



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS D DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**CLÁUDIA MARCELINA BARBOSA SOBRAL**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS A FERIDAS EM UMA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

**CAMPINA GRANDE  
2014**

**CLÁUDIA MARCELINA BARBOSA SOBRAL**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS A FERIDAS EM UMA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Eloíde André Oliveira.

**CAMPINA GRANDE  
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S677d Sobral, Cláudia Marcelina Barbosa.  
Diagnósticos de enfermagem relacionados a feridas em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto [manuscrito] / Cláudia Marcelina Barbosa Sobral. - 2014.  
35 p. : il.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.  
"Orientação: Profa. Ma. Eloíde André Oliveira, Departamento de Enfermagem".

1. Assistência de enfermagem. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3. Diagnóstico de enfermagem. 4. Tratamento de feridas. I. Título. 21. ed. CDD 616.545

CLÁUDIA MARCELINA BARBOSA SOBRAL

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS A FERIDAS EM UMA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Bacharelado em  
Enfermagem da Universidade Estadual  
da Paraíba, como requisito à obtenção do  
título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 03/12/14 .

BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms. Eloíde André Oliveira (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Dr. Fabíola de Araújo Leite Medeiros (Avaliadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Carla Carolina da Silva Leite .

Enf. Esp. Carla Carolina da Silva Leite  
(Avaliadora)

Dedico primeiramente à Deus, por mais um sonho concretizado! E a minha família que sempre me deu forças para que eu não desistisse dos meus ideais.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Ele eu não teria traçado meu caminho e feito a escolha pela Enfermagem.

A minha Mãe Ivani Dantas, a minha tia Joseane, minha avó Maria e meus filhos Eduardo e Emmanuel, pela compreensão por minha ausência nas reuniões familiares.

Ao meu Pai José Marcone (*in memoriam*), embora fisicamente ausente, sentia sua presença ao meu lado, dando-me força.

A minha professora orientadora, MS. Eloíde André, pelo auxílio, sempre com uma simpatia contagiante e pelo fornecimento de material para pesquisa do tema. E também por exigir de mim muito mais do que eu supunha ser capaz de fazer. Agradeço por transmitir seus conhecimentos.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica. Aos amigos e colegas Raenilson, Tamires, Juliana, Rita de Cássia, pelo incentivo e pelo apoio constante. Principalmente, meus amigos da “luta diária”, Valtenir, Laura, Danielle e Angélica Brasileiro.

Ao Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, obrigada pela oportunidade de realizar esta pesquisa com todo apoio e em especial a equipe da UTI adulto.

À Universidade Estadual da Paraíba, agradeço pelo suporte fornecido para que fosse possível realização profissional. Aos funcionários, Dedé e Carla pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

E por fim a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

# DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS A FERIDAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Cláudia Marcelina Barbosa Sobral\*

## RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um departamento hospitalar responsável por prestar atendimento a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis. Além do conhecimento científico e da habilidade técnica, os enfermeiros dessa unidade necessitam buscar conhecimentos para realizar intervenções. A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no tratamento de feridas é fundamental para uma assistência individualizada e adequada. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa cujo objetivo foi identificar os principais diagnósticos de enfermagem mais frequentes relacionados a feridas numa UTI geral de um hospital público, referência em traumatologia, de Campina Grande – PB. A amostra foi constituída por 30 pacientes internados na UTI em questão, utilizando a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e como resultado obteve-se 12 diagnósticos de enfermagem mais frequentes relacionado a feridas: Risco de infecção (17,64%), Mobilidade no leito prejudicada (13,72%), Integridade da pele prejudicada (12,41%), Integridade tissular prejudicada (8,49%), Risco de integridade da pele prejudicada (6,65%), Desobstrução ineficaz de vias aéreas (5,88%), Mobilidade física prejudicada (3,93%), Risco de glicemia instável (3,26%), Perfusão tissular periférica ineficaz (3,61%), Risco de desequilíbrio eletrolítico (2,61%), Motilidade gastrointestinal disfuncional (2,61%) e Risco de constipação (2,61%). Tais diagnósticos efetivamente construídos, poderão ser instrumentos que subsidiarão à Equipe de Enfermagem da UTI pesquisada, no cuidado e, em especial ao Enfermeiro, inserido nesta complexidade de assistência.

**Palavras-Chave:** UTI. Diagnóstico de Enfermagem. Feridas.

---

\* Aluna de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.  
Email: claudia.sobral@email.com

## 1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um departamento hospitalar que conforme descrito na Resolução nº 170/2007 (BRASIL, 2007) é responsável por prestar atendimento a paciente graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, que exijam assistência médica ininterrupta, com apoio da equipe de saúde multiprofissional, como também de equipamentos e recursos humanos especializados.

O processo de trabalho de enfermagem na UTI é indispensável, pois se caracteriza por atividades assistenciais complexas que exigem alta competência técnica e científica para lidarem com situações de saúde graves dos pacientes ali internados. Não obstante, os profissionais atuantes nas UTIs necessitam, além do conhecimento científico e da habilidade técnica, buscar conhecimentos para realizar intervenções também junto às famílias hospitalizadas (MOLINA et al., 2007).

Como líder da equipe de enfermagem, a qual está 24 horas por dia junto ao paciente, o enfermeiro gerencia e aperfeiçoa a assistência de enfermagem de maneira segura, organizada, dinâmica e competente, mas, para que isso ocorra é necessário que este profissional se insira na realidade concreta de forma consciente, técnica e científica (BACKES et al., 2005).

A SAE "organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem", no qual se caracteriza como "um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional" (COFEN, 2009).

Esse processo de enfermagem é composto por cinco etapas distintas, porém interrelacionadas: investigação/ histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação/ intervenções de enfermagem e avaliação de enfermagem (CAIXETA, 2007).

Segundo Barros, Marin e Abrão (2002), o diagnóstico de enfermagem é definido pela NANDA como julgamento clínico sobre as respostas individuais, familiares ou comunitárias aos atuais ou potenciais problemas de saúde. A identificação dos DE não expõe apenas as consequências geradas pelos processos patológicos do paciente, mas também aquelas geradas pelos agentes que o permeiam, sabido que, uma assistência prestada de maneira imprópria profissionais de saúde refletirá no surgimento de diagnósticos mais graves.

A fase dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) é uma fase categórica para um satisfatório direcionamento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Após o levantamento do Histórico de Enfermagem e do Exame Físico do paciente que é realizado



diariamente estabelece-se o DE, como julgamento clínico sobre as respostas individuais, familiares ou comunitárias aos atuais ou potenciais problemas de saúde (CAIXETA, 2007).

