item. **Quantidade de exsudato**: Escolher um item. **Odor:** Escolher um item. |
| **E*** | **Aspecto da borda da lesão:**Escolher um item. **Pele perilesional:** Escolher um item. |
| **R*** | **Comprimento:**Clique ou toque aqui para inserir o texto.**Profundidade:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Solapamento:** Escolher um item. **Se sim, qual a localização no fuso horário:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Túneis:** Escolher um item. **Se sim, qual a localização no fuso horário:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Houve redução do tamanho:** Escolher um item. |
| **S*** | **Possui rede de apoio familiar:** Escolher um item. **Possui rede de apoio social:** Escolher um item. **Necessita de acompanhamento psicológico:** Escolher um item. |

**4. EXAMES COMPLEMENTARES**

**Albumina:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Hemoglobina glicada:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Leucócitos:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **PCR:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.**Hematócrito:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Creatinina** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Uréia:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Glicemia de jejum:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Glicemia capilar:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.

**5. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

| Necessidades Psicobiológicas | Necessidades Psicossociais | Necessidades Psicoespirituais |
|---|---|---|
| **6.** Escolher um item. | **6.** Escolher um item. | **1.** Escolher um item. |
| **7.** Escolher um item. | **7.** Escolher um item. | **2.** Escolher um item. |
| **8.** Escolher um item. | **8.** Escolher um item. | **3.** Escolher um item. |
| **9.** Escolher um item. | **9.** Escolher um item. | **4.** Escolher um item. |
| **10.** Escolher um item. | **10.** Escolher um item. | **5.** Escolher um item. |

**6. INTERVENÇÃOES DE ENFERMAGEM**

| Psicobiológicas | Psicossociais | Psicoespirituais |
|---|---|---|
| **6.** Escolher um item. | **6.** Escolher um item. | **1.** Escolher um item. |
| **7.** Escolher um item. | **7.** Escolher um item. | **2.** Escolher um item. |
| **8.** Escolher um item. | **8.** Escolher um item. | **3.** Escolher um item. |
| **9.** Escolher um item. | **9.** Escolher um item. | **4.** Escolher um item. |
| **10.** Escolher um item. | **10.** Escolher um item. | **5.** Escolher um item. |

**7. ATIVIDADES DE ENFERMAGEM**

| |
|---|
| **Psicobiológicas**<br>**6.** Escolher um item.<br>**7.** Escolher um item.<br>**8.** Escolher um item.<br>**9.** Escolher um item.<br>**10.** Escolher um item.<br>**11.** Escolher um item.<br>**12.** Escolher um item.<br>**13.** Escolher um item.<br>**14.** Escolher um item.<br>**15.** Escolher um item.<br><br>**Psicossociais e Psicoespirituais**<br>**1.** Escolher um item.<br>**2.** Escolher um item.<br>**3.** Escolher um item.<br>**4.** Escolher um item.<br>**5.** Escolher um item.<br>**6.** Escolher um item.<br>**7.** Escolher um item.<br>**8.** Escolher um item.<br>**9.** Escolher um item.<br>**10.** Escolher um item. |
| **CONDUTA** |
| **Solução de limpeza:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Técnica de limpeza:** Clique ou toque aqui para inserir uma data. **Realização de desbridamento**: Escolher um item. **Uso de emoliente para debridamento de crostas e hiperqueratina":** Escolher um item. **Emoliente:** Clique ou toque aqui para inserir uma data. **Cobertura primária:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Início da terapia escolhida:** Clique ou toque aqui para inserir uma data. **Tempo estimado de uso:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Periodicidade de troca:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Cobertura secundária:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Produto de escolha para pele perilesional:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Terapia adjuvante:** Escolher um item. **Tipo de fixação utilizada:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Orientações quanto aos cuidados:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **OBSERVAÇÕES:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

## DISCUSSÃO

O desenvolvimento de tecnologias de saúde que passam pelo processo de validação, na área da enfermagem, crescem progressivamente, visto que se torna possível de forma mais precisa nortear a prática do cuidado de enfermagem e que, consequentemente, melhora a qualidade da assistência[26,27], com maior segurança, redução da variabilidade das práticas do cuidado e possibilidade de maior controle de custos, racionalidade dos recursos, desenvolvimento de indicadores de saúde e comunicação entre os profissionais[25,28].

Desta forma, roteiros orientados por referenciais teóricos da enfermagem — devidamente validados como neste estudo — contribuem para uma prática segura e legalmente legitimada.

O perfil dos juízes que validaram o roteiro evidenciou que todos possuem experiência com pacientes com ferida, sendo que grande parte possui formação na área temática, demonstrando, assim, maior domínio para a avaliação.

As sugestões apontadas pelos juízes, nas diversas dimensões do roteiro, corroboram com achados da literatura que afirmam a importância dos registros em todas as instâncias do Processo de Enfermagem[29,30]. A coleta de dados fornece dados que auxiliam no desenvolvimento de planos de cuidados e na elaboração da evolução de enfermagem, favorecendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem, além de ser imprescindível para uma assistência de qualidade, com redução dos eventos adversos e maior segurança para o paciente[31].

O processo de validação de conteúdo demonstrou a necessidade de acrescentar dados e aperfeiçoar, a fim de melhorar seu conteúdo, sendo inseridas as sugestões envolvendo itens e opções de resposta, tais como modificações, exclusões e inserção.

Observamos que a avaliação das necessidades psicossociais, no item "relaciona-se com família e amigos", foi sugerido retirar a palavra "amigos", considerando que, na visão de um dos juízes, a maioria dos pacientes que não se relacionam com a família costuma manter laços com amigos. Nesse caso, o entrevistador poderá confundir o principal enfoque, que é compreender se o paciente tem o apoio da família para o tratamento da ferida.

Esta sugestão vai ao encontro de estudos que definem que a família é fonte principal das crenças e tipos de comportamentos relacionados com a saúde, sendo assim, um recurso de apoio e suporte ao paciente[32]. A efetividade do tratamento é mais rápida quando se considera mais que a ferida em si, mas a situação familiar, socioeconômica, hábitos e doenças-base[33]. A família fornece apoio social, sendo um fator importante para o enfrentamento e autogerenciamento[34] além de permitir a redução do sofrimento psíquico e as mudanças nas relações familiares[32].

Um outro estudo[35] refere-se à queixa de dor intensa pelas pessoas com úlcera venosa, além do uso de medicação para controlá-la, havendo, então, uma boa relação familiar, social e de lazer. Caso contrário, pode ocorrer o isolamento social, baixa autoestima e até mesmo a depressão.

Na dimensão necessidades psicoespirituais, no seu único item, "Possui religião", e no caso de afirmação "qual" verificou-se um valor de IVC (0,85) em todos os quesitos. Dentre as opiniões dos juízes, tem-se que, para alguns, essa dimensão não influência no tratamento do

paciente, enquanto para outros sim, com destaque para seguinte fala:

> Os dados fornecidos nem sempre vão permitir conhecer muito sobre o paciente, mas a partir deles a equipe pode desmistificar conceitos e práticas que trazem implicações ou dificultam a condução do cuidado. Como também podem proporcionar ao paciente confiança na condução do tratamento e boas expectativas ao acreditar na evolução, na recuperação, logo a espiritualidade/crenças podem se tornar um aliado da equipe junto ao paciente (juiz 12).

A literatura descreve que a crença religiosa constitui uma parte importante da cultura, dos princípios e dos valores utilizados pelos pacientes no processamento das informações referentes ao processo de saúde-doença, visto que, muitas vezes, as tomadas de decisão são embasadas em orações, frequência na Igreja e a prática de meditação[36]. Nesse contexto, a pratica religiosa é interpretada como uma estratégia utilizada para lidar com as incertezas associadas à doença e, assim, superar as crises[37].

Na dimensão das necessidades psicobiológicas, o item "Conforto físico", "Mental" e "Espiritual foi questionado pelos juízes no quesito abrangência e a clareza, havendo incompreensão quanto à real definição desses termos e sua descrição em relação às opções de resposta. Por isso, levou-se em consideração a sugestão de um dos juízes, em utilizar os termos (prejudicado/ alterado e preservado) nas opções de resposta e deixar espaço para descrever o motivo, em caso de prejudicado.

No que diz respeito às definições dos itens, vale ressaltar que foi utilizado como referencial o conforto estar relacionado com o bem-estar, felicidade, calma, tranquilidade, o indivíduo livre de preocupações e problemas, em paz com Deus, com bem-estar espiritual e físico, sem dor, comendo e dormindo bem, além de ter afeto familiar[38].

Um outro estudo[39] também descreve que as necessidades de conforto estão contidas dentro de quatro contextos: físico (relacionado ao corpo); psicoespiritual (que pertence à conscientização interna do eu, além de abranger um relacionamento do indivíduo com uma ordem mais alta ou ser superior); ambiental (abrangendo luz, barulho, ambiente, cor, temperatura); social (relacionado a questões interpessoais, familiares e sociais).

Ainda na dimensão das necessidades psicobiológicas, dentro da avaliação da ferida, sugeriu-se aplicar o acrônimo "UPPER" E LOWER" padronizado para a verificação de infecção de ferida, por meio dos sinais e sintomas. A literatura descreve que essa didática é um mnemônico SUPERIOR e INFERIOR padronizado, em que se utiliza uma lista de verificação

de infecção de ferida para avaliar os sinais clínicos de infecção. A lista de verificação possui dez sinais e sintomas associados à colonização crítica (compartimento superior) e infecção profunda (compartimento inferior). SUPERIOR refere-se a: tecido desvitalizado, dor, estagnação, aumento do exsudato e odor, enquanto INFERIOR refere-se a: aumento da ferida, exposição óssea, calor, edema e vermelhidão[40,41,42].

Alguns questionamentos também foram feitos, no que se refere ao fato de ser um roteiro longo, porém, um deles relata ter importância fundamental para a visualização do trabalho do enfermeiro e entende que o trabalho em equipe e em diferentes turnos será de extrema importância para a implantação e implementação do mesmo, pois possibilitará a participação de todosos envolvidos na atenção ao paciente.

Frente aos resultados da validação, é visto que o roteiro de avaliação contém ferramentas que possibilitam ao enfermeiro identificar respostas humanas aos problemas de ordem física, psicológica, social e espiritual, o que permite traçar os melhores diagnósticos e intervenções e atividades de enfermagem.

Diante disso, é importante enfatizar que, no cuidado com o paciente com ferida, o enfermeiro é responsável pelo planejamento, organização, execução e avaliação contínua da assistência dispensada ao paciente, visando a um cuidado seguro e de qualidade, com ampliação das estratégias de sistematização do cuidado da pele[10] sendo regulamentado pela resolução 567/2018[9].

Embora a utilização de um roteiro norteador para avaliação do paciente com ferida se mostre evidente, é importante destacar que, somente após a implementação do instrumento e as suas respetivas reavaliações, será possível obter maior consistência e representatividade do mesmo na prática assistencial de enfermagem, isto posto, a submissão deste roteiro a teste piloto, com aplicabilidade à população-alvo, poderá contribuir para melhorar a sua estrutura, bem como o conteúdo abordado para o atendimento ao paciente com ferida, sendo essa a limitação desse estudo, que deverá ser ratificada em estudos futuros.

Importante destacar também que, para maior aplicabilidade do roteiro pelos profissionais enfermeiros, torna-se necessário construir um instrutivo de definições de cada item, dentro de suas dimensões. Visto que o instrutivo irá auxiliá-lo no preenchimento do roteiro para avaliação do paciente com ferida pelo profissional enfermeiro, subsidiando, assim, o PE no atendimento àquele público-alvo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou apresentar o processo de construção e validação de um roteiro destinado à avaliação do paciente com ferida, fundamentados em conhecimento científico disponível, bem como pelas sugestões de juízes peritos na área do estudo, os quais contribuíram para a versão final do referido produto.

Destaca-se a relevância deste estudo, o qual poderá contribuir para a prática clínica e científica da enfermagem na aplicação de terminologias padronizadas, proporcionando autonomia, apoio técnico e respaldo ético ao enfermeiro, além de melhoria na qualidade do trabalho de enfermeiros na assistência à paciente com ferida por meio da construção de instrumento que subsidia o adequado registro.

Nesse contexto, espera-se que o roteiro de avaliação elaborado e validado seja como uma ferramenta que possibilitará a organização da assistência, visando compartilhar e ampliar o cuidado ao público-alvo, abrangendo todas as NBH, uma vez que, esta etapa de coleta de dados, essencial ao processo de enfermagem, quando bem estruturada, auxilia na realização das demais etapas. Além de propiciar aos profissionais o raciocínio clínico para elencar os diagnósticos de enfermagem e a seleção de intervenções de enfermagem adequadas e específicas.

Vale ressaltar que nenhum conhecimento é finito, sendo necessária a constante realização de revisões do conteúdo, com base em novas evidências científicas e experiências práticas apresentadas pelo paciente com ferida. Por fim, este roteiro servirá como uma ferramenta norteadora para novas pesquisas na área da assistência de enfermagem àquele público.

## REFERÊNCIAS

1. Maliyar K., Mufti A., Sibbald RG (2020) The Use of Antiseptic and Antibacterial Agents on Wounds and the Skin. Em: Alavi A., Maibach H. (eds) Local Wound Care for Dermatologists. Atualizações em Dermatologia Clínica. Springer, Cham. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-28872-3_5. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-28872-3_5.

2. Reichenberg J, Davis M. Venous ulcers. Semin Cutan Med Surg. 2005 Dec;24(4):216-26. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16387266/.

3. Resende NM, Nascimento, TC, Lopes FRF, Junior AGP, Souza, NM. Care of people with chronic wounds in Primary Health Care. JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care. www.jmphc.com.br. J Manag Prim Heal Care. 2017; 8(1):99-108. Available from: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/download/271/423.

4. Cavassan NRV, Camargo CC, de Pontes LG, Barraviera B, Ferreira RS, Miot HA, Abbade LPF, Dos Santos LD. Correlation between chronic venous ulcer exudate proteins and clinical profile: A cross-sectional study. J Proteomics. 2019 Feb 10; 192:280-290. DOI: 10.1016/j.jprot.2018.09.009. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30261322/.

5. Favreto FJL, Betiolli SE, Silva FB, Campa A. O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. RGS 2017;17(2):37-47. Available from: http://www.herrero.com.br/files/revista/filea2aa9e889071e2802a49296ce895310b.pdf.