Considerando tais conceitos a utilização da SAE no tratamento de feridas é fundamental para uma assistência individualizada e adequada. O vocábulo “ferida”, ainda, é empregado, segundo Geovanini e Junior (2008), como sinônimo de lesão tecidual, deformidade ou solução de continuidade, podendo acometer desde a epiderme, derme, fâscias, músculos, aponeuroses, articulações, cartilagens, tendões, ossos, órgãos cavitários e qualquer outra estrutura do corpo. As feridas desenvolvem-se em consequência de agressão ao tecido vivo ou por distúrbios clínicos ou fisiológicos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) no Brasil, as feridas estabelecem um grave problema de saúde pública, no que diz respeito ao grande número de doentes com alterações na integridade da pele, o que contribui para onerar o gasto público. É importante ressaltar, ainda, que os registros sobre os atendimentos aos portadores de feridas são precários, o que dificulta o conhecimento do verdadeiro perfil deste problema.

A pele é um dos maiores órgãos do corpo humano, recobre cerca de 1,5 a 2,0 m<sup>2</sup> de um organismo adulto com estatura mediana (NAEMT, 2011). É responsável pela proteção das estruturas internas contra agentes físicos e biológicos, manutenção da homeostase através da regulação térmica, e pela percepção do meio externo através dos receptores neurais instalados na derme (TEBCHERANI, 2011).

Entretanto, todos os benefícios funcionais e estruturais da pele podem estar comprometidos quando a mesma encontra-se lesionada. Baharesani (2004, *apud* POTTER; PERRY, 2009) denomina de ferida o estado da pele onde ocorre a interrupção da sua integridade.

O fato de estarem em contínua monitorização, através de diferentes técnicas invasivas e não invasivas, os pacientes de UTI sofrem consequências, como a ocorrência de “grande variedade de sinais flogísticos” relacionados às estruturas cutâneas (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

Distintas condições favorecem o desenvolvimento de lesões dermatológicas em clientes de UTI: as mudanças bruscas do nível de consciência, deficiências imunológicas e motoras, morbidades crônicas e uso de drogas indispensáveis para a terapêutica intensiva. As principais drogas, neste sentido, são os hipotensores, os corticóides, os sedativos e as catecolaminas. Estas últimas, especificamente, diminuem a perfusão periférica e aumentam o risco de lesão tissular em áreas vulneráveis, como as regiões de proeminências ósseas (MOREIRA et al., 2009).

Entretanto, outras lesões de pele também são frequentes em UTIs, como as Úlceras por Pressão que muitas vezes, apesar das condutas preventivas exercidas pela enfermagem, são inevitáveis devido à influência exercida por fatores inerentes ao comprometimento nutricional desses pacientes (SOUZA et al., 2009).

A imobilidade no leito, visível em pacientes críticos, que geralmente é provocada quando a percepção sensorial do indivíduo está comprometida (devido paralisias, coma, cirurgias de grande porte, pós-trauma em sedação e em caso de restrição mecânica devido aos aparelhos gessados ou trações ortopédicas) corresponde a um dos principais fatores contribuintes para o aparecimento das Úlceras por Pressão (SANTOS; JARDIM, 2012).

Para tanto, a enfermagem se mostra como a equipe da área da saúde que está mais próxima dos pacientes/clientes, devendo avaliá-los holisticamente. É a enfermagem que desempenha um importante trabalho no tratamento de feridas, uma vez que acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

A avaliação de feridas é essencial para a prescrição de um tratamento adequado, visto que envolve desde a etiologia até as características do leito da lesão e da área circundante, bem como as doenças de base do cliente. No entanto, Santos et al. (2007) alegam que alguns profissionais de enfermagem não oferecem a devida importância a avaliação de pacientes portadores de feridas, eles não identificam os fatores que influenciam no processo cicatricial, “apenas realizam consecutivos curativos em feridas que insistem em não cicatrizar e não atentam para o estado nutricional do paciente, para a presença de infecções ou doenças de base que retardam a cicatrização”.

Observa-se uma grande escassez de publicações científicas referentes a SAE relacionada a feridas, ficando este tema restrito a poucas literaturas. Esta situação se torna mais evidente quando nos referimos ao ambiente de Terapia Intensiva. Fernandes e Torres (2005) relatam que as Úlceras por Pressão (UPs) apresentam incidência elevada em pacientes internados em UTI. Diante disso, pergunta-se? Quais os diagnósticos de enfermagem mais frequentes relacionados a feridas nos referidos pacientes?

Considerando que, um tratamento bem sucedido, só será consumado através da remoção do causador da ferida e para tanto é necessária a utilização da SAE que vem para qualificar e individualizar a assistência de enfermagem. Estar ciente de como esta sendo realizada a avaliação e o tratamento das lesões de pele é de grande relevância para detectarmos falhas ou equívocos e tentarmos solucionar problemas que por ventura possamos encontrar.

Diante destas indagações, o presente estudo teve por finalidade identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes relacionados a feridas na referente UTI Geral adulto de uma instituição hospitalar pública de Campina Grande – PB.

## **2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa que pretende identificar os diagnósticos de enfermagem relacionados a feridas numa UTI geral de um hospital público, referência em traumatologia, de Campina Grande – PB.

O campo deste estudo é a UTI geral adulto de um hospital público, situado em Campina grande – PB. A instituição citada é referência no atendimento em traumatologia e ortopedia para 173 municípios da Paraíba, algumas cidades do Rio Grande do Norte e Pernambuco. No entanto, recebe uma grande demanda de clientes com patologias clínicas. E chega a atender, diariamente, 500 pacientes. É o único hospital da região da Borborema que possui Unidade de Queimados em atendimento hospitalar e ambulatorial (GOVERNO DA PARAÍBA, 2013).

Oferece ainda, atendimentos em clínica médica, clínica cirúrgica, de oftalmologia, neurologia e de buco-maxilo-facial. Dispõe de 289 leitos, sendo 20 deles destinados a vagas de UTI adulto, objeto de nosso estudo.

A instituição hospitalar, campo desta pesquisa, tem aproximadamente 150 enfermeiros e 450 técnicos de enfermagem. No quadro de profissionais de enfermagem da UTI Adulto encontram-se, aproximadamente, 24 enfermeiros e 62 técnicos de enfermagem. Distribuídos em plantões com duração de 24 e 12 horas.

As UTIs, Azul e Rosa, possuem 10 leitos cada, totalizando 20 leitos/pacientes. Considerando que existe certa rotatividade nos mesmo sendo através de altas, óbitos e transferências, obtivemos uma amostra de aproximadamente 30 pacientes.

**Critérios de Inclusão:** Pacientes que estavam internados na UTI Adulto do respectivo hospital e que, por estarem inconscientes, tiveram a participação na pesquisa possibilitada após o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no ANEXO A e/ou ser assinado pelo responsável legal.

**Critérios de Exclusão:** Pacientes internados em qualquer outra ala ou setor do respectivo hospital que não seja a UTI Adulto, pacientes e/ou cujos responsáveis não concordaram com a realização da pesquisa e/ou não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e pacientes menores de 18 anos.

A coleta de dados ocorreu no período entre 14 de Dezembro de 2013 e 28 de Janeiro de 2014, para a identificação dos portadores de feridas e avaliação das mesmas. Utilizamos um roteiro, para coletar as características das feridas e dos seus portadores.

Tal roteiro (APÊNDICE – A) é fruto da adaptação de dois guias propostos por Geovanini (2008) e Irion (2012), autores especialistas em cuidados com feridas. Foi realizada a coleta dos dados referente ao Histórico de Enfermagem, que consiste na primeira fase do processo de enfermagem e tem como finalidade coletar informações sobre estado de saúde do cliente para identificar suas necessidades, problemas, preocupações e reações humanas (TANNURE E GONÇALVES, 2008). Para identificação dos diagnósticos de enfermagem foi utilizado o Roteiro de Histórico de Enfermagem específico para UTI, proposto por Amante et al. (2009).

Esse instrumento permite que antecedentes pessoais e familiares do paciente identificados sejam considerados no intuito de ajudarem na formulação dos diagnósticos de enfermagem, além de informações laboratoriais, medicamentosas e cirúrgicas. Tais dados serão coletados com o auxílio desse formulário disposto no ANEXO B.

Os dados coletados foram avaliados de acordo com portadores de algum tipo de ferida e apresentados em forma de gráficos e tabelas, procurando segregar os dados relacionados às feridas ou que possam influenciar no seu aparecimento.

Os diagnósticos de enfermagem relacionados a feridas foram elaborados e identificados e formulados de acordo com o sistema e classificação da NANDA.

Foi adotado um tratamento estatístico simples nos dados para o estudo para obter as Distribuições de Frequências Simples Absoluta ( $f$ ) e Relativa ( $p$ ) dos diagnósticos de enfermagem dos pacientes avaliados. A Distribuição de frequência é um método utilizado para agrupar dados em classes de modo e fornecer suas quantidades. A frequência absoluta visa apresentar o total de itens observados nos agrupamentos considerados, já a frequência relativa aponta o percentual de tais itens (MILONE, 2004) e como recurso de informática o Microsoft Excel 2010 para a representação do banco de dados e a apresentação desses dados será feita através de gráficos e tabelas.

A pesquisa seguiu as determinações da Resolução 466/2012 do CNS (Conselho Nacional de Saúde) (BRASIL, 2012) e dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. A direção da instituição hospitalar foi consultada para verificar o seu consentimento a respeito da realização da pesquisa na instituição a qual dirige. Só iniciamos a coleta de dados a partir da aprovação do

projeto desta pesquisa pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) no ANEXO - C da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Os participantes ou responsáveis por eles assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram informados que caso algum dos sujeitos de pesquisa desistir de participar da mesma sua decisão seria respeitada. Comprometemo-nos em não divulgados os nomes dos partícipes, sendo estes codificados por números, mantendo-os no anonimato.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva portadores de feridas foram traçados depois da realização exame físico e coleta de dados em prontuário, utilizando-se a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2013).

Dos 30 pacientes pesquisados encontramos um total de 153 diagnósticos gerais e foram destacados os 30 Diagnósticos de Enfermagem relacionados com as suas feridas, constando uma média 05 diagnósticos por paciente, sendo que 12 foram selecionados por apresentarem maior frequência e por estarem relacionados direta e/ou indiretamente com as feridas.

Tabela 01 – Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem, relacionados às feridas, encontrados em pacientes de UTI Adulto

	<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
01	Risco de Infecção	27	17,64%
02	Mobilidade no Leito Prejudicada	21	13,72%
03	Integridade da Pele Prejudicada	19	12,41%
04	Integridade Tissular Prejudicada	13	8,49%
05	Risco de Integridade da Pele Prejudicada	10	6,53%
06	Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas	09	5,88%
07	Mobilidade Física Prejudicada	06	3,92%
08	Risco de Glicemia Instável	05	3,26%
09	Perfusão Tissular Periférica Ineficaz	04	2,61%
10	Risco de Desequilíbrio Eletrolítico	04	2,61%

11	Motilidade gastrointestinal disfuncional	04	2,61%
12	Risco de Constipação	04	2,61%

*Fonte:* Dados da pesquisa 2014

Na **tabela 1** observa-se que o diagnóstico de enfermagem relacionada a ferida mais encontrado na UTI foi o **“Risco de infecção”** com 17,64%, cuja definição (NANDA, 2013) é o risco de ser invadido por organismos patogênicos. Tal diagnóstico está incluído no **domínio 11** e **classe 1** e, isso se deve ao fato desses pacientes estarem internados numa UTI e por estarem com um dos principais escudos de proteção do corpo humano lesado, a pele. Também foi um dos mais vistos durante as pesquisas de Pasini et al. (1996) e Salomé (2011), sendo observado em 96,8% e 100% dos pacientes, respectivamente. Esse é considerado um diagnóstico que expõe uma condição que poderá comprometer a recuperação de pacientes internados em uma UTI.

O segundo diagnóstico mais encontrado com 13,72% foi **“Mobilidade no leito prejudicada”** – limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito (NANDA, 2013), que pertence ao **domínio 4** e **classe 2**. A terapêutica na UTI leva os pacientes a serem submetidos às restrições motoras, em função das acomodações, aparelhagens e medicamentos que são instalados para monitorização destes indivíduos. A mudança de decúbito é a medida mais importante para se evitar a formação de UPP (CARNEIRO, 2013).

**“Integridade da pele prejudicada”** (12,41%) foi o terceiro diagnóstico de enfermagem mais encontrado. Esse diagnóstico está incluído no **domínio 11** da **classe 2** e, leva em consideração apenas as lesões cutâneas, ou seja, na epiderme e/ou derme alteradas NANDA (2013), ocasionando assim falhas na primeira linha de defesa do organismo, sabendo que é a pele que reveste a maior parte do corpo e proporciona uma proteção efetiva contra a invasão de patógenos e fatores ambientais. Truppel et al. (2009) e Salomé (2011) em seus estudos sobre diagnóstico de enfermagem dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva observaram a Integridade da pele prejudicada em 10% e 88,3% respectivamente.

O diagnóstico **“Integridade tissular prejudicada”** — Dano a membrana mucosas, córnea, pele e tecidos subcutâneos (NANDA, 2013). Apareceu em quarto lugar com 8,49% e faz parte do **domínio 11** e da **classe 2**. Na pele, segundo Meneghim e Vattimo (2003), as feridas podem apresentar um retardo ou impedimento na cicatrização quando a pele sofre, com frequência traumas ou tem interrupção do fluxo sanguíneo ocasionado por edemas.