6. Oliveira AC, Rocha DM, Bezerra SM, Andrade EM, Santos AM, Nogueira LT. Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. Acta Paul Enferm. 2019;32(2):194-201. Available from: https://www.scielo.br/j/ape/a/5rXWbmmz3qbNgTJKzwGtK9N/?format=pdf&lang=pt.

7. Da Silva PC, Da Silva DM, Macedo TLS, Luna, BMG. A atuação do enfermeiro no tratamento de feridas. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba. mar./ abr. 2021; 4(2):4815-22. Available from: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/25942.

8. Melo EM, Fernandes VS. Avaliação do Conhecimento do Enfermeiro acerca das Coberturas de Última Geração Artigo Original 1. ESTIMA [Internet]. 2016 Mar. 23 [cited 2021 nov. 26];9(4). Available from: https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/69.

9. Conselho Federal de Enfermagem. (Brasil). Resolução nº 567, de 29 de janeiro de 2018. Brasília, 29 de janeiro de 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567- 2018_60340.html.

10. Cauduro FP, Schneider SMB, Menegon DB et al. Performance of nurses in the care of skin lesions. J Nurs UFPE online., Recife. Oct. 2018; 12(10):2628-34. Available from: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/236356/30157.

11. Conselho Federal de Enfermagem — COFEN. Resolução nº. 358, de 15 de outubro de 2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

12. Sampaio R. Contribuições do processo de enfermagem e da sistematização da assistência para a autonomia do enfermeiro. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2019 [citado 25 Nov 2021]; 35 (4). Available from: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1777.

13. Adamy EK, Zocche DAD, Almeida MAA. Contribuição do processo de enfermagem para a construção da identidade dos profissionais de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, 41. 2019. Available from: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/rSCZDNvkbNkjhwCr3F6RZFN/?lang=en&format=html.

14. Silva AM, Colaço AD, Vicente A, Bertoncello KCG, Amante LN, Demetrio MV. Percepções dos enfermeiros acerca da implementação do processo de enfermagem em uma unidade intensiva. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2021; Available from: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/kd5MzdD3DG7qPpbMkfYvHQy/?lang=pt.

15. Teixeira, ESP. Construção e validação de uma tecnologia educativa para pacientes onco-hematológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial. 2019. 112 f. Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 2019. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/40517.

16. Benson J, Clark F. A guide for instrument development and validation. Am J Occup Ther. 1982 Dec;36(12):789800. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6927442/.

17. Lemos DMP, Barcellos RA, Borba DSM, Caballero LG, Goldraich LA, Echer IC. Comunicação efetiva para o cuidado seguro ao paciente com implante de dispositivo de assistência ventricular. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40 (esp):e 20180344. Available from: https://www.seer.ufrgs.br/rgenf/article/viewFile/89780/51782.

18. Horta, WA. Processo de enfermagem / Wanda de Aguiar Horta; com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos – [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

19. Rocha Domingues, EA, Carvalho MRF, Kaizer UAO. Adaptação transcultural de um instrumento de avaliação de feridas. Cogitare Enfermagem [online]. 2018; 23(3). Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/54927.

20. Bordinhão RC, Almeida MA. Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de horta. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS). jun. 2012;33(2):125-31. Available from: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/sYCxcYGXYbLHfKk6RMTpdJf/?format=pdf&lang=pt.

21. Melo, AF. **Elaboração e validação de um instrumento de registro de feridas crônicas.** 2015. 158 f. Dissertação (Mestrado em atenção à saúde) — Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2015. Disponível em: http://bdtd.uftm.edu.br/handle/tede/212.

22. Catunda HLO, Bernardo EBR, Vasconcellos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB, Aquino PS. Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto contexto de enfermagem.** [Internet]. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/XNPJGWGp6Y6vcT8RWXQWv6x/?lang=pt&format=pdf.

23. De Souza AC, Costa, ANM, De Brito, GE. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2017. 26(3): 649-59. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300649&lng=pt.

24. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2015; 20 (3): 925-36. Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459YLYPM7Pt7Q7cSn/abstract/?lang=pt.

25. Vieira CENK, Enders BC, Coura, AS, Menezes, DJC, Lira, ALBC, Medeiros, CCM Validación de instrumento para la detección de adolescentes con sobrepeso en la escuela. Enferm. glob. [Internet]. Jul. 2016 ; 15(43): 321-31. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300013&lng=es.

26. De Andrade IAF, Guimarães TMR, Costa IM, Costa NCM, Camelo RM, Lima FM. Construção e validação de instrumento de consulta de enfermagem para pessoas com hemofilia. **Cogitare enferm.** [Internet]. 2021. Available from: https://www.scielo.br/j/cenf/a/Bj4GVp3XXYKmqBKZmBtnrCb/.

27. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Guia para construção de protocolos assistenciais de Enfermagem [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2017. Available from: http:// www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf.

28. Tolentino GS, Bettencourt ARC, Fonseca SM. Construction and validation of an instrument for nursing consultation in outpatient chemotherapy. Rev Bras Enferm. 2019;72(2):391-9. Available from: https://www.scielo.br/j/reben/a/kh3FjXdYGZcGNm4hzRHpQJk/?lang=pt&format=pdf.

29. Cheloni IG, de Souza CC, da Silva JVS, Salgado P de O, Chianca TCM. Construção e validação de instrumento para coleta de dados de enfermagem em ambulatório de quimioterapia. REAS [Internet]. 6 fev. 2021 [citado 25 nov. 2021];13(2):e5676. Available from: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5676.

30. Ferreira LL, Chiavone FBT, Bezerril MS, Alves KYA, Salvador PTCO, Santos VEP. Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. Revista Brasileira de Enfermagem. 2020; 73(2): 1-6.

Available from: https://www.scielo.br/j/reben/a/G4tsNBJDgw9wQHYpNv6wMXd/?lang=en.

31. Dias MB, Savassi LCM, Nunes MRMTP, Zachi MLR. A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios, e a valorização necessária da Atenção Primária a Saúde. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2015; 6(1). Disponível em: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/239.

32. Sachett J, Montenegro, C. Perfil epidemiológico dos pacientes com feridas crônicas atendidos pelo "Programa Melhor em Casa". ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy. Oct. 2017. Available from: https://www.researchgate.net/publication/336656792_Perfil_epidemiologico_dos_pacientes_com_feridas_cronicas_atendidos_pelo_Programa_Melhor_em_Casa.

33. Santos VLCG, Oliveira ADS, Amaral AFDS, Nishi ET, Junqueira JB. Quality of life in patients with chronic wounds: magnitude of changes and predictive factors. Rev Esc Enferm USP. 2017 Oct 9;51:e03250. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29019529/.

34. Brito D, Xavier V, Santos J, Agra G. Pain in Chronic Ulcer: Sociodemographic, clinical and therapeutic profile of patients from Cuité-PB, **Journal of Aging & Innovation**. 2017; 6 (2): 17–31. Available from: http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/3-artigo-dor-em-%C3%9Alcera-cr%C3%94nica-24_04_17.pdf

35. Waidman MAP, Rocha SC, Correia JL, Brischiliari A, Marcon SS. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental, **Texto Contexto Enfermagem,** Florianópolis, 2011 Out-Dez; 20(4): 691-9. Available from: https://www.scielo.br/j/tce/a/g4ZCwRMHzf5dQNQWpyWrRPt/?lang=pt&format=pdf.

36. Linard AG, Silva FAD, Da Silva RM. Mulheres submetidas a tratamento de câncer de colo de útero: como enfrentam a realidade. Revista Brasileira de Cancerologia. 2002; 48 (4): 493-8. Available from: https://www.ufjf.br/ppgpmi/files/2010/04/Exemplo-de-artigo.pdf.

37. Junckes A; Junckes DD. Cuidando e confortando o paciente no pré e pós-operatório cardíaco Florianópolis, 1993. / Mimeografado/.

38. Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept comfort. Image J Nurs Sch. 1991 Winter;23(4):237-40. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1937522/.

39. Woo KY, Alam T, Marin J. Topical antimicrobial toolkit for wound infection. Surg Technol Int. 2014 Nov; 25:45-52. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25433174/.

40. Woo KY, Coutts PM, Sibbald RG. A randomized controlled trial to evaluate an antimicrobial dressing with silver alginate powder for the management of chronic wounds exhibiting signs of critical colonization. Adv Skin Wound Care. 2012 Nov;25(11):503-8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23080237/.

41. Woo KY, Heil J. Uma avaliação prospectiva do curativo de azul de metileno e violeta de genciana para tratamento de feridas crônicas com infecção local. Int J ferida . 2017; 14 (6): 1029-35. doi: 10.1111 / iwj.12753. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7949968/.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo possibilitou a construção do guia assistencial de enfermagem e do roteiro de avaliação para paciente com ferida, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, contribuindo para o direcionamento do cuidado, no sentido de oferecer uma assistência de enfermagem qualificada e ampla, que irá, ainda, conferir maior visibilidade às ações de enfermagem.

O guia assistencial foi composto por xx indicadores clínicos de pacientes com ferida, xx diagnósticos de enfermagem, xx Intervenções e xx Atividades de Enfermagem da NIC. Este guia assistencial apresenta-se na área da enfermagem, como um instrumento norteador que subsidiará o enfermeiro ou o acadêmico no desenvolvimento das etapas do processo de enfermagem, uma vez que auxiliará na identificação dos indicadores clínicos, diagnósticos de enfermagem e na seleção das intervenções apropriadas, sendo assim, apoio para a tomada de decisões.

A segunda tecnologia desenvolvida, denominada como roteiro de avaliação, foi composta por 144 itens em 10 dimensões, validada por um grupo de enfermeiros em duas rodadas, sendo que a versão final apresentou um IVC global de 0,91, alcançando o índice proposto para a validade de conteúdo nesta pesquisa.

Acredita-se que os objetivos do estudo foram alcançados e espera-se que essas tecnologias sejam utilizadas no cotidiano como ferramenta para execução do processo de enfermagem, tornando-se, também, ferramentas que irão auxiliar na coleta de dados clínicos e epidemiológicos, importantes para o gerenciamento e planejamento das ações de enfermagem voltadas para o paciente com ferida.

Ressalta-se, ainda, que existe a perspectiva de realização do teste piloto do guia assistencial e do roteiro de avaliação para, posteriormente, ser incluído como ferramenta de apoio no HUCAM, sendo essa a limitação desta pesquisa. Além disso, fomenta-se que novos estudos sejam realizados a fim de expandir e/ou incorporar as tecnologias desenvolvidas em um sistema de informação do tipo aplicativo ou software.

## REFERÊNCIAS


ABBADE, L. P. F. Consensus On the diagnosis and management of chronic leg ulcers – Brazilian Societyof Dermatology. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, 95(S1), p. 1-18, 2020. Trabalho realizado na Sociedade Brasileira deDermatologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível em: <http://journal.anaisdedermatologia.org.br/pt-consenso-sobre-diagnostico-e-tratamento-articulo-S266627522030312X>. Acesso em: 10 mar. 2021.

ADAMY, E. K. et al. Reflexão acerca da interface entre a segurança do paciente e o processo de enfermagem. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde** [Online], v. 7, n. 1, p. 272-278, jan. /jul. 2018. Disponível em: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2519. Acesso em: 10 set. 2021.

ALVES P. et al. Oxigenoterapia hiperbárica no processo de cicatrização de feridas: revisão de literatura. **READ** [Internet], v. 93, n. 31, e-20031, jul./ ago./ set. 2020. Disponível em: https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/610. Acesso em: 20 jan. 2020.

ARKSEY, H., & O' MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 8, n. 1, p. 19–32, 2005. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1364557032000119616?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 8 fev. 2020.

ASSADIAN O. et al. Use of wet-to-moist cleansing with different irrigation solutions to reduce bacterial bioburden in chronic wounds. **Journal of Wound Care**, v. 1, n. 27(Sup10), S10-S16, 2018 Oct. Disponível em: < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30307816/>. Acesso em: 20 dez. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OZONIOTERAPIA —ABOZ. Disponível em: <https://www.aboz.org.br/>. Acesso: 5 set. 2020.

ATKIN, L.; BUĆKO, Z.; MONTERO, E. L.; CUTTING, K.; MOFFATT, C.; PROBST, A.; ROMANELLI, M.; SCHULTZ, G. S.; TETTELBACH, W. Implementing TIMERS: the race against hard-t0-heal wounds. **Journal of Wound Care**, v. 28, n. Suppl 3a. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1>. Acesso em: 20 fev. 2020.

AZEVEDO, M. M.; LISBOA, C.; COBRADO, L. et al. (2020). Hard-to-heal wounds, biofilm and wound healing: an intricate interrelationship. **British Journal of Nursing, v.** 29, n. 5, S6–S13. Disponível em: https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2020.29.5.S6. Acesso em: 10 nov. 2020.

BAGGIO, M. A; ERDMANN, A. L.; SASSO, G. T. M. D. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 378-85. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/21.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2020.

BALDUINO, A. F. A.; MANTOVANI, M. F; LACERDA, M. R. Nursing care plan for patients with chronic heart disease. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem** [Internet], v. 13, n. 2, p. 342-351, 2009 [cited 2016 Oct 02] . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BARRIENTOS, M. C. P.; PIRES, D. E. P.; MACHADO, R. R. Nursing work: nurses and users' point of view. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, n. spe, e20190277, 2020 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/T9mx3brTG3NxkYc3CHQ75bv/abstract/?lang=en&format=html>. Acesso em: 10 set. 2021.

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.Disponível em: <http://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>. Acesso em: 3 fev. 2021.

BEDIN, L. F. et al. Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas comferidas crônicas. **Revista. Gaúcha Enfermagem,** Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 61-67, setembro 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000300061&lng=en&tlng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2020.

BENBOW, M. Wound care: ensuring a holistic and collaborative assessment. **British Journal Community Nursing,** London,v. 16, n. 9, S6-S16, 2011. Disponível em: https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2011.16.Sup9.S6. Acesso em: 2 jun. 2020.

BENEDET, S. A. et al. Processo de Enfermagem: instrumento da Sistematização

da Assistência deenfermagem na percepção dos enfermeiros. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4780–4788, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp68435.pdf. Acesso em: 25 mar. 2021.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseadana teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**. 2. ed. rev. e ampl. Florianópolis: Bernúncia, 2001. 209 p.