**“Risco de integridade da pele prejudicada”** – risco de epiderme e/ou derme (NANDA, 2013) - apareceu em quinto lugar com 6,53%. Ele faz parte do domínio **11** e da **classe 2**. É muito comum o surgimento de feridas em pacientes de longa permanência em leitos de UTI, em decorrência, sobretudo, da imobilidade física, com vasoconstrição periférica e diminuição da oxigenação tecidual, sendo assim muito importante para prevenção a inspeção da pele que possibilita o tratamento ou medidas preventivas nas etapas iniciais do surgimento das feridas. A identificação deste diagnóstico contribui para o planejamento das intervenções de enfermagem necessárias no intuito de prevenir e reduzir as incapacidades e recuperar a saúde (MOREIRA et al., 2010).

Pertencente ao **domínio 11, classe 2** o DE **“Desobstrução ineficaz de vias aéreas”** é definido como - incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída (NANDA, 2013) - foi o sexto diagnóstico de enfermagem mais encontrado, sendo visto em 5,88% dos pacientes. Martins e Gutiérrez (2005) relatam que se a desobstrução ineficaz de vias aéreas não for adequadamente tratada, poderá levar a outras alterações, como o suprimento inadequado de oxigênio nos tecidos, retardando e/ou impedindo a o processo cicatricial das feridas.

Na sétima posição, com 3,92%, está o diagnóstico **“Mobilidade física prejudicada”**, **domínio 4, classe 2** e tem como definição – limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades (NANDA, 2013). Entre os fatores que retardam ou impedem a cicatrização de feridas está a manutenção de pressão contínua sobre a área da lesão ou de proeminências ósseas, cujo resultado é a interrupção do suprimento de sangue da rede vascular (MENEHIN; VATTIMO, 2003). Sendo assim a limitação de movimento um fator predisponente para a formação de úlceras por pressão.

Em oitavo lugar está **“Risco de glicemia instável”** (3,26%) – risco de variação dos níveis de glicose no sangue em relação aos parâmetros normais (NANDA, 2013) - pertencente ao **domínio 2** e à **classe 4**. Esse fator sistêmico de variação da glicemia também interfere no processo de cicatrização. De acordo com Meneghin e Vattino (2003), doenças concomitantes como o diabetes melito, retardam ou mesmo impedem a evolução do processo cicatricial.

O diagnóstico **“Perfusão tissular periférica ineficaz”** apareceu, com 2,61%, em nono lugar. É definido pela NANDA (2013) como a redução na circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde. Faz parte do **domínio 4** e da **classe 4**. A oxigenação e perfusão tissular são condições essenciais para a manutenção da integridade e sucesso na reparação tissular. Indivíduos portadores de insuficiência arterial ou venosa podem desenvolver ulcerações distais que tendem à cronificação (BLANES, 2004).

O “**Risco de desequilíbrio eletrolítico**” (**domínio 2 e classe 5**) – risco de mudança nos níveis eletrolíticos séricos capaz de comprometer à saúde (NANDA, 2013) – veio em décimo lugar com 2,61%. Quando a pele é lesionada, como acontece com uma queimadura grave, grandes quantidades de líquidos e eletrólitos podem ser perdidas com rapidez, levando, possivelmente, ao colapso circulatório, choque e morte (SMELTZER et al, 2012).

O décimo primeiro diagnóstico de enfermagem mais encontrado foi “**Motilidade gastrointestinal disfuncional**” - atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrointestinal (NANDA, 2013) - com 2,61% de frequência da amostra. O mesmo pertence ao **domínio 3 e a classe 2**. Apesar de caber à enfermagem prestar assistência direta a pacientes críticos, muitas vezes, não é percebido o alto grau de dependência para higienização desses pacientes de UTI, de acordo com Scemons e Elston (2011) as dermatites por incontinência ou lesões por umidade são danos, ao tecido cutâneo, relacionados ao excesso de umidade, bastante frequentes nas incontinências fecal, urinária ou na combinação de ambas.

O diagnóstico “**Risco de constipação**” apareceu, com 2,61%, em décimo segundo lugar. É definido pela NANDA, 2013 como risco de diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada de eliminação de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas. Faz parte do **domínio 3** e da **classe 2**. Segundo Azevedo et al (2009), em seu estudo, a constipação intestinal teria o potencial de afetar o prognóstico de pacientes graves, cursando com algumas complicações, como a ileoparesia que atrasa o início e dificulta o aporte nutricional. Os pacientes quando não atingem uma meta nutricional estimada para sua recuperação, leva à piora do prognóstico reduzindo capacidade funcional, diminuindo assim a capacidade de síntese de novos tecidos e a cicatrização de feridas, como também aumenta o número de infecções, prolongando o tempo de permanência na UTI e consequentemente elevando também o índice da morbidade e mortalidade.

Portanto, após análise da ocorrência dos diagnósticos de enfermagem, os quais foram agrupados por categorias, percebemos que o risco de infecção (17,64%), juntamente com mobilidade no leito prejudicada (13,72%) e integridade da pele prejudicada (12%), foram os mais incidentes numa perspectiva da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, demandando desta forma do enfermeiro assistencial, inserido neste âmbito de atuação, um olhar mais direcionado, no que tange o desempenho de atividades cotidianas que possam prevenir a ocorrência de feridas.



#### 4 CONCLUSÃO

Para os 30 pacientes pesquisados os 12 diagnósticos mais frequentes foram: Risco de infecção (17,64%), Mobilidade no leito prejudicada (13,72%), Integridade da pele prejudicada (12,41%), Integridade tissular prejudicada (8,49%), Risco de integridade da pele prejudicada (6,65%), Desobstrução ineficaz de vias aéreas (5,88%), Mobilidade física prejudicada (3,93%), Risco de glicemia instável (3,26%), Perfusão tissular periférica ineficaz (3,61%), Risco de desequilíbrio eletrolítico (2,61%), Motilidade gastrointestinal disfuncional (2,61%) e Risco de constipação (2,61%).

Com o presente estudo foi possível elencar diagnósticos de enfermagem num contexto da assistência às feridas, tanto numa perspectiva preventiva quanto curativa, minimizando os danos desse processo. Tais diagnósticos efetivamente construídos, poderão ser instrumentos que subsidiarão à Equipe de Enfermagem da UTI pesquisada e, em especial ao Enfermeiro, inserido nesta complexidade de assistência, durante a realização da Sistematização de Enfermagem-SAE, pois esta etapa diagnóstica é primordial para o bom andamento desta metodologia de trabalho, quando se propõe a organizar o pensamento acerca desta fragilidade tecidual, após minucioso e valoroso exame físico.

## DIAGNOSTICS OF RELATED INJURIES IN A NURSING UNIT OF INTENSIVE CARE ADULT

### ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) is a hospital department responsible for providing care to critically ill patients or risk potentially recoverable. In addition to the scientific knowledge and technical skill, nurses of this unit need to search knowledge to perform interventions. The use of the Systematization of Nursing Assistance (SAE) in wound care is essential for an individualized and appropriate assistance. This is a descriptive and exploratory study with a quantitative approach aimed at identifying the major commonly nursing diagnoses related to injuries in a general ICU of a public hospital, a reference in traumatology, Campina Grande - PB. The sample consisted of 30 patients admitted to the ICU in question using the Taxonomy II North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) and as a result was obtained 12 most frequent nursing diagnoses related to injuries: Risk of infection (17.64% ), Mobility impaired bed (13.72%), impaired skin integrity (12.41%), impaired tissue integrity (8.49%), impaired skin integrity risk (6.65%), Clearing ineffective airways (5.88%), impaired physical mobility (3.93%), unstable blood glucose risk (3.26%), peripheral tissue perfusion ineffective (3.61%), electrolyte imbalance risk (2.61% ), dysfunctional gastrointestinal motility (2.61%) and constipation risk (2.61%). Such diagnoses effectively constructed, can be instruments that will subsidize the ICU Nursing Team researched, care and especially the nurse, entered this complexity assistance.

**Keywords:** ICU. Nursing Diagnosis. Wounds.

## REFERÊNCIAS

AMANTE, L. N. ROSSETTO, A. P. SCHNEIDER, D. G. Sistematização da **Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta**. Rev. Esc. Enf. USP. São Paulo, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009.

AZEVEDO, P. A. et al. **Constipação Intestinal em Terapia Intensiva**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v. 21, n. 3, Julho/Agosto, 2009.

BACKES, D. S. et al.. **Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico**. Acta Sci. Health Sci, Maringá, v. 27, n. 1, p. 25-29, 2005.

BARROS, S. M. O.; MARIN, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. 1 ed. São Paulo: Roca, 2002.

BLANES, L. **Tratamento de feridas**. Baptista-Silva JCC, editor. Cirurgia vascular: guia ilustrado. São Paulo: 2004. Disponível em < <http://www.bapbaptista.com> >. Acesso em: 25 de nov. 2014.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conselho Nacional de Saúde. **Regulamenta diretrizes e Normas de pesquisa envolvendo seres humanos (revoga resoluções anteriores)**. Resolução nº 466/2012 – CNS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Resolução CREMESP nº 170 de 06/11/2007, Anexo II. **Define e regulamenta as atividades das Unidades de Terapia Intensiva**. Diário Oficial de São Paulo; Poder Executivo, São Paulo (SP) 22 nov. 2007.

Disponível em: < <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Legislacao&id=418>>. Acesso em: 06 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 07. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_feridas\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_feridas_final.pdf)>. Acesso em: 06/11/2014.

CAIXETA, A. M. S. **Revisão bibliográfica: diagnóstico de enfermagem**. Sistema Anhanguera de Revistas Eletrônicas, v. 1, n. 1, 2007.

CARNEIRO, M. C. R. C. ; Hidratação da Pele no Paciente Acamado. Rio de Janeiro, janeiro, 2013. 4p.

AMORIM, Carolina P.; BERNADINA, Lucienne D.; CHEREGATTI, Aline L. (Colab.) Monitorização dos parâmetros vitais em UTI. In: CHEREGATTI, Aline L.; AMORIM, Carolina P. (Org). **Enfermagem em unidade de terapia intensiva**. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2010. p. 425.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 358 de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em:< [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em 04 jun. 2013.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: **Definições e classificação 2012-2014** / [Nanda International]; Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FERNANDES, Niedja Cibegne da Silva; TORRES, Gilson de Vasconcelos. **Úlceras de pressão: um estudo com pacientes de unidade de terapia intensiva**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2005. Disponível em: <<http://www.feridologo.com.br/Feridoteca%20%C3%9Alcera%20de%20press%C3%A3o%20em%20UTI.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 14.

GEOVANINI, Telma; JUNIOR, Alfreu Gomes de Oliveira. **Manual de curativos**. 2. ed. São Paulo: Corpus, 2008.

GOVERNO DA PARAÍBA. **Hospital de Trauma de Campina Grande atende 489 pessoas no final de semana**. Segunda-feira, 11 de março de 2013 - 11h34. Disponível em: <<http://www.paraiba.pb.gov.br/65517/hospital-de-trauma-de-campina-grande-atende-489-pessoas-no-final-de-semana.html>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

IRION, Glenn. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas de cores**. Tradução de João Clemente Dantas do Rêgo Barros – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Título original: Comprehensive wound management.

MARTINS, I. ; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem Desobstrução ineficaz de vias aéreas**. Acta Paul Enferm, São Paulo, v. 18, n. 2, p.143-149, 2005.

MENEGHIN, P. ; VATTIMO, M. F. F. (Colab.). Aspectos éticos do tratamento de feridas. In: JORGE, S.A; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003, cap 5. p. 31 - 42.

MILONE, Giuseppe. **Estatística: geral e aplicada**. São Paulo: Pioneira Thomson Laeming, 2004. p. 35.

MOLINA, R. C. M. et al. **Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar**. Esc Anna Nery R Enferm, v. 11, n. 3, p. 437 – 44, 2007.

MORAIS, Gleycianne F.C.; OLIVEIRA, Simone H.S.; SOARES, Maria J.G.O. **Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública**. Rev Texto Contexto Enferm. [online.] Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 98-105, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/11.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

MOREIRA et al. **Condutas de enfermeiros no tratamento de feridas numa unidade de terapia intensiva**. Rev. Rene. Fortaleza. v. 10, n. 3, p. 83-89, 2009. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3\\_pdf/a10v10n3.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3_pdf/a10v10n3.pdf)>. Acesso em: 06 fev. 2013.

MOREIRA, R. P. et al.. **Risco de integridade da pele prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico**. In: 10o Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem. Brasília, 2010.

NAENT. **Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado PHTLS**. Tradução de Renata Scavone, et al. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Título original: Prehospital Trauma Life Support. p. 356.

PASINI, D. et al.. **Diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em unidades de terapia intensiva**. Rev. Esc. Enf. USP, v. 30, n. 3, p.501-18, 1996.

POTTER Patricia A.; PERRY, Anne G. **Fundamentos de Enfermagem**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento, et al. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Título original: *Fundamentals of Nursing*.