BENSON, J; CLARK, F. A guide for instrument development and validation. **American Journal of Occupational Therçapy** [Internet], v. 36, n. 12, p. 789-800, 1982. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6927442/>. Acesso em: 13 out. 2021.

BERWANGER, D. C. et al. Processo de enfermagem: vantagens e desvantagens para a prática clínica do enfermeiro. **Revista Nursing**, v. 22, n. 257, p. 3204-3208, 2019. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/257/pg34.pdf. Acesso em: 10 set. 2021.

BILGIN, M.; GÜNES, Ü.Y. A comparison of 3 wound measurement techniques: effectsof pressure ulcersize andshape. **Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing** [Online], v. 40, n. 6, p. 590-593, 2013. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=24202222>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BORDINHÃO, R.C, ALMEIDA, M.A. Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de Horta. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 2, p. 125-131, jun. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/18.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.

BORGES, E.L. **Avaliação da Pessoa com Ferida**. In; BORGES, E.L et al. **Feridas: como tratar**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2007. cap. 5; p.55-75.

BRANDÃO, M. G. S. A. et al. Efeitos da laserterapia de baixa intensidade na cicatrização de úlceras nos pés em pessoas com diabetes mellitus. **ESTIMA — Brazilian Journal Enterostomal Therapy**, v. 18, n. 1, e0320, 2020. V. 18.844_PT.Disponível em: https://bvsenfermeria.bvsalud.org/biblio/resource/?id=biblioref.referenceanalytic.1096464. Acesso em: 30 dez. 2020.

BROADUS, C. Debridement options: BEAMS made easy. **Wound Care Advisor,** v. 2, n. 2, p. 15–18, 2013. Disponível em: http://old.woundcareadvisor.com/debridement-options-beams-made-easy_vol2-no/. Acesso em: 20 dez. 2020.

BROUGHTON, G 2ND; JANIS, J.E.; ATTINGER, C.E. The basic science of wound

healing. **Plastic and Reconstructive Surgery,** v. 117, n. 7Suppl., 12S-34S, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16799372/>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BULECHECK, G.M. ET AL. **Nursing interventions classification (NIC)**. 6. ed. Rio de Janeiro: Saint Louis: Elsevier, 2016.

CALISTO, F. C. F. DA S. et al. Use of low-power laser to assist the healing of traumatic wounds in rats. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 30, n. 3, p. 204–208, mar. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502015000300204. Acesso em: 21 nov. 2020.

CAMPOS, M. G. C. A; SOUZA, A. T. O. S; VASCONCELOS, J. M. B. Fundamentos teóricos e avaliação de feridas. *In:* CAMPOS et al. **Feridas Complexas e Estomias**. Aspectos Preventivos e manejo clínico. João Pessoa: Ideia, 2016. cap. 3, p.59-99.

CARBOGIM, F. C.; OLIVEIRA, L. B.; PÜSCHEL, V. A. A. Critical thinking: concept analysis from the perspective of Rodger's evolutionary method of concept analysis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.24, e 2785, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100407. Acesso em: 30 jun. 2020.

CARREL A. The treatment of wounds: a first article. **Journal of American Medical Association,** v. 55, n. 25, p.2148–2150**,** 1910 .

CARREL, A. The treatment of wounds. **Journal of American Medical Association**, v. 55, n. 25, p. 2148-2150, 1910.

CARVALHO, A. F. M. et al. Low-level laser therapy and Calendula officinalis in repairing diabetic foot ulcers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 4, p. 628-634, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0628.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

CARVALHO, E. C; OLIVEIRA-KUMAKURA, A. R. S.; MORAIS, S. C. R. V. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet], v. 70, n. 3, p. 662-668, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03- 0662.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.

CASTELI, C. P. M. et al. Critérios para realização de curativo em paciente com infecção de órgão/cavidade após cirurgia cardíaca. **Revista Estima, São Paulo**, v. 15, n. 3, p. 127-131, 2017. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/541>. Acesso em: 20 set. 2019.

CAUDURO, F. P. et al. Performance of nurses in the care of skin lesions. **Journal of Nursing UFPE online**., Recife, v. 12, n. 10, p. 2628-2634, Oct. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236356/30157>. Acesso dia: 20 jul. 2020.

CERULLO, J. A. S. B.; CRUZ, D. A. L. M. Clinical Reasoning and Critical Thinking. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet], v. 18, n. 1, p. 124-129, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/19.pdf>. Acesso em:10 ago. 2020.

CODÁ, R. P. **Software para o gerenciamento do cuidado da pele e feridas: Uma tecnologia assistencial de enfermagem.** 2017. 102 p. Dissertação do Programa de Pós- Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1026693/rosane_de_paula_coda-dissertacao-m.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

COLUCI, M. Z. O, ALEXANDRE, N. M. C, MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [Internet], v. 20, n. 3, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459YLYPM7Pt7Q7cSn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução nº 272 de 27 de agosto de 2002.** Considera a sistematização da assistência de enfermagem - SAE, nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro, 2002; Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html>. Acesso em: 18 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009.** Brasília, 15 de outubro de 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 18 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. (Brasil). **Resolução nº 429, de 08 de junho de 2012.** Brasília, 08 de junho de 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 18 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. (Brasil). **Resolução nº 567, de 29 de janeiro de 2018**. Brasília, 29 de janeiro de 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567- 2018_60340.html>. Acesso em: 18 jun. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (São Paulo). Guia para construção de

protocolos assistenciais de Enfermagem**. COREN-SP**, São Paulo, 2017. Disponível em: <http:// www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

COSTA, R. et al. O Legado De Florence Nightingale: Uma Viagem No Tempo. **Texto & Contexto Enfermagem ,** v. 18, n. 4, p. 661–669, 2009. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/07.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

CUNHA, D.R.et al. Construction of a multimedia application in a mobile platform for wound treatment with laser therapy. **Revista de Enfermagem da UFPE online**., Recife, v. 12, n. 5, p. 1241-1249, maio 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230676>. Acesso em: 10 jan. 2020.

DAUNTON, C. KOTHARI, S. SMITH, L.; STEELE, D. A history of materials and practices for woundmanagement. **Wound Practice and Research**, jan . 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/256492792_A_history_of_materials_and_practices_for_wou nd_management. Acesso em: 28 abr. 2021.

DE CAMARGO, P.A.B. et al. Uso de curativo a vácuo como terapia adjuvante na cicatrização de sítio cirúrgico infectado. **Jornal Vascular Brasileiro,** v. 15, n. 4, p. 312-316, out./ dez. 2016 . Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5829731/>. Acesso em: 5 mar. 2021.

DE CASTRO MOURA, C. et al. Impactos da dor crônica na vida das pessoas e a assistência de enfermagem no processo. **Avances en Enfermería**, Bogotá , v. 35, n. 1, p. 53-62, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002017000100006&script=sci_abstract&tlng=en. Acesso em: 20 mar. 2021.

DEPALMA, R.G; HAYES, V.W; ZACHARSKI, L.R. Bloodletting: past and present. **Journal of the American College Surgeon**, v. 205, n. 1, p. 132-144, jul. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17617342/>. Acesso em: 28 abr. 2021.

DOWSETT, C; SWANSON, T; KARLSMARK, T. Focus on the Triangle of Wound Assessment –addressing the gap challenge and identifying suspected biofilm in clinical practice. **Wounds International**, v. 10, n. 3, p. 34-39, Sept. 23 2019. . Disponível em: <https://www.woundsinternational.com/journals/issue/589/article-details/focus-triangle-wound-assessment-addressing-gap-challenge-and-identifying-suspected-biofilm- clinical-practice>. Acesso em: 22 abr. 2021.

EBERLEIN, T.; ASSADIAN, O. Clinical use of polihexanide on acute and chronic wounds for antisepsisand decontamination. **Skin Pharmacology and Physiology**, v. 23, Suppl, p. 45-51, 2010. doi: 10.1159/000318267. Epub2010 Sep 8. Disponível

em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20829662/>. Acesso em: 20 dez. 2020

ESKES, A.M. Is the red-yellow-black scheme suitable to classify donor site wounds? An inter - observer analysis**. Burns** [Online], v. 37, n. 5, p. 823-827, 2011 Aug.. Disponível em: <http://www.burnsjournal.com/article/S03054179(11)00010-6/pdf>. Acesso em: 1 jul. 2020.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida. (edição em português brasileiro). Emily Haesler (Ed.). **EPUAP/NPIAP/PPPIA,** 2019. Disponívelem: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-portuguese.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

FAVERO, L.; WALL, M. L.; LACERDA, M. R. Diferenças conceituais em termos utilizados na produçãocientífica da enfermagem brasileira. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 534–542, 2013.

FERREIRA, A.M. et al. Utilização dos ácidos graxos no tratamento de feridas: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 752- 760, jun. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300030>. Acesso em: 20 dez. 2020.

FILHO, D.L.V.; KASSUGA, L.E.B.P. Anatomia e fisiologia da pele. *In:* BLANCK M, GIANNINI T. **Úlcerase feridas: as feridas têm alma**. Rio de Janeiro: Di livros Editora Ltda, 2014.

GARBUIO, D.C. et al. Instrumentos para avaliação da cicatrização de lesões de pele: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet],v.20, a40, p. 20, 2018. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1118826/v20a40.pdf. Acesso em: 20 de junho de 2020.

GARCIA, T. R. Systematization of nursing care: substantive aspect of the professional practice. **Escola Anna Nery — Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5-10, jan./mar. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000100005&script=sci_arttext&tlng=en. Acessoem: 2 jul. 2020.

GEOVANINI, T.; OLIVEIRA JUNIOR, A. G.; PALERMO, T. C. S. **Manual de curativos.** 2. ed. São Paulo: Corpus, 2010. 160 p.

GETHIN, G.; COWMAN, S.; KOLBACH, D.N. Debridement for venous leg ulcers. **Cochrane DatabaseSystem Review**, v. 2015, n. 9, Sept. 14 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26368002/>. Acesso em: 20 dez. 2020.

GHOTASLOU, R.; MEMAR, M.Y.; ALIZADEH, N. Classification, microbiology and

treatment of diabeticfoot infections. **Journal of Wound Care**, v. 27, n. 7, p. 434–441, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30016139>. Acesso em: 25 jun. 2020.

GOMES, C. et al. Hypergranulation: Best Practices in Nursing Systematic Review of the Literature. **Journal of Aging and Innovation,** v. 2, Edição 2, 2013. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/pt/volume2-edicao2-abril2013/hipergranulacao/>. Acesso em: 21 abr. 2021.

GOMES, E.; DONOSO, M. T. V. Understanding the meanings of living with chronic wound. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde** [Online], v. 7, n. 2, p. 176-188, ago. /set. 2018. Disponível em: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2396/pdf_1. Acesso em: 20 jul. 2020.

GOMES, R. C.; CANINEU, P. R. Criação e uso de banco de dados fotográfico para acompanhamento de pacientes com lesões dermatológicas crônicas decorrentes da hanseníase. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 18, n. 4, p. 199-203, 2016 . Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/24319>. Acesso em: 30 jun. 2020.

GONZÁLES, C. V.; YAMADA, B.F.A. Anatomia funcional. In: Yamada BF. **A pele**: o manto protetor – higiene e hidratação. São Paulo: Editora Andreo - li, 2015.

GUIMARÃES, M. R.; SANTO, E.E. Análise das contribuições da auditoria em enfermagem. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 51-58, ago./dez. 2014. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1396/pdf_188. Acesso em: 10 jun. 2020.

GUPTA, S. et al. Clinical recommendations and practical guide for negative pressure wound therapy with instillation. **International Wound Journal**, v. 13, n. 2, p. 159-174, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26011379/>. Acesso em: 10 nov. 2019.

HERDMAN, H; KAMITSURU, S; LOPES, C. T. **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitionsand Classification, 2021-2023**. 12th Edition. Editora Thieme, 2021.

HERMIDA, P.M.V.; ARAUJO, I.E.M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsísios para implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 59, n. 5, p. 675-679, out. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000500015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

HORTA, W. A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Revista da**

**Escola de Enfermagem da USP**, v. 5, n. 1, p. 7-15,1974. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v8n1/0080-6234-reeusp-8-1-007.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem** — com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos. Reimpr.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

INTERNATIONAL WOUND INFECTION INSTITUTE (IWII). Wound infection in clinical practice. **Wounds International**, 2016. Disponível em: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/iwii-wound- infection-clinical-practice>. Acesso em: 20 mar. 2020.

IRION, G.L. **Feridas – novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. 2. ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ISAAC, C. et al. Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica. **Revista de Medicina,** São Paulo, v. 89, n. 3/4, p. 125-131, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46294/49950>.Acesso em: 10 out. 2020.

JOHNSON, S. Overcoming the problem overgranulation in wound care. **British Journal of Community Nursing**, v. 14, n. Sup.3, 27 sept. 2013.. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2009.14.Sup3.85158>. Acesso em: 5 jan. 2021.

JULIANI, C.M.C.M.; SILVA, M.C.; BUENO, G.H. Avanços da informática em enfermagem no Brasil: revisão integrativa. **Journal of Health Informatics,** v. 6, n. 4, p. 161-165, 2014. Disponível em: http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs- jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/322/218. Acesso em: 24 jun. 2020.

JULL, A.B. et al. Honey as a topical treatment for wounds. **Cochrane Database System Review**, Mar. 6 2015, n. 3, CD005083. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25742878>.Acesso em: 10 mar. 2020.

JUNQUEIRA, L. C. U. ; CARNEIRO, J. **Histologia Básica.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 524 p.

KEAST, D. et al., (2020). Managing the gap to promote healing in chronic wounds – an international consensus. **Wounds International**, v. 11, n. 3, p. 58–63. Disponível em: https://www.woundsinternational.com/journals/issue/624/article-details/managing-gap-promote- healing-chronic-wounds-international-consensus. Acesso em: 22 abr. 2021.

KEAST, D.H. et al. MEASURE: A proposed assessment framework for developing best practice recommendations for wound assessment. **Wound Repair and Regenaration**, v. 12, n. 3 Suppl., S1-17, May/June 2004. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15230830>. Acesso em: 15 jun. 2020.