SALOMÉ, G. M. **Diagnóstico de enfermagem dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva**. *Saúde Coletiva*, v. 47, n. 8, p. 24-28, 2011.

SANTOS, F. dos. et al. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.15 nº 5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd178/avaliacao-e-tratamento-de-feridas.htm>>. Acesso em: 03 nov. 2014.

SANTOS, Maria Luísa Vieira Andrade dos; JARDIM, Maria Helena de Agrela Gonçalves. Prevalência das úlceras por pressão: uma revisão sistemática. **Revista Enfermagem Atual in derme**. Rio de janeiro, v. 63, p.21-26, 2012.

SMELTZER; S.C; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11 edição. Vol.2 . Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012. Capítulo 38 – 55.

SOUZA et al. (Colab.) Unidade de terapia intensiva. In: SILVA, Maria V. G.; OLIVEIRA, Avany M. G.. **Plantão de Enfermagem: o cotidiano da assistência de enfermagem numa unidade hospitalar**. Rio de janeiro: Nogueira Rio, 2009. p. 318.

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

TANNURE, M. C. GONÇALVES, A. M. P. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2008.

TEBCHERANI, Antonio José. Histologia Básica Cutânea. In: MALAGUTTI, Willian; KAKIHARA, Cristiano Tárzia (Org.). **Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2011. p. 25

TRUPPEL, T. C. et al.. **Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-227, 2009.



## APÊNDICE A - ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO PORTADOR DE FERIDAS

Obs. adaptação do guia para avaliação do portador de feridas (GEOVANINI; JUNIOR, 2008)  
e do formulário geral para registro tegumentar (IRION, 2012)

### PRIMEIRA ETAPA

<b>I. HISTÓRICO/ANAMNESE</b>
<p><b>Sujeito nº:</b> _____ <b>Idade:</b> _____ anos</p> <p><b>Sexo:</b> ( ) Feminino ( ) Masculino <b>Estado Civil:</b> _____</p> <p><b>Etnia:</b> ( ) Branco ( ) Negro ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena</p> <p><b>Profissão:</b> _____ <b>Naturalidade:</b> _____</p> <p><b>Data de Internação:</b> _____ <b>Registro:</b> _____</p> <p><b>Setor de Procedência:</b> _____ <b>Leito Atual:</b> _____</p> <p><b>Diagnóstico Médico:</b> _____</p> <p><b>História da saúde anterior:</b></p> <p>( ) DM ( ) HAS ( ) Tabagismo ( ) Alcoolismo ( ) Outros _____</p> <p><b>Uso de medicamentos:</b> ( ) Não ( ) Sim Quais? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<b>II. ESCALA DE BRADEN</b>
<p><b>Percepção sensorial:</b></p> <p>( ) 1. Completamente limitada ( ) 2. Muito limitada ( ) 3. Ligeiramente limitada</p> <p>( ) 4. Nenhuma limitação</p>
<p><b>Umidade:</b></p> <p>( ) 1. Constantemente úmida ( ) 2. Úmida ( ) 3. Ocasionalmente úmida ( ) 4. Raramente úmida</p>
<p><b>Atividade:</b></p> <p>( ) 1. Acamado ( ) 2. Sentado ( ) 3. Anda ocasionalmente ( ) 4. Anda frequentemente</p>
<p><b>Mobilidade:</b></p> <p>( ) 1. Completamente imobilizado ( ) 2. Muito Limitada ( ) 3 Ligeiramente limitada ( ) 4. Sem limitações</p>
<p><b>Nutrição:</b></p> <p>( ) 1. Muito ruim ( ) 2. Provavelmente inadequado ( ) 3. Adequada ( ) 4. Excelente</p>
<p><b>Fricção e forças de deslizamento:</b></p>

<input type="checkbox"/> 1. Problema <input type="checkbox"/> 2. Problema potencial <input type="checkbox"/> 3. Nenhum problema Total: _____
<b>III. REVISÃO DOS SISTEMAS</b>
<b>Neuromuscular:</b> <input type="checkbox"/> Paraplegia <input type="checkbox"/> Tetraplegia <input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Outros _____ Anotações: _____
<b>Musculoesquelético:</b> <input type="checkbox"/> fraturas <input type="checkbox"/> entorses <input type="checkbox"/> luxações <input type="checkbox"/> contusões <input type="checkbox"/> aparelhos ortopédicos <input type="checkbox"/> Outros _____
<b>Cardiovascular:</b> Pulsos periféricos: <input type="checkbox"/> presentes <input type="checkbox"/> ausentes Quais?: _____ Edema <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> <2s <input type="checkbox"/> >2s
<b>Tegumentar:</b> <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Mácula <input type="checkbox"/> Tubérculos <input type="checkbox"/> Nódulos <input type="checkbox"/> Vegetações <input type="checkbox"/> Vesícula <input type="checkbox"/> Bolhas <input type="checkbox"/> Pústulas <input type="checkbox"/> Abscessos
Lesão cutânea: Localização _____ _____ _____ _____
<b>Respiratório:</b> <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Anotações (PEEP, FiO <sub>2</sub> , modo de Ventilação): _____ _____ _____
<b>IV. SINAIS VITAIS</b>
PA: _____ mmHg P: _____ bpm R: _____ irpm T: _____ °c SpO <sub>2</sub> : _____ %
<b>V. EXAMES LABORATORIAIS</b>

Hemograma:	
1. Eritrograma:	Valores de Referência
Hemácias _____	4,1 a 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina _____	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito _____	40,0 a 54,5 %
2. Leucograma:	
Leucócitos _____	5.000 a 10.000/mm <sup>3</sup>
Neutrófilos: Promielócitos _____	0 a 0 % - 0 a 0/mm <sup>3</sup>
Mielócitos _____	0 a 0 % - 0 a 0/mm <sup>3</sup>
Metamielócitos _____	0 a 0 % - 0 a 0/mm <sup>3</sup>
Bastonetes _____	0 a 5 % - 0 a 900/mm <sup>3</sup>
Segmentados _____	0,5 a 6,0 % - até 850/mm <sup>3</sup>
Eosinófilos _____	0 a 2,0 % - até 400/mm <sup>3</sup>
Basófilos _____	20 a 45% - 2.500 a 1.000/mm <sup>3</sup>
Linfócitos: Típicos _____	0 a 5 % - 0 a 500/mm <sup>3</sup>
Atípicos _____	2,0 a 10 % - até 3.500/mm <sup>3</sup>
Monócitos _____	2,0 a 10 % - até 1.000/mm <sup>3</sup>
3. Plaquetas _____	140.000 a 400.000/mm <sup>3</sup>
Eletrólitos:	
Sódio _____	135 - 145 mEq/L
Potássio _____	3.5 - 4.5 mEq/L
Cálcio _____	4.5 - 5.5 mEq/L
Magnésio _____	1.5 - 2.5 mEq/L
Bicarbonato _____	22 - 26 mEq/L
Glicemia _____	60 a 99 mg/dl
Creatinina _____	0.4 a 1.4 mg/dl
Cultura de secreções da lesão: ( ) Sim ( ) Não	
Resultado: _____	
_____	
Tratamento _____	prescrito _____ para _____ a _____
Lesão: _____	
_____	
<b>VI. AVALIAÇÃO DA LESÃO</b>	

**1. Característica do tecido (aparência)**

Tecido de granulação/vermelho  Tecido de epitelização/pálido  Tecido necrótico/negro ou marrom  Crosta  Esfacelos/amarelo  Hipergranulação

**2. Pele ao redor de ferida**

Hiperemia  Maceração  Hiperkeratose  Edema  Eczema

**3. Aspectos dos exsudatos**

Seroso  Sanguinolento  Sero-sanguinolento  Purulento  Pio-sanguinolento

Derivados de fístulas:  Fecalóide  Pancreático  Bilientérico

**4. Odor :**  Fétido  inodoro**5. Coloração das secreções**

Esbranquiçadas  Amareladas  Esverdeadas  Achocolatada

**6. Exposição de estruturas anatômicas**

Pele  Tecido adiposo  Músculos  Tendão  Vasos sanguíneos  Ossos

Cavidade/órgãos

**7. Extensão da ferida (área em cm<sup>2</sup>)**

Comprimento: \_\_\_\_\_ Largura: \_\_\_\_\_ Diâmetro: \_\_\_\_\_

Pequena ( $\leq 50 \text{ cm}^2$ )

Média ( $> 50 \text{ cm}^2$  e  $< 150 \text{ cm}^2$ )

Grande ( $> 150 \text{ cm}^2$  e  $< 250 \text{ cm}^2$ )

Extensa ( $> 250 \text{ cm}^2$ )

**8. Profundidade \_\_\_\_\_ cm**

Superficial  Profunda superficial  Profunda total

**9. Tunelização**  Não  Sim \_\_\_\_\_ cm de profundidade**10. Comprometimento tecidual (em caso de úlcera por pressão)**

Categoria I  Categoria II  Categoria III  Categoria IV

**11. Potencial de contaminação**

Limpa  Contaminada  Potencialmente contaminada  Infectada

**12. Tempo de existência**

Aguda  crônica

**13. Fase da cicatrização**

Inflamatória  Proliferativa  maturação

## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa AVALIAR PARA TRATAR FERIDAS: CRITÉRIOS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho, AVALIAR PARA TRATAR FERIDAS: CRITÉRIOS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA, terá como objetivo geral identificar os tipos de feridas mais frequentes, e o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre o cuidado com lesões cutâneas, numa UTI adulto de uma instituição hospitalar pública de Campina Grande – PB.

- Ao voluntário só caberá a autorização para Questionário e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.
- Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 93424135 com Eloíde André Oliveira. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

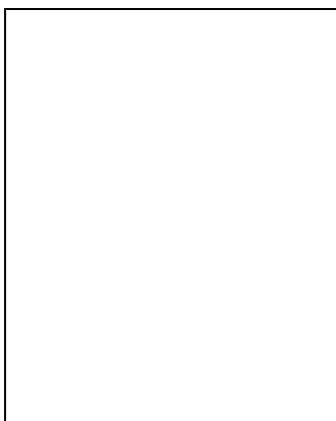
---

Assinatura do pesquisador responsável

---

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica  
Participante da pesquisa



**ANEXO B – ROTEIRO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM SUGERIDO POR  
AMANTES *et al.* (2009)**

<b>I. IDENTIFICAÇÃO</b>		
Sujeito nº:	Idade:	
Sexo:	Estado Civil:	Religião:
Profissão:	Naturalidade:	
Procedência:	Data de Internação:	Registro:
Setor Procedência:	Leito Atual:	
Diagnóstico médico:		
<b>II. ENTREVISTA</b>		
Internações anteriores (nº de vezes e motivo):		
Antecedes: ( ) HAS ( ) DM ( ) Tabagismo ( ) Alcoolismo ( ) Outros:		
O que sabe sobre a doença atual?		
Medos e ansiedades:		
( ) Dor (local e manifestação):		
<b>III. EXAME FÍSICO</b>		
<b>1. Necessidades Psicobiológicas</b>		
<b>1.1 Regulação Neurológica</b>		
Consciência: ( ) Alerta ( ) Letárgico ( ) Obnubilado ( ) Torporoso ( ) Comatoso		
Glasgow: ____		
Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas: _____ ( ) Miose ( ) Midríase ( ) RFM		
Mobilidade física: MMSS - ( ) Preservada: _____ ( ) Paresia: _____		
( ) Plegia: _____ ( ) Parestesia: _____		
MMII - ( ) Preservada: _____ ( ) Paresia: _____		
( ) Plegia: _____ ( ) Parestesia: _____		
( ) Movimentos lentos ( ) Movimentos involuntários ( ) Crise convulsiva: _____		
Fala e linguagem: ( ) Afonia ( ) Dislalia ( ) Disartria ( ) Disfasia ( ) Afasia		
Medicações: ( ) Psicotrópicos: _____ dose: _____ ml/h		
( ) Bloqueadores neuromusculares: _____ dose: _____ ml/h		
<b>1.2 Oxigenação</b>		