KHOO, R.; JANSEN, S. The Envolving Field of Wound Measurement Techniques: A Literature Review. **Wounds International Journal**, v. 28, n. 6, p. 175-181, jun. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27377609/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

KIM, P. J. et al. Terapia de pressão negativa para feridas com instilação: atualização das diretrizes de consenso internacional. **International Wound Journal,** v. 17, n. 1, p. 174-186, fev. 2020. . DOI:10.1111 / iwj.13254. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/31667978>. Acesso em: 20 dez. 2020.

LAWRENCE, W. T.; DIEGELMANN; R. F. Growth factors in wound healing. **Clinics in Dermatology**, v. 12, n. 1, p. 157-169, 1994.

LEMOS, D.M.P, et al. Comunicação efetiva para o cuidado seguro ao paciente com implante de dispositivo de assistência ventricular. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** [Internet], v. 40, n. Especial, 2019; Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180344. Acesso em: 13 nov. 2021.

LI, J.; CHEN, J.; KIRSNER, R. Pathophysiology of acute wound healing. **Clinics in Dermatology,** v. 25, n. 1, p. 9-18, Jan./ Feb. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17276196/>. Acesso dia: 5 mar. 2021.

LIMA, J.J.; VIEIRA, L.G.D. et al. Processo de enfermagem informatizado: construção de tecnologia móvel para uso em neonatos. **Revista Brasileira de Enfermagem.** [online], v. 71, n. Suppl. 3, p. 1273-1280, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S00347167201800090127 3&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 2 fev. 2020.

LORENZETTI, J.; TRINDADE, L.L.; PIRES, D.E.P. et.al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & Contexto Enfermagem,** v. 21, n. 2, p. 432-439, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200023&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 jun. 2020.

MACHADO, G.R. et al. Desenvolvimento de um software para a assistência de enfermagem intraoperatória. **Revista. Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 72, n. 3, p. 680-686, jun. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000300680&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 2 fev. 2020.

MARIN, H. F.; CUNHA, I. C. K. O. Perspectivas atuais em Informática em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 59, n. 3, p. 354-357, maio/ jun. 2006. Disponível em: file:///D:/User%20Data/Camila/Downloads/Perspectivas_atuais_da_Informatica_em_Enfermagem.pdf. Acesso em: 1 jun. 2020.

MARTINS, M. C. T.; CHIANCA, T. C. M. Construção de um software com o processo de enfermagem em terapia intensiva. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 83 8, n. 4, p. 119-125, out./dez. 2016. Disponível em: http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojsjhi/index.php/jhi-sbis/article/view/420/274. Acesso em: 5 out. 2020.

MARTINS, M. C. T.; CHIANCA, T. C. M. Construção de um software com o processo de enfermagem em terapia intensiva. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 83 8, n. 4, p. 119-125, out./dez. 2016. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojsjhi/index.php/jhi-sbis/article/view/420/274>. Acesso em: 5 out. 2020.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, p. 174–181, 2012. Disponível: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000300023&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso dia: 25 mar. 2021.

MELO, Adriana Feliciana. **Elaboração e validação de um instrumento de registro de feridas crônicas.** 2015. 158 f. Dissertação (Mestrado em atenção à saúde) - Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2015. Disponível em: <http://bdtd.uftm.edu.br/handle/tede/212>. Acesso em: 20 dez. 2020.

MENDES, D.I.A; FERRITO, C.R.A.C; GONÇALVES, M.I.R. Nursing Interventions in the Enhanced Recovery After Surgery®: Scoping Review. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet], v. 71, n. Suppl. 6, p. 2824-2832, 2018. Acesso em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2824.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

MENOITA, E.; SEARA, A.; SANTOS, V. (2014) Plano de Tratamento dirigido aos Sinais Clínicos da Infeção da Ferida. **Journal of Aging & Inovation**, v. 3, n. 2, p. 62–73. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-infeccao-feridas-update.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o diaa dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In:* MERHY, E.E.; ONOKO, R. (eds.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-150.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.;ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71- 112.

MOHANA, J. **O mundo e eu.** 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1964.

MOORHEAD, S. et al. **Nursing outcomes classification (NOC)**. 6th ed. Saint Louis:

Elsevier, 2020.

MOORHEAD, S.; DELANEY, C. Mapping nursing intervention data into the Nursing Interventions Classification (NIC): process and rules. **Nursing Diagnosis — The American Journal of Nursing**, v. 8, n. 4, p. 137-144, Oct./ Dec. 1997.. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9624991/>. Acesso em: 20 out. 2020.

MORAIS, S.C.R.V.; NOBREGA, M.M.L.; CARVALHO, E.C. Mapeamento cruzado de resultados e intervenções de enfermagem: contribuição para a prática. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 71, n. 4, p. 1883-1890, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000401883&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 out. 2020.

MOUËS, C. M. et al. Five millennia of wound care products--what is new? A literature review. **Ostomy Wound Manage**, v. 55, n. 3, p. 16-18, 20, 22 passim, 2009 Mar. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19359707/>. Acesso em: 28 abr. 2021.

MURPHY, C. et al. International consensus document. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: Wound hygiene. **Journal of Wound Care,** v. 29, n. 3, Mar. 2020. Disponívelem: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/jowc.2020.29.Sup3b.S1>. Acesso em: 20 jul. 2020.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). Pressure Ulcer Stages Revised. Washington, 2016;Disponível em: <http://www.npuap.org/about-us/>. Acesso em: 20 dez. 2020.

NIETSCHE, E. A. et al. Education, care and management technologies: a reflection based on nursing teachers' conception. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 13, n. 3, p. 344-353,. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2091/0>. Acesso em: 10 jul. 2020.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para aPrática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 58, n. 5, p. 227-230, mar./ abr. 2005. Disponívelem: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S00347167200500020020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 jul. 2020.

NÓBREGA, R. V.; NÓBREGA, M. M. L; SILVA, K. L. Nursing diagnoses, outcomes and interventions for children in a Pediatric Clinic of a school hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 501-510, 2011June. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167201100030014

>. Acesso em: 19 jun. 2020.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION- INTERNATIONAL — NANDA International, Inc. Diagnósticos de enfermagem: Definições e classificação. Rio de Janeiro. 2021-2023. 12. ed. Editado por T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru e Camila Takáo Lopes.

OLATUBI, M. I. et al. Knowledge, Perception, and Utilization of Standardized Nursing Language (SNL)(NNN)among Nurses in Three Selected Hospitals inOndo State, Nigeria**. International Journal of Nursing Knowledge,** v. 30, n. 1, jan. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29323799/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

OLIVEIRA, A. C. et al. Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. **Acta Paulista de Enfermagem,** SãoPaulo, v. 32, n. 2, p. 194-201, mar. 2019. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103 21002019000200194&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2020.

OLIVEIRA, M. R. de et al. Nursing care systematization: perceptions and knowledge of the Brazilian nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 72, n. 6, pp. 1547-1553, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/ZWvwqvt3P7WGJ7yry9pVpxp/abstract/?lang=en. Acesso em: 10 set. 2021.

ORGILL, D.; OEMLINO, R. H. Current concepts and approaches to wound healing. **Critical Care Medicine**, v. 16, n. 9, p. 899-908, 1988. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2456894/. Acesso em: 30 nov. 2019.

OUSEY, K.; COOK, L. Compreender a importância da avaliação da ferida holística. **Journal for Nurse Practitioners**, v. 22, n. 6, p. 308-314, 2011.

PEREIRA, A. C. A. et al. Cicatrização: uso de matriz de colágeno. Revista Brasileira de Oftalmologia, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 274-277, ago. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034- 72802019000400274&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2020.

PETERS, M.D.J, et al. Guidance for conducting systematic scoping reviews**. International Journal of Evidence-Based Healthcare,** v. 13, n. 3, p. 141-146, 2015. Disponível em: https://nursing.lsuhsc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf. Acesso em: 20 fev. 2021.

PIMENTA, C. A. DE M., et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. **Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo — COREN-SP**, São Paulo, 2015. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020.

PISSAIA, L. F.; QUARTIERI, M.T. Problematizing methodology as an evaluation process in a professional course in the health área. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 279-295, jul./ dez. 2017. Disponível em: https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/30285. Acesso em: 5 jun. 2020.

PIZZOL, F.L.F.D. et al. Relationship between elderly stroke patient caregivers scale and nursingdiagnoses. **Revista Brasileirade Enfermagem**, Brasília, v. 72, supl. 2, p. 251-258, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672019000800251&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 out. 2020.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Avaliação de evidências para prática de enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2018.

PRESTI, C. et al. **Projeto Diretrizes**: Doença arterial periférica obstrutiva de membros inferiores. Diagnóstico e tratamento. **Sociedade Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular**, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://sbacvsp.com.br/wp-content/uploads/2016/05/daopmmii.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2021.

QUEIROZ, P.E.S. et al. Importance of technology in the nursing process for the treatment of chronic wounds. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 2, p. 158-166, out. 2017. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/f933/8777beee1975ca89ee1b62e459d9a01bd160.pdf. Acesso em: 24 nov. 2021.

VIEIRA, C.E.N.K et al. Validação de instrumento para o screening de adolescentes com excesso de peso na escola. Enfermagem global, Murcia, v. 15, n. 43, p. 321-331, jul. 2016. Disponível em:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695614120160003000133&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2021.

# ANEXO A - ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO - HUCAM/UFES

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DAS PESSOAS AFETADAS COM LESÕES DO SISTEMA TEGUMENTAR DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
**Pesquisador:** Camila Binsi Scopel
**Área Temática:**
**Versão:** 1
**CAAE:** 24312819.2.0000.5071
**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.736.177

**Apresentação do Projeto:**
Após a autorização da pesquisa pelo comitê de ética e pela instituição hospitalar, a pesquisadora procederá a coleta de dados por meio de pesquisa
na base de dados do sistema eletrônico hospitalar, denominado, Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários. Inicialmente, será verificado o
número de pacientes internados durante o período delimitado pela pesquisa. Após, serão analisados os prontuários eletrônicos, selecionando
aqueles que apresentarem descrição de lesão tegumentar. Os dados serão catalogados em formulário confeccionado pelas pesquisadoras, com
informações de dados sócio-demográficos e clínicos. Após, na segunda etapa da pesquisa, com dados sobre a lesão tegumentar mais
predominante, será desenvolvido tecnologia assistencial de enfermagem, do tipo protocolo. A tecnologia assistencial terá aplicabilidade no
acompanhamento de pacientes com lesões tegumentares desde sua admissão até a alta hospitalar, contribuindo com a produção de relatórios de
custos e orientações para alta hospitalar.

**Endereço:** Avenida Marechal Campos, 1355
**Bairro:** Santos Dumont **CEP:** 29.043-900
**UF:** ES **Município:** VITORIA
**Telefone:** (27)3335-7326 **E-mail:** cep@hucam.edu.br

# APÊNDICE A – FORMULÁRIO GOOGLE

Carta convite para validação de conteúdo: Roteiro de avaliação do paciente com ferida

Prezado(a) juiz(a)

Eu, Camila Binsi Scopel, enfermeira, discente do Mestrado de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), orientada pela Prof. Dra. Walckiria Garcia Romero Sipolatti, e Prof. Dra. Fabiana Xavier Gonring estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: "TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM FERIDA".

Trata-se de uma dissertação do Mestrado Profissional em Enfermagem que tem como objetivo desenvolver e validar tecnologia assistencial a paciente com ferida.

Venho por meio deste, convidá-lo para participar da segunda rodada de validação do roteiro de avaliação do paciente com ferida. Este convite está destinado aos juízes que responderam o formulário na primeira rodada de validação.

As considerações fornecidas pelo grupo de juízes na primeira rodada foram analisadas, e com base nisso, foram feitas as modificações do roteiro. Nessa segunda rodada de validação do conteúdo, solicito novamente sua colaboração para que leia o Termo de Consentimento Live e Esclarecido e marque o campo obrigatório que vem em seguida ao documento, para expressar que está ciente das informações repassadas e também a sua decisão em participar da pesquisa; responda o questionário para a caracterização dos juízes; e avalie cada seção para validação do conteúdo, com base no critério pertinência prática: 1- nenhuma pertinência, - pouca pertinência; 3- muita pertinência, no segundo ponto a abrangência teórica - prática: 1- nenhuma abrangência, 2- pouca abrangência; 3- muita abrangência e no terceiro ponto a clareza de linguagem: 1- nenhuma clareza, 2- pouca clareza; 3- muita clareza; Consta, ainda, de espaços destinados para comentários e sugestões de modificação e/ou exclusão.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade em compartilhar sua experiência e conhecimento para a emissão de sua opinião sobre o material. Solicitamos que a apreciação seja feira no prazo máximo de 10 dias, para atendimento aos prazos de execução da pesquisa. Estamos a disposição para maiores esclarecimentos

Enf. Camila Binsi Scopel – (27) 981828477
Mestranda do PPGENF - UFES
E-mail: enf.camilascopel@gmail.com

Profa. Dra. Walckiria Garcia Romero Sipolatti
E-mail: walckiriagr@uol.com.br

Profa. Dra. Fabiana Xavier Gonring
E-mail: gonring@hotmail.com

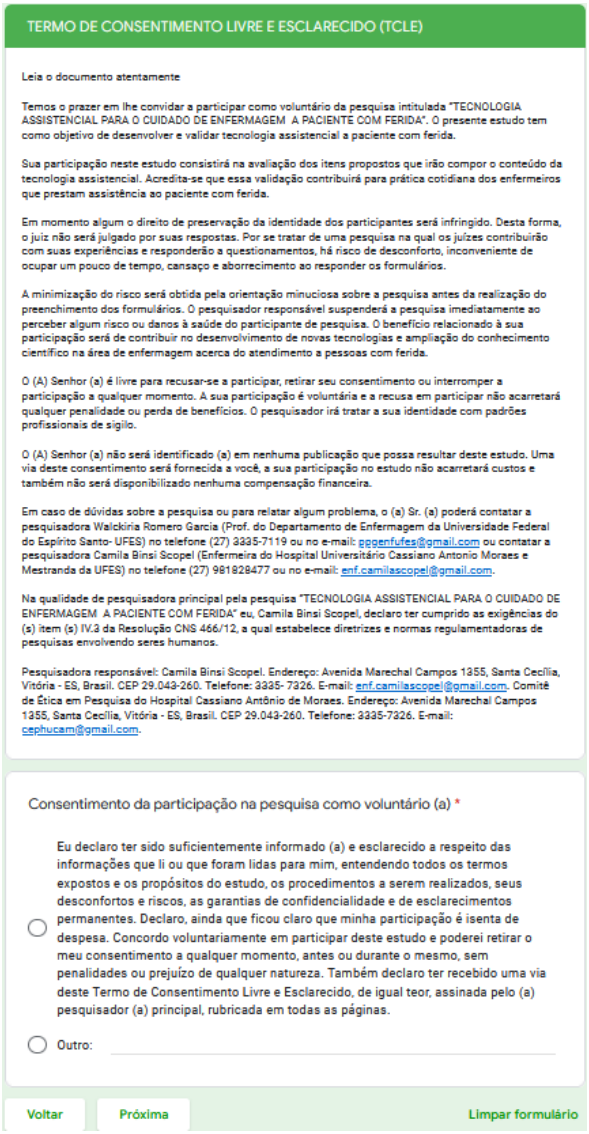
enf.camilascopel@gmail.com Alternar conta

*Obrigatório

E-mail *

Seu e-mail

Próxima Limpar formulário



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Leia o documento atentamente

Temos o prazer em lhe convidar a participar como voluntário da pesquisa intitulada "TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM FERIDA". O presente estudo tem como objetivo de desenvolver e validar tecnologia assistencial a paciente com ferida.

Sua participação neste estudo consistirá na avaliação dos itens propostos que irão compor o conteúdo da tecnologia assistencial. Acredita-se que essa validação contribuirá para prática cotidiana dos enfermeiros que prestam assistência ao paciente com ferida.

Em momento algum o direito de preservação da identidade dos participantes será infringido. Desta forma, o juiz não será julgado por suas respostas. Por se tratar de uma pesquisa na qual os juízes contribuirão com suas experiências e responderão a questionamentos, há risco de desconforto, inconveniente de ocupar um pouco de tempo, cansaço e aborrecimento ao responder os formulários.

A minimização do risco será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização do preenchimento dos formulários. O pesquisador responsável suspenderá a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do participante de pesquisa. O benefício relacionado à sua participação será de contribuir no desenvolvimento de novas tecnologias e ampliação do conhecimento científico na área de enfermagem acerca do atendimento a pessoas com ferida.

O (A) Senhor (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

O (A) Senhor (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento será fornecida a você, a sua participação no estudo não acarretará custos e também não será disponibilizado nenhuma compensação financeira.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o (a) Sr. (a) poderá contatar a pesquisadora Walckiria Romero Garcia (Prof. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo- UFES) no telefone (27) 3335-7119 ou no e-mail: ppgenfufes@gmail.com ou contatar a pesquisadora Camila Binsi Scopel (Enfermeira do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes e Mestranda da UFES) no telefone (27) 981828477 ou no e-mail: enf.camilascopel@gmail.com.

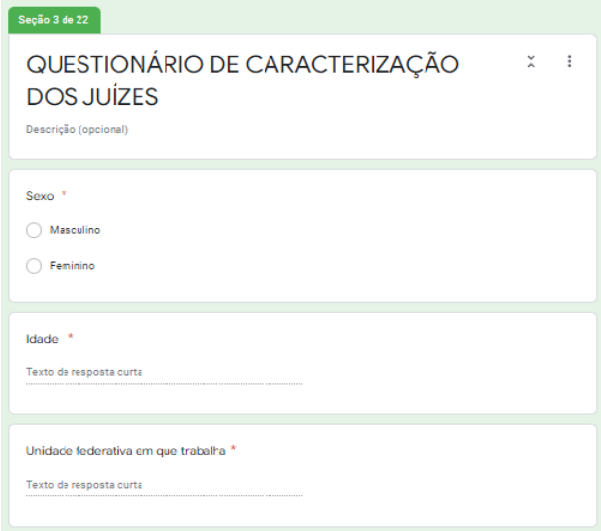
Na qualidade de pesquisadora principal pela pesquisa "TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM FERIDA" eu, Camila Binsi Scopel, declaro ter cumprido as exigências do (s) item (s) IV.3 da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisadora responsável: Camila Binsi Scopel. Endereço: Avenida Marechal Campos 1355, Santa Cecília, Vitória - ES, Brasil. CEP 29.043-260. Telefone: 3335- 7326. E-mail: enf.camilascopel@gmail.com. Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Cassiano Antônio de Moraes. Endereço: Avenida Marechal Campos 1355, Santa Cecília, Vitória - ES, Brasil. CEP 29.043-260. Telefone: 3335-7326. E-mail: cephucam@gmail.com.

Consentimento da participação na pesquisa como voluntário (a) *

- Eu declaro ter sido suficientemente informado (a) e esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, entendendo todos os termos expostos e os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Declaro, ainda que ficou claro que minha participação é isenta de despesa. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo de qualquer natureza. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo (a) pesquisador (a) principal, rubricada em todas as páginas.
- Outro:

Voltar Próxima Limpar formulário


Seção 3 de 22

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

Descrição (opcional)

Sexo *

Masculino

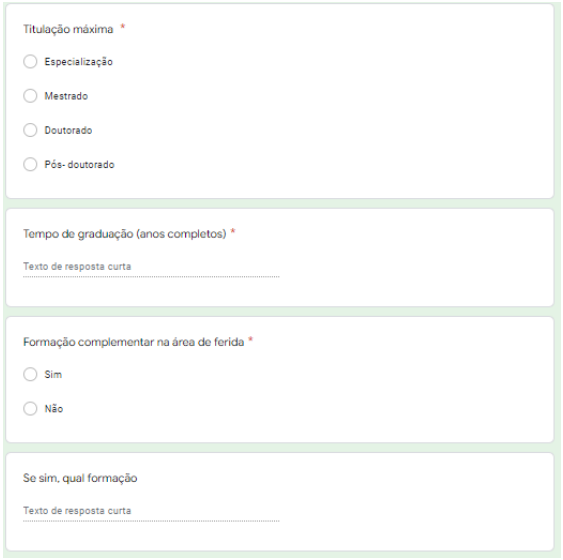
Feminino

Idade *

Texto de resposta curta

Unidade federativa em que trabalha *

Texto de resposta curta


Titulação máxima *

Especialização

Mestrado

Doutorado

Pós- doutorado

Tempo de graduação (anos completos) *

Texto de resposta curta

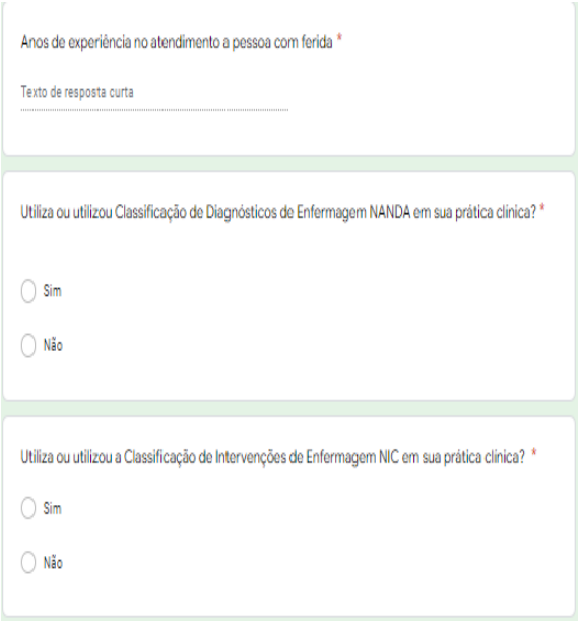
Formação complementar na área de ferida *

Sim

Não

Se sim, qual formação

Texto de resposta curta


Anos de experiência no atendimento a pessoa com ferida *

Texto de resposta curta

Utiliza ou utilizou Classificação de Diagnósticos de Enfermagem NANDA em sua prática clínica? *

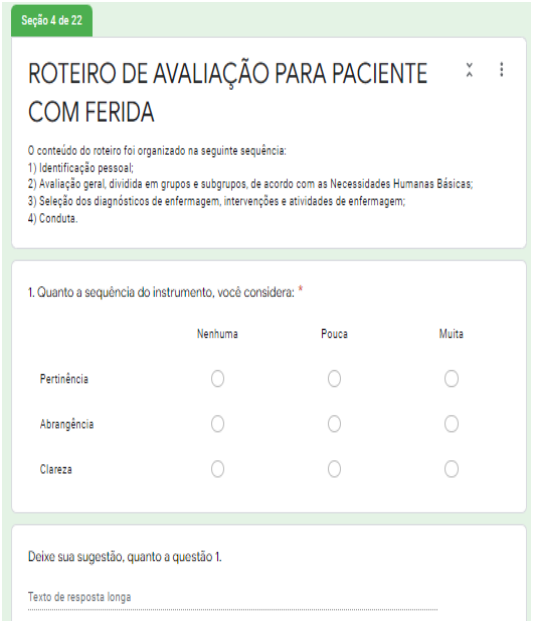
Sim

Não

Utiliza ou utilizou a Classificação de Intervenções de Enfermagem NIC em sua prática clínica? *

Sim

Não


Seção 4 de 22

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO PARA PACIENTE COM FERIDA

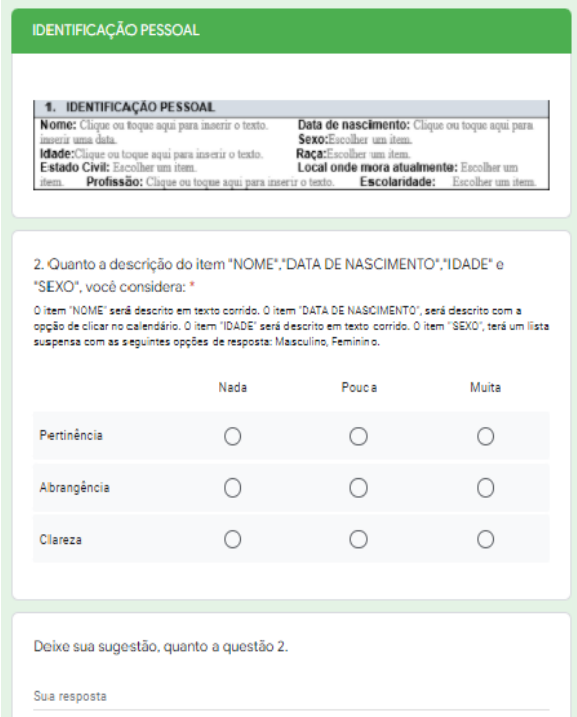
O conteúdo do roteiro foi organizado na seguinte sequência:
1) Identificação pessoal;
2) Avaliação geral, dividida em grupos e subgrupos, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas;
3) Seleção dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e atividades de enfermagem;
4) Conduta.

1. Quanto a sequência do instrumento, você considera: *

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | | | |
| Abrangência | | | |
| Clareza | | | |

Deixe sua sugestão, quanto a questão 1.

Texto de resposta longa



IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

**1. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL**

**Nome:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Data de nascimento:** Clique ou toque aqui para inserir uma data.
**Idade:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Sexo:** Escolher um item.
**Estado Civil:** Escolher um item. **Raça:** Escolher um item.
**Profissão:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Local onde mora atualmente:** Escolher um item.
**Escolaridade:** Escolher um item.

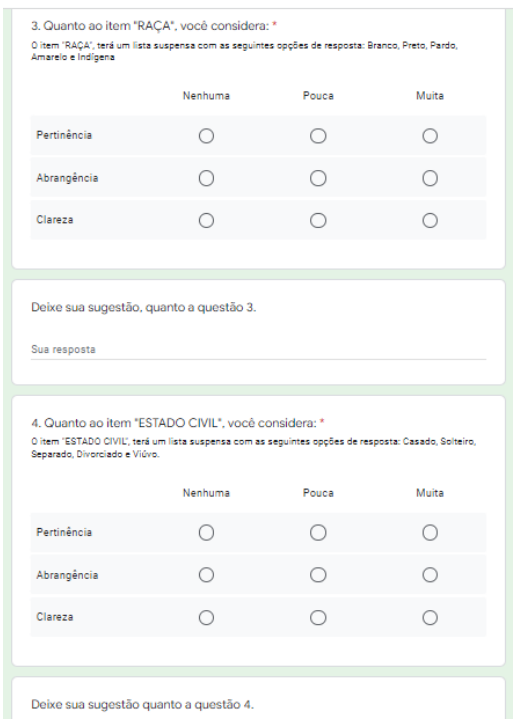
2. Quanto a descrição do item "NOME","DATA DE NASCIMENTO","IDADE" e "SEXO", você considera: *

O item "NOME" será descrito em texto corrido. O item "DATA DE NASCIMENTO", será descrito com a opção de clicar no calendário. O item "IDADE" será descrito em texto corrido. O item "SEXO", terá um lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Masculino, Feminino.

| | Nada | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão, quanto a questão 2.

Sua resposta



3. Quanto ao item "RAÇA", você considera: *

O item "RAÇA", terá um lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Branco, Preto, Pardo, Amarelo e Indígena

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão, quanto a questão 3.

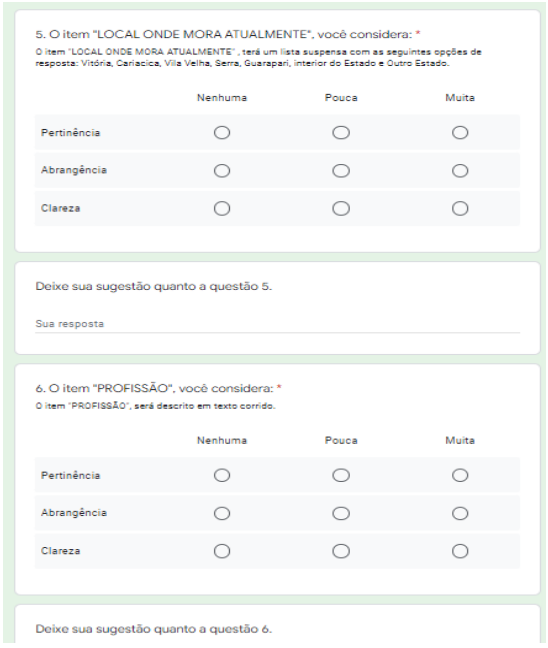
Sua resposta

4. Quanto ao item "ESTADO CIVIL", você considera: *

O item "ESTADO CIVIL", terá um lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Casado, Solteiro, Separado, Divorciado e Viúvo.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 4.



5. O item "LOCAL ONDE MORA ATUALMENTE", você considera: *

O item "LOCAL ONDE MORA ATUALMENTE", terá um lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Vitória, Cariacica, Vila Velha, Serra, Guarapari, Interior do Estado e Outro Estado.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 5.

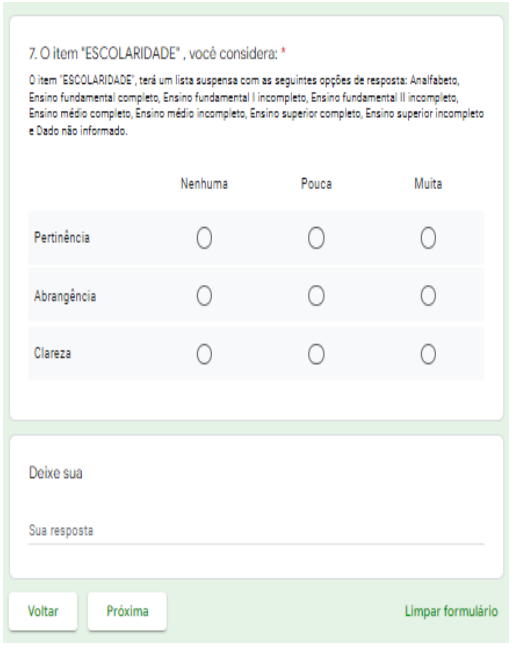
Sua resposta

6. O item "PROFISSÃO", você considera: *

O item "PROFISSÃO", será descrito em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 6.



7. O item "ESCOLARIDADE" , você considera: *

O item "ESCOLARIDADE", terá um lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Analfabeto, Ensino fundamental completo, Ensino fundamental I incompleto, Ensino fundamental II incompleto, Ensino médio completo, Ensino médio incompleto, Ensino superior completo, Ensino superior incompleto e Dado não informado.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua

Sua resposta

Voltar Próxima Limpar formulário

## AVALIAÇÃO GERAL

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

**Causa da Internação:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.
**Doenças de Base:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Alergias:** Escolher um item.
**Qual:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Medicamento em uso contínuo:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.

8. Quanto ao item "CAUSA DE INTERNAÇÃO" e "DOENÇA DE BASE", você considera: *

O item "CAUSA DE INTERNAÇÃO", será descrito em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 8.

Sua resposta

9. Quanto ao item "ALERGIAS", você considera: *

O item "ALERGIAS", terá um lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Sim e Não

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 9.

Sua resposta

10. Quanto ao item "MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO", você considera: *

O item "MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO", será descrito em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 10.

## AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

**2.1 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

**2.1.1 MORADIA/HÁBITOS DE VIDA/INTERAÇÃO SOCIAL/AUTO-ESTIMA/ COMUNICAÇÃO/ATENÇÃO/ SEGURANÇA EMOCIONAL/APRENDIZAGEM**

**Residência:** Escolher um item. **Quantas pessoas moram com você?** Escolher um item.
**Água tratada:** Escolher um item. **Dependência:** Escolher um item.
**Prática de exercício físico:** Escolher um item. **Se relaciona com a família, amigos?** Escolher um item. **Atividades de lazer:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.
**Comunicação:** Escolher um item. **Expressão e sentimentos:** Escolher um item.

11. Quanto ao item "RESIDÊNCIA" e "QUANTAS PESSOAS MORAM COM VOCÊ", você considera: *

- O item "RESIDÊNCIA", terá um lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Casa de madeira, Casa de alvenaria, Apartamento e Instituição. - O item "QUANTAS PESSOAS MORAM COM VOCÊ" , terá um lista suspensa com as seguintes opções de resposta: 1, 1 a 3, acima de 3 e sozinho.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 11.

Sua resposta

12. Quanto ao item "ÁGUA TRATADA" você considera? *

O item "ÁGUA TRATADA", terá um lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Sim e Não

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 12.

Sua resposta

13. Quanto ao item "DEPENDÊNCIA" você considera? *

O item "DEPENDÊNCIA" terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Tabagista, Alcoolista, Ex-alcoolista + tabagista, Ex-tabagista + alcoolista, Ex-tabagista + ex- alcoolista, Outros vícios e Dado não informado.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 13.

14. Quanto ao item "PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO" você considera? *

O item PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Sim e Não

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto ao item 14.

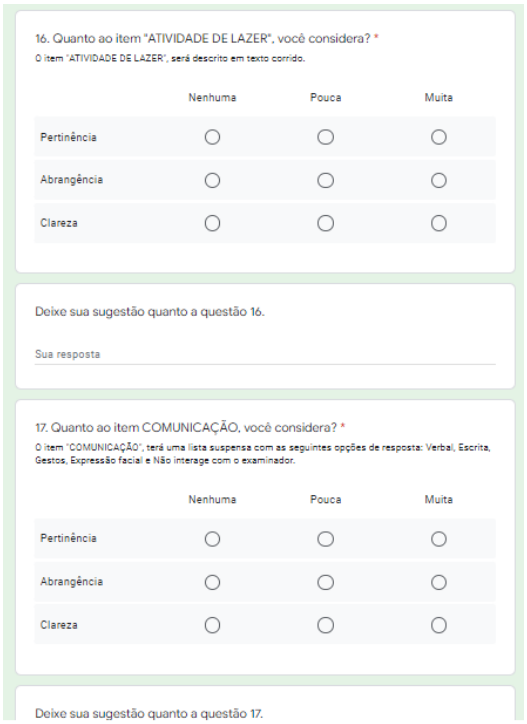
Sua resposta

15. Quanto ao item "SE RELACIONA COM AMIGOS E FAMÍLIA", você considera? *

O item SE RELACIONA COM AMIGOS E FAMÍLIA, terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Sim e Não

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 15.



16. Quanto ao item "ATIVIDADE DE LAZER", você considera? *

O item "ATIVIDADE DE LAZER", será descrito em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 16.

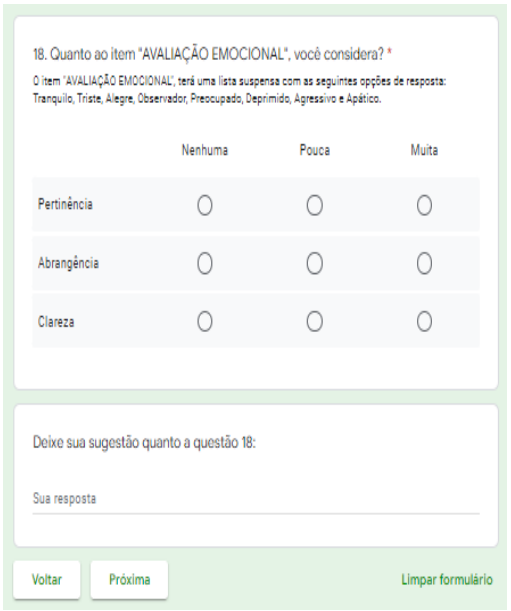
Sua resposta

17. Quanto ao item COMUNICAÇÃO, você considera? *

O item "COMUNICAÇÃO", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Verbal, Escrita, Gestos, Expressão facial e Não interage com o examinador.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 17.



18. Quanto ao item "AVALIAÇÃO EMOCIONAL", você considera? *

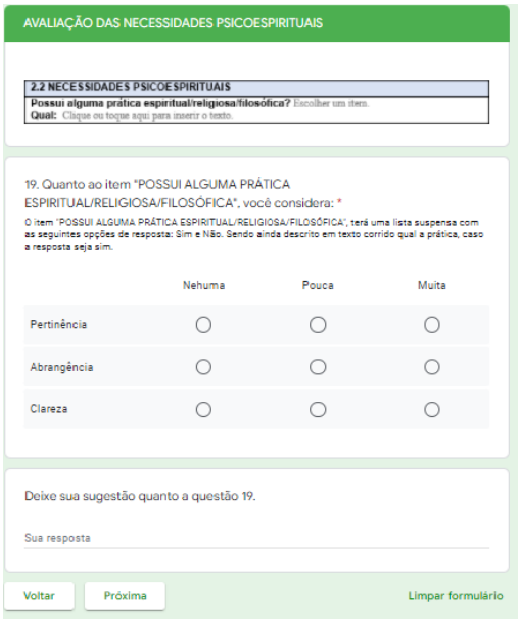
O item "AVALIAÇÃO EMOCIONAL", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Tranquilo, Triste, Alegre, Observador, Preocupado, Deprimido, Agressivo e Apático.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 18:

Sua resposta

Voltar Próxima Limpar formulário



AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

| 2.2 NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS |
|---|
| **Possui alguma prática espiritual/religiosa/filosófica?** Escolher um item. |
| **Qual:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

19. Quanto ao item "POSSUI ALGUMA PRÁTICA ESPIRITUAL/RELIGIOSA/FILOSÓFICA", você considera: *

O item "POSSUI ALGUMA PRÁTICA ESPIRITUAL/RELIGIOSA/FILOSÓFICA", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Sim e Não. Sendo ainda descrito em texto corrido qual a prática, caso a resposta seja sim.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 19.

Sua resposta

Voltar Próxima Limpar formulário

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

**2.3.1 REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**
**Orientação:** Escolher um item.

20. Quanto ao item "ORIENTAÇÃO", você considera: *

O item "ORIENTAÇÃO", terá uma lista suspensa, com as seguintes opções de resposta: Orientado, Desorientado, Confuso e Agitado.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 20.

Sua resposta

Voltar Próxima Limpar formulário

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

**3.2.2 OXIGENAÇÃO, VASCULAR, REGULAÇÃO TÉRMICA, E PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS E SENTIDOS**
**Frequência respiratória:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Frequência cardíaca:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Pressão arterial:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Oximetria:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Temperatura axilar:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Enchimento capilar:** Escolher um item. **Sensibilidade à Dor:** Escolher um item. **Sensibilidade nos pés:** Escolher um item. **Intensidade da dor:** Escolher um item. **Localização da dor:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Possui capacidade auditiva:** Escolher um item. **Possui capacidade visual:** Escolher um item.

21. Quanto a "FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA", "FREQUÊNCIA CARDÍACA", "PRESSÃO ARTERIAL", "TEMPERATURA AXILAR" e "OXIMETRIA", você considera: *

Os itens "FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA", "FREQUÊNCIA CARDÍACA", "PRESSÃO ARTERIAL", "TEMPERATURA AXILAR" e "OXIMETRIA", serão descrito em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 21.

Sua resposta

22. Quanto aos itens "SENSIBILIDADE À DOR", "SENSIBILIDADE NOS PÉS", "INTENSIDADE DA DOR" e "LOCALIZAÇÃO DA DOR", você considera: *

O item "SENSIBILIDADE À DOR", terá lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Sim e Não. O item "SENSIBILIDADE DOS PÉS", terá lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Sim e Não. O item "INTENSIDADE DA DOR", terá lista suspensa com as seguintes opções de resposta: 0 ausência de dor; 1 - 4 dor leve; 5 - 7 dor moderada e 8 - 10 dor intensa. O item "LOCALIZAÇÃO DA DOR", será descrito em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 22.

Sua resposta

23. Quanto os itens "POSSUI CAPACIDADE VISUAL" e "AUDITIVA", você considera: *

Os itens "POSSUI CAPACIDADE VISUAL" e "AUDITIVA", terão listas suspensas com as seguintes opções de resposta: Sim e Não.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 23.

Sua resposta

Voltar Próxima Limpar formulário

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

**3.2.3 VASCULAR PERIFÉRICO**

**Pulsos (Radial, Pedial, Maleolar, Popliteo):** Escolher um item.
**Se ausente ou diminuído, qual?** Clique ou toque aqui para inserir o texto.
**Índice de tornozelo-braquial:** Escolher um item. **Alterações venosas:** Escolher um item.
**Sinal de bandeira:** Escolher um item. **Sinal de Homans:** Escolher um item.
**Presença de edema:** Escolher um item. **Localização do edema**: Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Alterações na pele dos membros inferiores:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.

24. Quanto ao item "PULSOS" você considera: *

O item "PULSOS", terá lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Sim, Não e Diminuído.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 24.

Sua resposta

25. Quanto ao item ÍNDICE DE TORNOZELO-BRANQUIAL E ALTERAÇÕES VENOSAS você considera: *

O item "ÍNDICE DE TORNOZELO-BRANQUIAL", terão listas suspensas com as seguintes opções de resposta: ITB anormal menor que 0,9; ITB anormal maior que 1,3; ITB normal = 0,91. O item "ALTERAÇÕES VENOSAS" terão listas suspensas com as seguintes opções de resposta: Ausente, vênulas dilatadas, veias reticulares e varizes.

| | Nenhuma | Pouca | Muito |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 25.

Sua resposta

26. Quanto aos itens "PRESENÇA DE EDEMA" e "LOCALIZAÇÃO DO EDEMA", você considera: *

O item "PRESENÇA DE EDEMA", terá lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Edema (+1\+4); Edema (+2\+4); Edema (+3\+4); Edema (+4\+4); Anasarca e Mixedema. O item "LOCALIZAÇÃO DO EDEMA", será descrito em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 26.

Sua resposta

27. Quanto ao item "ALTERAÇÕES NA PELE DOS MEMBROS INFERIORES", você considera: *

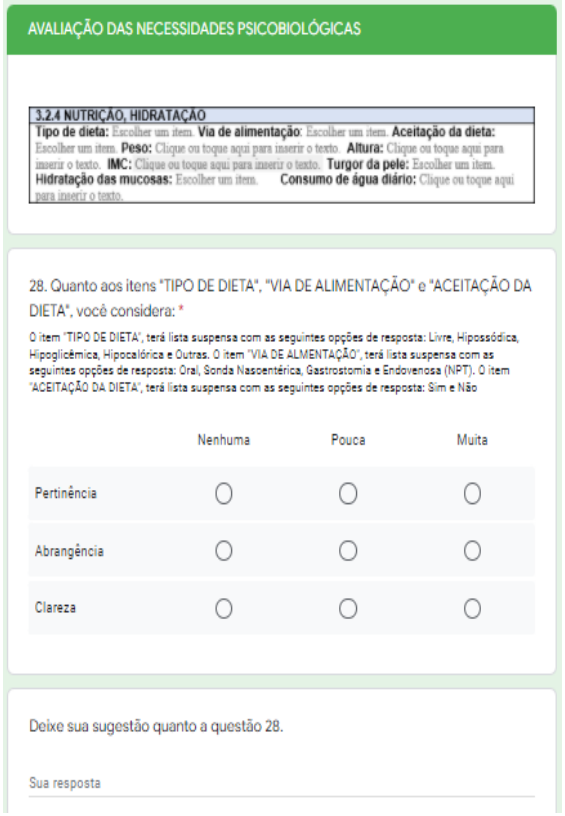
O item "ALTERAÇÕES NA PELE DOS MEMBROS INFERIORES", será descrito em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 27.

Sua resposta

Voltar Próxima Limpar formulário



AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

**3.2.4 NUTRIÇÃO, HIDRATAÇÃO**

**Tipo de dieta:** Escolher um item. **Via de alimentação**: Escolher um item. **Aceitação da dieta:** Escolher um item. **Peso:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Altura:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **IMC:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Turgor da pele:** Escolher um item. **Hidratação das mucosas:** Escolher um item. **Consumo de água diário:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.

28. Quanto aos itens "TIPO DE DIETA", "VIA DE ALIMENTAÇÃO" e "ACEITAÇÃO DA DIETA", você considera: *

O item "TIPO DE DIETA", terá lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Livre, Hipossódica, Hipoglicêmica, Hipocalórica e Outras. O item "VIA DE ALMENTAÇÃO", terá lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Oral, Sonda Nasoentérica, Gastrostomia e Endovenosa (NPT). O item "ACEITAÇÃO DA DIETA", terá lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Sim e Não

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 28.

Sua resposta

29. Quanto aos itens "PESO", "ALTURA" e "IMC", você considera: *

O item "PESO", "ALTURA" e "IMC", serão descritos em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 29.

Sua resposta

30. Quanto aos itens "TUGOR DA PELE" e "HIDRATAÇÃO DAS MUCOSAS", você considera: *

O item "TUGOR DA PELE", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Diminuído e Preservado. O item "HIDRATAÇÃO DAS MUCOSAS", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Hidratadas e desidratadas.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 30

31. Quanto ao item "CONSUMO DE ÁGUA", você considera: *

O item "CONSUMO DE ÁGUA", será descrito em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 21.

Sua resposta

Voltar Próxima Limpar formulário

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

**3.2.5 HABITOS DE SONO, REPOUSO E CONFORTO**

**Sono:** Escolher um item. **Conforto físico:** Escolher um item. **Conforto mental:** Escolher um item. **Conforto espiritual:** Escolher um item.

32. Quanto ao item "SONO", "HORAS|DIA" e "QUAIS AS DIFICULDADES", você considera: *

O item "SONO, terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Satisfeito, insatisfeito. Os itens "HORAS\DIA E QUAIS DIFICULDADES", serão descritos em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixa sua sugestão quanto a questão 32.

Sua resposta

33. Quanto aos itens "CONFORTO FÍSICO", "MENTAL" e "ESPIRITUAL", você considera: *

Os itens 'CONFORTO FÍSICO', 'MENTAL' e 'ESPIRITUAL', terão uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Sim e Não .

| | Nenhuma | Pouca | Muito |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ◯ | ◯ | ◯ |
| Abrangência | ◯ | ◯ | ◯ |
| Clareza | ◯ | ◯ | ◯ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 33.

Sua resposta

Voltar Próxima Limpar formulário

33. Quanto aos itens "CONFORTO FÍSICO", "MENTAL" e "ESPIRITUAL", você considera: *

Os itens 'CONFORTO FÍSICO', 'MENTAL' e 'ESPIRITUAL', terão uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Sim e Não .

| | Nenhuma | Pouca | Muito |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ◯ | ◯ | ◯ |
| Abrangência | ◯ | ◯ | ◯ |
| Clareza | ◯ | ◯ | ◯ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 33.

Sua resposta

Voltar Próxima Limpar formulário

## AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

**2.3.7 ELIMINAÇÃO INTESTINAL**

**Eliminação intestinal:** Escolher um item. **Possui ostomia:** Escolher um item. **Aspecto das fezes:** Escolher um item. **Frequência:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.

35. Quanto ao item "POSSUI OSTOMIA", "ASPECTO DAS FEZES" e "FREQUÊNCIA", você considera: *

- O item "ELIMINAÇÃO URINÁRIA" terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Presente e Ausente. - O item "POSSUI OSTOMIA", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Sim e Não. - O item "ASPECTO DAS FEZES", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Pastosa, Duras e Ressecadas, Amolecidas, Líquidas e Melena . - O item "FREQUÊNCIA", será descrito em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ◯ | ◯ | ◯ |
| Abrangência | ◯ | ◯ | ◯ |
| Clareza | ◯ | ◯ | ◯ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 35.

Sua resposta

## AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

**2.3.8 CUIDADO CORPORAL, SEGURANÇA FÍSICA**

**Dependência de autocuidado:** Escolher um item. **Grau de dependência:** Escolher um item. **Escala de Fugulin:** Escolher um item. **Escala de News:**Escolher um item. **Escala de Braden:** Escolher um item. **Mobilidade física:** Escolher um item. **Escala de Morse:** Escolher um item.

36. Quanto ao item "DEPENDÊNCIA DE AUTOCUIDADO" e "GRAU DE DEPENDÊNCIA", você considera: *

O item "DEPENDÊNCIA DE AUTOCUIDADO", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Sim e Não. O item "GRAU DE DEPENDÊNCIA", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Total e Parcial.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ◯ | ◯ | ◯ |
| Abrangência | ◯ | ◯ | ◯ |
| Clareza | ◯ | ◯ | ◯ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 36.

Sua resposta

37. Quanto aos itens "ESCALA DE MORSE", "ESCALA DE BRADEN", "ESCALA DE NEWS", "ESCALA DE FUGULIN", você considera: *

O item "ESCALA DE MORSE", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Baixo risco, Risco moderado e Alto risco. O item "ESCALA DE BRADEN", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: ≤ 11 risco alto, 12 e 14 risco moderado, 15 e 16 risco leve e > 17 sem risco. O item "ESCALA DE NEWS", terá lista suspensa com as seguintes opções de resposta: 0, 1-4, 5 ou mais, ou 3 em um parâmetro e 7 ou mais. O item "ESCALA DE FUGULIN", terá lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Mínimo, Intermediário, Alta dependência, Semi-intensivo e Intensivo.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 37.

Sua resposta

38. Quanto ao item "MOBILIDADE FÍSICA" você considera: *

O item "MOBILIDADE FÍSICA", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Deambula, Deambula com auxílio, Locomoção em cadeira de roda, Acamado.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 38.

Sua resposta

Voltar Próxima Limpar formulário

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

| 3.2.8 INTEGRIDADE DA PELE | |
|---|---|
| **Coloração da pele:** Escolher um item. | **Elasticidade:** Escolher um item. |
| **Lesões elementares:** Escolher um item. | **Localização das lesões elementares:** |
| Clique ou toque aqui para inserir o texto. | **Condições da pele:** Escolher um item. |

39. Quanto a "COLORAÇÃO DA PELE" e "ELASTICIDADE", você considera: *

O item "COLORAÇÃO DA PELE", terá lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Normocorada, Hipocorada, Ictérica. O item "ELASTICIDADE", terá lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Preservada e Diminuída.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 39.

Sua resposta

40. Quanto aos itens "LESÕES ELEMENTARES", "LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES ELEMENTARES" e "CONDIÇÕES DA PELE", você considera: *

O item "LESÕE ELEMENTARES", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Equimose, Hematomas, Petéquias, Vesículas, Nódulo, Pápula, Pústula e Outras. O item "LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES ELEMENTARES", será descrita em texto corrido. O item "CONDIÇÕES DA PELE", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Hipercromia, Hipocromia, Descamação.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 40.

Sua resposta

Voltar Próxima Limpar formulário

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICOS

AVALIAÇÃO DA FERIDA

| 4. AVALIAÇÃO DA FERIDA | | |
|---|---|---|
| FERIDA 1 | | |
| Quanto ao tempo possui a ferida (mesesmeses): Clique ou toque aqui para inserir o texto. Localização anatômica: Clique ou toque aqui para inserir o texto. Etiologia da lesão: Escolher um item. Tipo de lesão: Escolher um item. Perda Tecidual: Escolher um item. | | |
| T* | Tecido inviável: Escolher um item. Tecido viável: Escolher um item. Visualização de tecido adjacente: Escolher um item. | Porcentagem: Clique ou toque aqui para inserir o texto. Porcentagem: Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| I* | Sinais de inflamação (dor, calor, edema e rubor): Escolher um item. | Infecção: Escolher um item. |
| M* | Aspecto do exsudato: Escolher um item. Odor: Escolher um item. | Quantidade de exsudato: Escolher um item. |
| E* | Aspecto da borda da lesão: Escolher um item. | Pele perilesional: Escolher um item. |
| R* | Comprimento: Clique ou toque aqui para inserir o texto. Profundidade: Clique ou toque aqui para inserir o texto. Solapamento: Escolher um item. Se sim, qual a localização no fuso horário: Clique ou toque aqui para inserir o texto. Túnels: Escolher um item. Se sim, qual a localização no fuso horário: Clique ou toque aqui para inserir o texto. Houve redução do tamanho: Escolher um item. | |
| S* | Possui rede de apoio familiar: Escolher um item. Possui rede de apoio social: Escolher um item. Necessita de acompanhamento psicológico: Escolher um item. | |

41. Quanto aos itens "QUANTO TEMPO POSSUI A FERIDA", "LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA", "TIPO DE FERIDA", "ETIOLOGIA DA FERIDA" e "PERDA TECIDUAL", você considera: *

• Os itens "QUANTO TEMPO POSSUI A FERIDA" e "LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA", será descrito em texto corrido. • O item "TIPO DE FERIDA", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Lesão por pressão estágio 1 , Lesão por pressão estágio 2, Lesão por pressão estágio 3, Lesão por pressão estágio 4, Lesão por pressão não classificável, Lesão tissular profunda, Lesão por dispositivo médico, Lesão oncológica, Úlcera diabética, Úlcera venosa, Úlcera arterial, Úlcera mista, Síndrome de fournier, Skin tear tipo 1, Skin tear, tipo 2, Skin tear tipo 3, Dermatite por incontinência (DAI), Lesão por doenças autoimunes, Queimadura, Ferida operatória complicada, ferida operatória e Deiscência, . • O item "ETIOLOGIA DA FERIDA", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Cirúrgica, Traumática, Patológica e Iatrogênica. • O item "PERDA TECIDUAL", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Parcial e Total.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 41.

Sua resposta

42. Quanto aos itens do acrônimo T, "TECIDO VIÁVEL", "TECIDO INVIÁVEL", "PORCENTAGEM", "VISUALIZAÇÃO DE TECIDO ADJACENTE", você considera: *

O item "TECIDO VIÁVEL", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Tecido de granulação e Tecido de epitelização. O item "TECIDO INVIÁVEL", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Necrose de coagulação, necrose de liquefação, Hipergranulação e Tecido de granulação friável. O item "PORCENTAGEM", será descrito em texto corrido. O item "VISUALIZAÇÃO DE TECIDO ADJACENTE", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Músculo, Osso e Tendão.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 42.

Sua resposta

43. Quanto aos itens do acrônimo I, "SINAIS DE INFLAMAÇÃO", "INFECÇÃO", "SUSPEITA DE BIOFILME", você considera: *

OS itens "SINAIS DE INFLAMAÇÃO", "INFECÇÃO", "SUSPEITA DE BIOFILME", terão uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: SIM e Não.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 43.

44. Quanto aos itens do acrônimo M, "ASPECTO DO EXSUDATO", "QUANTIDADE DE EXSUDATO" e "ODOR", você considera: *

• O item "ASPECTO DO EXSUDATO", terá um lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Seroso, Serosanguinolento, Sanguinolento, Seropurulento, Fibroso, Purulento, Hemopurulento e Hemorrágico. • O item "QUANTIDADE DE EXSUDATO", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Ausente, Baixo, Moderado e Alto. • O item "ODOR", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Nível 5 (sem odor), Nível 4 (o odor é detectado no remoção do curativo), Nível 3 (o odor é evidente quando se expõe o curativo), Nível 2 (o odor é evidente em uma distância aproximadamente de meio metro do doente), Nível 1 (o odor é evidente quando se entra no sala onde se encontra o doente) e Nível 0 (o odor é evidente quando se entra no posolhospital ou clínica.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 44.

Sua resposta

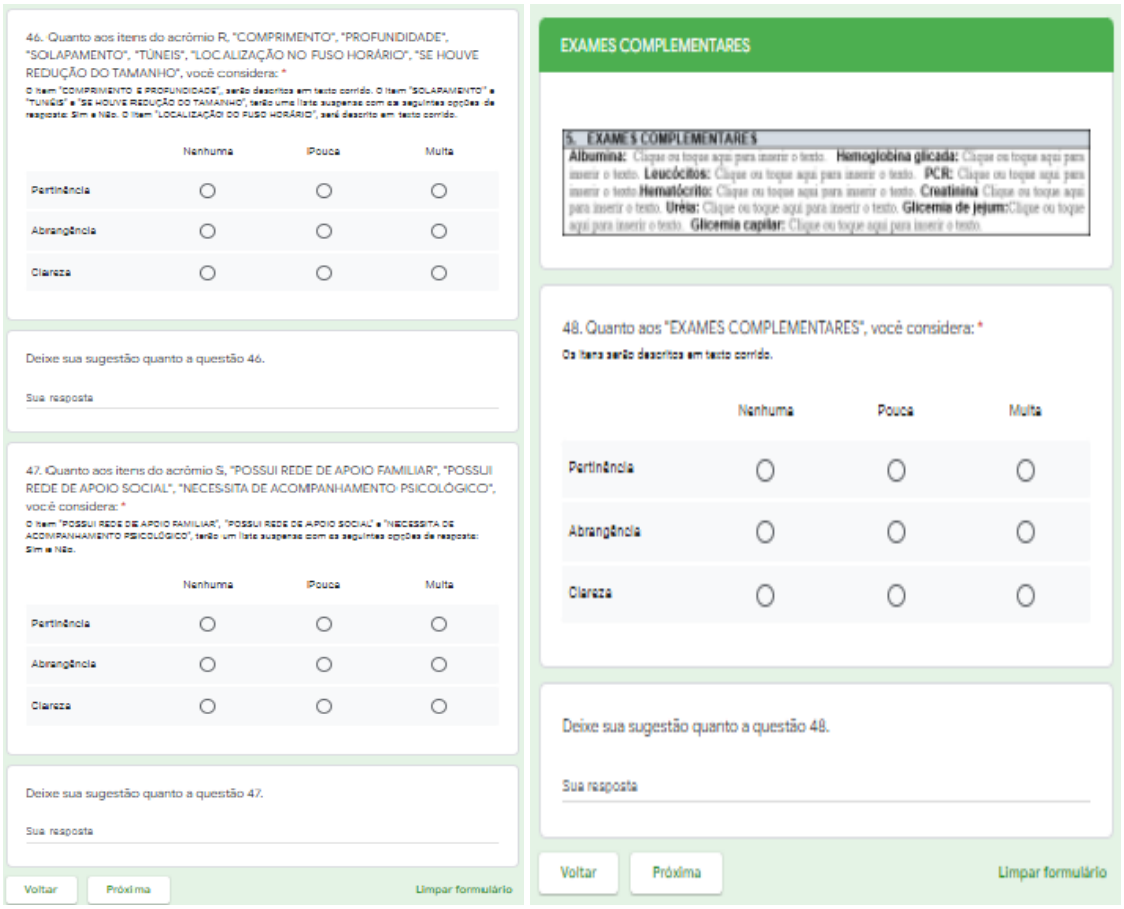
45. Quanto aos itens do acrônimo E, "ASPECTO DA BORDA" e "PELE PERILESIONAL", você considera: *

O item "ASPECTO DA BORDA DA FERIDA", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Macerada, Aderida, Não aderida, Epíbole, Desnivelada e Hipergranotose. O item "PELE PERILESIONAL", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Íntegra, Macerada, Edemaciada, Induracida e Eritematosa.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 45.

Sua resposta



46. Quanto aos itens do acrômio R, "COMPRIMENTO", "PROFUNDIDADE", "SOLAPAMENTO", "TÚNEIS", "LOCALIZAÇÃO NO FUSO HORÁRIO", "SE HOUVE REDUÇÃO DO TAMANHO", você considera: *

O item "COMPRIMENTO E PROFUNDIDADE", serão descritos em texto corrido. O item "SOLAPAMENTO" e "TÚNEIS" e "SE HOUVE REDUÇÃO DO TAMANHO", terão uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Sim e Não. O item "LOCALIZAÇÃO DO FUSO HORÁRIO", será descrito em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 46.

Sua resposta

47. Quanto aos itens do acrômio S, "POSSUI REDE DE APOIO FAMILIAR", "POSSUI REDE DE APOIO SOCIAL", "NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO", você considera: *

O item "POSSUI REDE DE APOIO FAMILIAR", "POSSUI REDE DE APOIO SOCIAL" e "NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO", terão um lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Sim e Não.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 47.

Sua resposta

Voltar Próxima Limpar formulário

EXAMES COMPLEMENTARES

| 5. EXAMES COMPLEMENTARES |
|---|
| **Albumina:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Hemoglobina glicada:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Leucócitos:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **PCR:** Clique ou toque aqui para inserir o texto **Hematócrito:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Creatinina** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Uréia:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Glicemia de jejum:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **Glicemia capilar:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

48. Quanto aos "EXAMES COMPLEMENTARES", você considera: *

Os itens serão descritos em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 48.

Sua resposta

Voltar Próxima Limpar formulário

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

| 7. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM | | |
|---|---|---|
| **Necessidades Psicobiológicas** | **Necessidades Psicossociais** | **Necessidades Psicoespirituais** |
| 1. Escolher um item. | 1. Escolher um item. | 1. Escolher um item. |
| 2. Escolher um item. | 2. Escolher um item. | 2. Escolher um item. |
| 3. Escolher um item. | 3. Escolher um item. | 3. Escolher um item. |
| 4. Escolher um item. | 4. Escolher um item. | 4. Escolher um item. |
| 5. Escolher um item. | 5. Escolher um item. | 5. Escolher um item. |

49. Quanto a "SEÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM", você considera: *

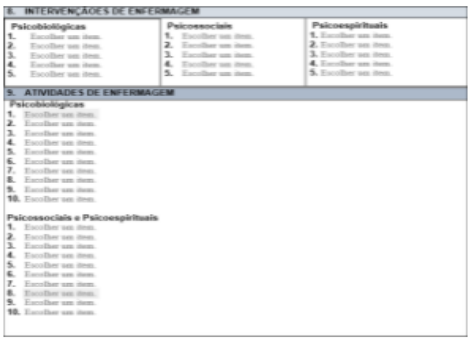
Cada item terá uma lista suspensa com os principais diagnósticos de enfermagem do paciente com ferida.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 49.

Sua resposta

## INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DE ENFERMAGEM



| 6. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM | | |
|---|---|---|
| **Psicobiológicas** | **Psicossociais** | **Psicoespirituais** |
| 1. Escolher um item. | 1. Escolher um item. | 1. Escolher um item. |
| 2. Escolher um item. | 2. Escolher um item. | 2. Escolher um item. |
| 3. Escolher um item. | 3. Escolher um item. | 3. Escolher um item. |
| 4. Escolher um item. | 4. Escolher um item. | 4. Escolher um item. |
| 5. Escolher um item. | 5. Escolher um item. | 5. Escolher um item. |

| 5. ATIVIDADES DE ENFERMAGEM |
|---|
| **Psicobiológicas** |
| 1. Escolher um item. |
| 2. Escolher um item. |
| 3. Escolher um item. |
| 4. Escolher um item. |
| 5. Escolher um item. |
| 6. Escolher um item. |
| 7. Escolher um item. |
| 8. Escolher um item. |
| 9. Escolher um item. |
| 10. Escolher um item. |
| **Psicossociais e Psicoespirituais** |
| 1. Escolher um item. |
| 2. Escolher um item. |
| 3. Escolher um item. |
| 4. Escolher um item. |
| 5. Escolher um item. |
| 6. Escolher um item. |
| 7. Escolher um item. |
| 8. Escolher um item. |
| 9. Escolher um item. |
| 10. Escolher um item. |

50. Quanto a seção das "INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DE ENFERMAGEM", você considera: *

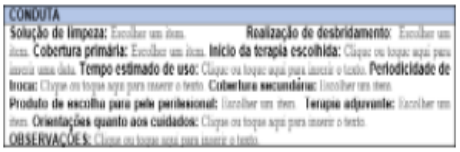
Cada item, terá uma lista suspensa com os principais intervenções e atividades de enfermagem do paciente com ferida.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 50.

Sua resposta

CONDUTA


CONDUTA
Solução de limpeza: Escolher um item. Realização de desbridamento: Escolher um item. Cobertura primária: Escolher um item. Início da terapia escolhida: Clique ou toque aqui para inserir uma data. Tempo estimado de uso: Clique ou toque aqui para inserir o texto. Periodicidade de troca: Clique ou toque aqui para inserir o texto. Cobertura secundária: Escolher um item.
Produto de escolha para pele perilesional: Escolher um item. Terapia adjuvante: Escolher um item. Orientações quanto aos cuidados: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
OBSERVAÇÕES: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

51. Quanto aos itens "SOLUÇÃO DE LIMPEZA" e "REALIZAÇÃO DE DESBRIDAMENTO", você considera: *

O item "SOLUÇÃO DE LIMPEZA", terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Solução a base de polihexametileno biguanida (PHMB), Soro fisiológico 0,9% e Não se aplica. O item "REALIZAÇÃO DE DESBRIDAMENTO, terá uma lista suspensa, com as seguintes opções de resposta: Mecânico, Enzimático, Autolítico e Cirúrgico e Não se aplica.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 51.

Sua resposta

52. Quanto aos itens "COBERTURA PRIMÁRIA", "INÍCIO DA TERAPIA ESCOLHIDA", "TEMPO ESTIMADO DE USO", "PERIOCIDADE DE TROCA", "COBERTURA SECUNDÁRIA", "PRODUTO DE ESCOLHA PARA PELE PERILESIONAL" você considera: *

O item "COBERTURA PRIMÁRIA", INÍCIO DA TERAPIA ESCOLHIDA", "TEMPO ESTIMADO DE USO" e "PERIOCIDADE DE TROCA", "COBERTURA SECUNDÁRIA", "PRODUTO DE ESCOLHA PARA PELE PERILESIONAL" serão descritos em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 52.

Sua resposta

53. Quanto ao item "TERAPIA ADJUVANTE", você considera: *

O item "TERAPIA ADJUVANTE, terá uma lista suspensa com as seguintes opções de resposta: Terapia de Pressão Negativa, Hiperbárica, Laserterapia, Ultrassom, Ozonioterapia e Não se aplica.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| Pertinência | ○ | ○ | ○ |
| Abrangência | ○ | ○ | ○ |
| Clareza | ○ | ○ | ○ |

54. Quanto aos itens "ORIENTAÇÕES QUANTO AOS CUIDADOS" e "OBSERVAÇÕES", você considera: *

Os itens "ORIENTAÇÕES QUANTO AOS CUIDADOS" e "OBSERVAÇÕES", serão descritos em texto corrido.

| | Nenhuma | Pouca | Muita |
|---|---|---|---|
| PERTINÊNCIA | ○ | ○ | ○ |
| ABRANGÊNCIA | ○ | ○ | ○ |
| CLAREZA | ○ | ○ | ○ |

Deixe sua sugestão quanto a questão 54.

Sua resposta

Enviar uma cópia das respostas para o meu e-mail.

Voltar Enviar Limpar formulário

**APENDICE B – CARTA CONVITE PARA JUÍZES**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Prezado(a) juiz(a)

Eu, Camila Binsi Scopel, enfermeira, discente do Mestrado de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), orientada pela Prof. Dra. Walckiria Garcia Romero Sipolatti, e Prof. Dra. Fabiana Xavier Gonring estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM FERIDA”.

Trata-se de uma dissertação do Mestrado Profissional em Enfermagem que tem como objetivo desenvolver e validar tecnologia assistencial a paciente com ferida.

Para validação do conteúdo do material, solicito sua colaboração para que leia o Termo de Consentimento Live e Esclarecido e marque o campo obrigatório que vem em seguida ao documento, para expressar que está ciente das informações repassadas e também a sua decisão em participar da pesquisa; responda o questionário para a caracterização dos juízes; leia atentamente e avalie o instrumento para validação do conteúdo, com base no critério de clareza de linguagem: 1- nada de clareza, 2- pouca clareza; 3- muita clareza; no segundo ponto a pertinência prática: 1- nada pertinente, - pouco pertinente; 3- muito pertinente e no terceiro ponto a abrangência teórica - prática: 1- nada abrangente, 2- pouco abrangente; 3- muito abrangente. Consta, ainda, de espaços destinados para comentários e sugestões de modificação e/ou exclusão.

Após a avaliação da versão inicial, serão vistas todas as considerações fornecidas pelo grupo de juízes na etapa de validação de conteúdo do material, e com base nisso,

será feita a organização da versão final, para teste.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade em compartilhar sua experiência e conhecimento para a emissão de sua opinião sobre o material. Solicitamos que a apreciação seja feira no prazo máximo de 15 dias, para atendimento aos prazos de execução da pesquisa. Estamos a disposição para maiores esclarecimentos

Enf. Camila Binsi Scopel – (27) 981828477
Mestranda do PPGENF - UFES
E-mail: enf.camilascopel@gmail.com

Profa. Dra. Walckiria Garcia Romero Sipolatti
E-mail: walckiriagr@uol.com.br

Profa. Dra. Fabiana Xavier Gonring
E-mail: gonring@hotmail.com.

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE JUÍZES)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

emos o prazer em lhe convidar a participar como voluntário da pesquisa intitulada “TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM FERIDA”. O presente estudo tem como objetivo de desenvolver e validar tecnologia assistencial a paciente com ferida.

Sua participação neste estudo consistirá na avaliação dos itens propostos que irão compor o conteúdo da tecnologia assistencial. Acredita-se que essa validação contribuirá para prática cotidiana dos enfermeiros que prestam assistência ao paciente com ferida.

Em momento algum o direito de preservação da identidade dos participantes será infringido. Desta forma, o juiz não será julgado por suas respostas. Por se tratar de uma pesquisa na qual os juízes contribuirão com suas experiências e responderão a questionamentos, há risco de desconforto, inconveniente de ocupar um pouco de tempo, cansaço e aborrecimento ao responder os formulários. A minimização do risco será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização do preenchimento dos formulários. O pesquisador responsável suspenderá a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do participante de pesquisa. O benefício relacionado à sua participação será de contribuir no desenvolvimento de novas tecnologias e ampliação do conhecimento científico na área de enfermagem acerca das tecnologias voltadas para o atendimento a pessoas com ferida.

O (A) Senhor (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios. O

pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

O (A) Senhor (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento será fornecida a você, a sua participação no estudo não acarretará custos e também não será disponibilizado nenhuma compensação financeira.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o (a) Sr. (a) poderá contatar a pesquisadora Walckiria Romero Garcia (Prof. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo- UFES) no telefone (27) 3335-7119 ou no e-mail: ppgenfufes@gmail.com ou contatar a pesquisadora Camila Binsi Scopel (Enfermeira do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes e Mestranda da UFES) no telefone (27) 981828477 ou no e-mail: enf.camilascopel@gmail.com.

Na qualidade de pesquisadora principal pela pesquisa “TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM FERIDA”. eu, Camila Binsi Scopel, declaro ter cumprido as exigências do (s) item (s) IV.3 da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisadora responsável: Camila Binsi Scopel. Endereço: Avenida Marechal Campos 1355, Santa Cecília, Vitória - ES, Brasil. CEP 29.043-260. Telefone: 3335-7326. E-mail: enf.camilascopel@gmail.com. Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Cassiano Antônio de Moraes. Endereço: Avenida Marechal Campos 1355, Santa Cecília, Vitória - ES, Brasil. CEP 29.043-260. Telefone: 3335-7326. E-mail: cephucam@gmail.com.

Eu declaro ter sido suficientemente informado (a) e esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, entendendo todos os termos expostos e os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Declaro, ainda que ficou claro que minha participação é isenta de despesa. Concordo

voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo de qualquer natureza.