<p><i>Respiração</i> ( ) Espontânea ( ) Cateter ( ) Máscara Prótese: ( )TOT ( )Traqueostomia</p> <p>Outros: _____ O2: _____ litros/min SpO2:_____ FR: _____ mpm</p> <p>( ) Dispinéia ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Hiperventilação neurogênica central</p> <p>( ) Apnêustica ( ) Biot ( ) Cheyne-Stokes ( ) Kussmaul ( )Em Salvas</p> <p>( )Ventilação mecânica Modalidade:_____ VC:_____ FiO2:_____</p> <p>PEEP:_____ SpO2:_____ Pressão cuff:_____</p>
<p><i>Ausculta Pulmonar</i>:_____ MV Presentes ( ) Bilateralmente ( ) Diminuídos:_____</p> <p>Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estertores</p> <p><i>Presença de tosse</i>: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva ( ) Expectoração</p> <p>( ) Aspiração (quantidade e característica):</p> <p><i>Drenagem torácica</i> ( ) - Tempo e Características:</p> <p><i>Gasometria</i>: Data/Hora:_____ pH: _____ pCO2:_____</p> <p>PO2:_____ BIC: _____ BE: _____ TCO2: _____ sO2:_____</p>
<p><b>1.3 Regulação Cardiovascular</b></p>
<p>FC: _____ bpm PA:_____ mmHg PVC:_____ cmH2O PAM: _____ mmHg</p> <p><i>Pulso</i>: ( )Regular ( )Irregular ( )Impalpável ( )Filiforme ( )Palpável ( )Cheio</p> <p><i>Coloração da pele</i>: ( )Corado ( )Hipocorado ( )Cianose:</p> <p><i>Tempo de enchimento capilar</i>: ( )_ 2 segundos ( )&gt; 2 segundos</p> <p><i>Marcadores enzimáticos</i>: Ck:_____ CkMB:_____ Troponina:_____</p> <p><i>Presença de edema</i>: ( )pés ( )MMII ( )MMII e MMSS ( )Anasarca</p> <p>ECG: ( )Ritmo sinusal ( )Regular ( )Alterado:</p> <p>Drogas vasoativas: ( )Dopamina _____ ml/h ( )Dobutamina _____ m/h</p> <p>( ) Noradrenalina _____ ml/h</p>
<p><b>1.4 Regulação Térmica</b></p>
<p>Temperatura: _____ °C</p>
<p><b>1.5 Percepção dos Órgãos dos Sentidos</b></p>
<p>Visão: ( ) Normal ( ) Alterada: _____ Audição: ( )Normal ( )Alterada</p>
<p><b>1.6 Regulação Hormonal e Eletrolítica</b></p>
<p>Glicemia: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____</p>
<p><b>1.7 Hidratação e Eliminação Vesical</b></p>
<p>Turgidez da pele: ( )Preservada ( )Diminuída</p> <p>Eliminação urinária: ( )Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )SVD ( )Dispositivo externo</p>



Características: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Outros:	
Função Renal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada:	Uréia: _____ Creatinina: _____
<b>1.8 Alimentação e Eliminação Intestinal</b>	
Tipo de dieta:	Peso:
Apetite: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído	
Via de administração: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> SNG/SNE <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Outras:	
Presença de: <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vômito (quantidade e característica):	
Abdome: <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso à palpação <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado	
Ostomia <input type="checkbox"/> Local:	
Eliminação intestinal: _____ Frequência: _____ vezes/semana	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>1.9 Integridade Cutâneo-mucosa</b>	
Pele: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Equimoses	
<input type="checkbox"/> Hematomas:	<input type="checkbox"/> Escoriações: <input type="checkbox"/> Outros:
Olhos: <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Edema de conjuntiva <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>1.10 Terapêutica</b>	
Rede venosa:	Musculatura:
Cateter: <input type="checkbox"/> Punção periférica <input type="checkbox"/> Jugular <input type="checkbox"/> Subclávia <input type="checkbox"/> Duplo lúmen <input type="checkbox"/> Outro:	
Tempo de permanência:	Características do local:
Dreno <input type="checkbox"/> Local: _____ características:	
<b>1.11 Segurança Física</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de contenção no leito:	<input type="checkbox"/> Isolamento:
<b>2. NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>2.1 Gregária e Segurança Emocional</b>	
<input type="checkbox"/> Necessita de acompanhante <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>3. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Necessidade de auxílio espiritual	
<b>4. EXAMES LABORATORIAIS RELEVANTES</b>	

Enfermeiro/Carimbo:

Data/Hora:

## ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB**  
**COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER DO RELATOR: (03)**

**Pesquisador Responsável Junto a Plataforma Brasil: Eloide André Oliveira**

**Número do CAAE PLATAFORMA BRASIL: 23086013.6.0000.5187**

**Data da relatoria: 24/10/2013**

**Título: AVALIAR PARA TRATAR FERIDAS: CRITÉRIOS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA**

**Apresentação do Projeto:** O projeto é intitulado: AVALIAR PARA TRATAR FERIDAS: CRITÉRIOS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA. Serão identificados os tipos de feridas mais frequentes, os diagnósticos de enfermagem relacionados à ferida, os critérios de avaliação e de tratamento destas pelos enfermeiros, na UTI Geral adulto do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes da cidade de Campina Grande/PB. O estudo terá uma abordagem quantitativa e será dividida em quatro etapas. A primeira etapa será destinada a análise dos portadores de feridas internados na UTI, a aquisição de imagens fotográficas das soluções de continuidade encontradas e será traçado o perfil das feridas de maior ocorrência. Na segunda etapa serão identificados os diagnósticos de enfermagem relacionados à ferida. Na terceira, pretendemos investigar os critérios utilizados pelos enfermeiros ao realizar a avaliação das feridas. E na quarta etapa realizaremos a investigação das intervenções sugeridas pelos enfermeiros intensivistas durante o tratamento de lesões cutâneas.

**Objetivo da Pesquisa:** Identificar os tipos de feridas mais frequentes, os diagnósticos de enfermagem relacionados a lesões cutâneas e os critérios de avaliação e de tratamento destas pelos enfermeiros, numa UTI Geral adulto de uma instituição hospitalar pública de Campina Grande/PB.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** Como pretendemos realizar exame físico e fotografar as lesões (mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Obtenção e Utilização de Imagens por um responsável) entendemos que tais ações requerem manipulação dos pacientes que provocam incômodos e constrangimentos nos mesmos. Para diminuir tal desconforto pretendemos realizá-los durante o banho no leito, que na UTI, campo da referida pesquisa, é realizado todas as manhãs. Benefícios: Este estudo pretende aumentar o acervo de informações referentes a estudos de feridas mais frequência em UTIs adulto; sobre os diagnósticos de enfermagem relacionados a elas; e sobre como elas estão sendo avaliadas e tratadas pelos enfermeiros intensivistas. Para a comunidade científica este estudo colabora, para

que, posteriormente, se façam outras indagações e pesquisas acerca dos temas tratados. Para a instituição campo de estudo contribuirá para o conhecimento, por parte dos coordenadores e dos demais profissionais, sobre o perfil das feridas existentes nos pacientes tratados em suas UTIs e da maneira como a enfermagem vem tratando tais feridas. Estas informações contribuirão para a modificação de prováveis atitudes inadequadas que possam ocorrer no tratamento com feridas, bem como, a ratificação de condutas adequadas. E desta forma aumentar a qualidade da assistência de saúde voltada ao tratamento de feridas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), mormente pesquisa (bem como extensão), estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais do ensino superior em Enfermagem, dentre outras áreas afins do saber científico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:** No projeto encontram-se todos os termos de autorização necessários para a realização da pesquisa.

**Recomendações:** Sem recomendações. O projeto atende as exigências protocolares mediante Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto dentro das normas da resolução 466/12 do CNS/MS, com condições de ser executado

**Situação do parecer: Aprovado**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa