





DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM FERIDA CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

Iorrany Sunaly Neves Bezerra¹ , Rafaella Rodrigues Amorim Frota¹ , Claudiomiro da Silva Alonso² , Eline Lima Borges² , Taysa de Fátima Garcia^{2*} 

RESUMO

Objetivo: Identificar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem relacionados a pacientes com ferida crônica produzidos por um sistema específico na atenção primária e secundária. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo, realizado entre julho e outubro de 2022. Utilizaram-se os dados do sistema Sistematização da Assistência de Enfermagem em Feridas – gerencial (SAEFg). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer nº 4.329.008/2020. **Resultados:** No total, foram 314 registros de diagnósticos e 1.300 de intervenções de enfermagem. Os principais diagnósticos de enfermagem foram: úlcera venosa (17,6%), cicatrização da ferida prejudicada e ansiedade (7,6%), risco de queda (7,1%), risco de infecção (6,7%) e prurido (6,4%). As intervenções foram: prescrever/orientar a elevação das pernas (9,3%), orientar não coçar ou usar produtos abrasivos (8,3%), examinar condições da pele (7%), descrever/documentar as características da ferida (5,5%). **Conclusão:** Os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem versaram sobre os aspectos tegumentares, emocionais e de riscos como queda e infecção. A maior ocorrência de registros foi na atenção secundária.

DESCRIPTORES: Processo de enfermagem. Estomaterapia. Ferimentos e lesões. Diagnóstico de enfermagem.

NURSING DIAGNOSES AND INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC WOUND IN PRIMARY AND SECONDARY CARE

ABSTRACT

Objective: To identify nursing diagnoses and interventions related to patients with chronic wound produced by a specific system in primary and secondary care. **Method:** Descriptive study conducted between July and October 2022. We used data from the Systematization of Nursing Care in Wounds–anagerial (SAEFg) system. The study was approved by the Ethics and Research Committee, under Opinion no. 4.329.008/2020. **Results:** There were 314 records of diagnoses and 1,300 of nursing interventions. The main nursing diagnoses were: venous ulcer (17.6%), impaired wound healing and anxiety (7.6%), risk of falling (7.1%), risk of infection (6.7%), and pruritus (6.4%). The interventions were: prescribe/guide leg elevation (9.3%), guide not to scratch or use abrasive products (8.3%), examine skin conditions (7%), and describe/document wound characteristics (5.5%). **Conclusion:** The main nursing diagnoses and interventions were about tegumentary, emotional and risk aspects such as fall and infection. The highest occurrence of records was in secondary care.

DESCRIPTORS: Nursing process. Enterostomal therapy. Wounds and injuries. Nursing diagnosis.

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública  – Salvador (BA), Brasil.
2. Universidade Federal de Minas Gerais  – Belo Horizonte (MG), Brasil.

*Autora correspondente: taysafati@hotmail.com

Editor de Seção: Juliana B. Reis Girondi 

Recebido: Maio 12, 2022 | Aceito: Mar. 28, 2023

Como citar: Bezerra ISN; Frota RRA; Alonso CS; Borges EL; Garcia T (2023) Diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes com ferida crônica na atenção primária e secundária. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 21: e1345. https://doi.org/10.30886/estima.v21.1345_PT

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMERIA EM PACIENTES COM HERIDAS CRÔNICAS EM ATENÇÃO PRIMARIA Y SECUNDARIA

RESUMEN

Objetivo: Identificar los diagnósticos de enfermería y las intervenciones relacionadas con los pacientes con herida crónica producidas por un sistema específico en Atención Primaria y Secundaria. **Método:** Estudio descriptivo, realizado entre julho e outubro de 2022. Se utilizaron los datos del Sistema "Sistematización de la Asistencia de Enfermería en Ferias - gerencial (SAEFg)". El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación con el Dictamen nº 4.329.008/2020. **Resultados:** Hubo un total de 314 registros de diagnósticos y 1.300 de intervenciones de enfermería. Los principales diagnósticos de enfermería fueron: úlcera venosa (17,6%), deterioro de la cicatrización y ansiedad (7,6%), riesgo de caídas (7,1%), riesgo de infección (6,7%) y prurito (6,4%). Las intervenciones fueron: prescribir/guair la elevación de las piernas (9,3%), guiar para no rascarse ni utilizar productos abrasivos (8,3%), examinar las condiciones de la piel (7%), describir/documentar las características de la herida (5,5%). **Conclusión:** Los principales diagnósticos e intervenciones de enfermería fueron sobre aspectos tegumentarios, emocionales y de riesgo como caídas e infecciones. El mayor número de registros se produjo en la atención secundaria.

DESCRIPTORES: Proceso de enfermería. Estomaterapia. Heridas y lesiones. Diagnóstico de enfermería.

INTRODUÇÃO

A assistência sistematizada de enfermagem ao paciente com ferida crônica nos serviços de saúde é fundamental para o sucesso do tratamento e cura. Entre esses serviços, destacam-se a atenção primária e secundária à saúde, pois representam a principal porta de entrada dos pacientes com ferida na rede de atenção à saúde¹.

Nesses serviços, o enfermeiro é responsável pela avaliação da pessoa com ferida, pela determinação e indicação de tecnologias para prevenção e tratamento. Além disso, protagoniza as ações de elaboração e implementação de protocolos e evidências clínicas nos serviços de saúde².

Para tal, o enfermeiro organiza e sistematiza seu trabalho nos pressupostos do processo de enfermagem, o qual consiste em um instrumento metodológico norteador do cuidado e é descrito em cinco etapas distintas: investigação ou coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento ou prescrição de enfermagem, implementação das intervenções e avaliação de resultados^{3,4}.

Essas ações subsidiam a organização e o gerenciamento do cuidado³, além de conferir maior autonomia ao enfermeiro, segurança, raciocínio clínico e crítico e melhoria da qualidade assistencial⁵, no entanto observa-se na prática clínica a incompletude da execução do processo de enfermagem, justificada por fatores dificultadores, entre eles a ausência de instrumentos e protocolos que direcionem a coleta e o registro de dados do paciente^{3,6,7}.

Uma estratégia importante para o registro de ações assistenciais é a incorporação de tecnologias informatizadas para produção de dados em conexão com prontuários de pacientes. Essa informatização proporciona melhor estrutura para a documentação do processo de enfermagem⁸. Confere melhor precisão na elaboração e execução do plano de cuidados e, conseqüentemente, facilita a obtenção de dados quando comparada a registros manuais⁹.

A geração de dados nesses sistemas pode prover a compilação automática de indicadores assistenciais, como a frequência de determinado evento, taxa de diagnósticos de riscos e de prevenção de complicações aos pacientes¹⁰. Buscando suprir demandas como essa, muitos sistemas são criados para amparar a execução do processo de enfermagem em diversas áreas, especialmente no tocante à elaboração de diagnósticos e intervenções^{11,12}.

Nessa perspectiva, conhecer os diagnósticos e as intervenções de enfermagem registrados e agrupados em sistemas informatizados é fundamental para avaliar a assistência prestada. O mapeamento dessas etapas possibilita identificar os principais problemas de enfermagem dos pacientes, a precisão do plano de cuidados e, conseqüentemente, as habilidades e oportunidades de melhoria referentes à atuação do enfermeiro¹³.

Todavia, o que se observa na prática clínica é o uso fragmentado do processo de enfermagem, sem a utilização de taxonomias para determinação dos diagnósticos e amparo na escolha de intervenções de enfermagem. Esse fato resulta na ausência de registros e documentação específica pelos enfermeiros em sua assistência^{14,15}.

Assim, este estudo buscou responder à seguinte questão norteadora: quais são os diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados ao paciente com ferida crônica registrados em um sistema específico, para a atenção primária e secundária à saúde? O objetivo deste estudo foi identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados a pacientes com ferida crônica registrados em um sistema específico na atenção primária e secundária.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, conduzido pela abordagem quantitativa e realizado com os dados secundários provenientes da atenção primária e secundária de serviços do estado de Minas Gerais.

Os dados do estudo foram extraídos de um banco elaborado previamente para uma tese de doutorado que gerou o sistema Sistematização da Assistência de Enfermagem em Feridas – gerencial (SAEF-g). Ele foi idealizado e desenvolvido para avaliação e documentação sistemática da assistência de enfermagem prestada ao paciente com ferida crônica. O SAEF-g disponibiliza 45 diagnósticos e 136 intervenções de enfermagem, como opção de escolha do profissional, que estão em consonância com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe).

O sistema foi utilizado na prática clínica em quatro serviços, sendo dois da atenção primária e dois da atenção secundária à saúde, no período de 60 dias. A análise do banco de dados do SAEF-g ocorreu no período de agosto a outubro de 2022.

Do banco do SAEF-g constava o registro de 142 atendimentos, incluindo admissões de enfermagem (primeira consulta) e evoluções, distribuídos em 62 na atenção primária e 80 na atenção secundária. As variáveis analisadas foram os registros de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Para entendimento das variáveis clínicas dos pacientes, esclarece-se que a média de idade era de 64 anos, e todos apresentavam uma ou mais doenças associadas, sendo as principais hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. As etiologias das feridas em maioria foram venosa ou arterial, e o tempo mediano de existência da lesão foi de 2,5 meses na atenção primária e 17 meses na secundária.

Os dados referentes aos diagnósticos e às intervenções de enfermagem armazenados no SAEF-g foram exportados para o *software* Excel e organizados em planilhas de diagnósticos e intervenções, de maneira codificada. Em seguida, foram analisados no próprio Excel por estatística descritiva. Aquelas intervenções comuns a dois ou mais diagnósticos de enfermagem foram agrupadas.

O estudo que gerou o banco de dados utilizado na elaboração desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob Parecer nº 4.329.008/2020.

RESULTADOS

Foram acompanhados dois pacientes por enfermeiro, no período de 60 dias, totalizando 16 pacientes. A média de idade dos pacientes foi de 64 anos. Todos os pacientes apresentavam uma ou mais doenças associadas, sendo as principais hipertensão arterial e diabetes *mellitus* (Tabela 1).

Identificou-se na atenção primária ao menos um paciente (12,5%) com doenças como osteopenia, arritmia cardíaca e tabagismo. Na atenção secundária, na mesma proporção, identificaram-se pacientes com doença falciforme, doença de Behçet, insuficiência venosa crônica, insuficiência renal crônica, artrite psoriásica, transtorno de ansiedade generalizada e obesidade.

O tempo mediano de existência da lesão dos pacientes foi de dez meses (mínimo um e máximo 144), sendo 2,5 meses na atenção primária e 17 meses na secundária. Dois pacientes, um de cada ponto de atenção, apresentaram mais de uma lesão.

No período de 60 dias de uso do SAEF-g na prática clínica, foram feitos 314 registros de diagnósticos de enfermagem, sendo 113 (36%) na atenção primária e 201 (64%) na atenção secundária.

Tabela 1. Características clínicas dos pacientes na atenção primária e secundária à saúde (n = 16). Belo Horizonte (MG), 2022.

Variável	Atenção primária n = 8 n (%)	Atenção secundária n = 8 n (%)	Total n = 16 n (%)
Doenças associadas^e			
Hipertensão arterial	6 (75)	5 (62,5)	11 (68,7)
Diabetes mellitus	5 (62,5)	2 (25)	7 (43,7)
Restrição alimentar por doença			
Sim*	4 (50)	3 (37,5)	7 (43,7)
Não	4 (50)	5 (62,5)	9 (56,3)
Apresenta doença que atrasa a cicatrização da ferida			
Sim ^g	8 (100)	5 (62,5)	13 (81,2)
Não	0 (0)	3 (37,5)	3 (18,7)
Medicações de uso contínuo^e			
Anticoagulantes	1 (12,5)	2 (25)	3 (18,7)
Anti-inflamatórios	2 (25)	1 (12,5)	3 (18,7)
Anti-hipertensivos	6 (75)	5 (62,5)	11 (68,7)
Hipoglicemiantes	4 (50)	3 (37,5)	7 (43,7)
Outros ^f	4 (50)	5 (62,5)	9 (56,2)
Medicações de uso esporádico^e			
Analgésicos	5 (62,5)	6 (75)	11 (68,7)
Antibióticos	2 (25)	2 (25)	4 (25)
Nenhum	1 (12,5)	0 (0)	1 (12,5)
Etiologia da ferida			
Venosa	1 (12,5)	6 (75)	7 (43,7)
Arterial	3 (37,5)	0 (0)	3 (18,7)
Cirúrgica	0 (0)	1 (12,5)	1 (6,2)
Traumática	2 (25)	0 (0)	2 (12,5)
Neuropática	1 (12,5)	0 (0)	1 (6,2)
Úlcera da perna/doença falciforme	0 (0)	1 (12,5)	1 (6,2)
Úlcera do pé diabético	1 (12,5)	0 (0)	1 (6,2)

^eVariáveis que permitiam a marcação de mais de uma opção; *restrições alimentares por causa de doença associada: açúcares, sal ou gorduras; ^gdoenças que atrasam o processo de cicatrização da ferida: hipertensão arterial, diabetes, doença falciforme, doença vascular periférica, insuficiência venosa crônica e tabagismo; ^foutros: antilipêmicos, vasodilatadores, antipsicóticos, antidepressivos, antiarrítmicos, corticoides e antineoplásicos.

Dos 45 diagnósticos disponíveis no SAEF-g, 24 (53,3%) foram elencados por profissionais tanto da atenção primária quanto da secundária e 16 (35,5%) em apenas um deles, e cinco diagnósticos não foram utilizados. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: úlcera venosa, cicatrização da ferida prejudicada, ansiedade e risco de queda (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência de registros de diagnósticos de enfermagem na atenção primária e secundária à saúde (n = 314). Belo Horizonte (MG), 2022.

Diagnóstico de enfermagem	Atenção primária (113) n (%)	Atenção secundária (201) n (%)	Total (314) n (%)
Úlcera venosa	3 (1)	52 (16,6)	55 (17,6)
Cicatrização da ferida prejudicada	8 (2,5)	16 (5,1)	24 (7,6)
Ansiedade	8 (2,5)	16 (5,1)	24 (7,6)
Risco de queda	3 (1)	19 (6,1)	22 (7,1)
Risco de infecção	1 (0,3)	20 (6,4)	21 (6,7)
Prurido	10 (3,2)	10 (3,2)	20 (6,4)
Pressão arterial alterada	7 (2,2)	8 (2,5)	15 (4,8)
Falta de apoio familiar	9 (2,9)	2 (0,6)	11 (3,5)
Tristeza	6 (1,9)	4 (1,3)	10 (3,2)
Úlcera arterial	9 (2,9)	1 (0,3)	10 (3,2)
Integridade tissular prejudicada	1 (0,3)	8 (2,5)	9 (2,9)
Edema periférico	3 (1)	4 (1,3)	7 (2,3)
Mobilidade prejudicada	5 (1,6)	1 (0,3)	6 (2)
Dor cutânea	3 (1)	3 (1)	6 (2)
Risco de lesão	2 (0,6)	4 (1,3)	6 (2)
Adesão terapêutica prejudicada	1 (0,3)	4 (1,3)	5 (1,6)
Marcha prejudicada	2 (0,6)	3 (1)	5 (1,6)
Frequência cardíaca prejudicada	5 (1,6)	-	5 (1,6)
Percepção tátil prejudicada	5 (1,6)	-	5 (1,6)
Desesperança	2 (0,6)	2 (0,6)	4 (1,3)
Úlcera diabética	3 (1)	1 (0,3)	4 (1,3)
Ferida traumática	4 (1,3)	-	4 (1,3)
Odor	-	4 (1,3)	4 (1,3)
Ferida cirúrgica	-	4 (1,3)	4 (1,3)
Função vascular periférica alterada	3 (1)	-	3 (1)
Autoestima prejudicada	2 (0,6)	1 (0,3)	3 (1)
Estresse	1 (0,3)	2 (0,6)	3 (1)
Autoimagem comprometida	1 (0,3)	1 (0,3)	2 (0,6)
Alergia	1 (0,3)	1 (0,3)	2 (0,6)
Infecção	1 (0,3)	1 (0,3)	2 (0,6)
Baixo conhecimento em saúde	2 (0,6)	-	2 (0,6)
Atitude ao tratamento prejudicada	-	2 (0,6)	2 (0,6)
Condição respiratória prejudicada	-	2 (0,6)	2 (0,6)
Déficit de autocuidado	-	2 (0,6)	2 (0,6)
Condição social prejudicada	1 (0,3)	-	1 (0,3)
Lesão por pressão	1 (0,3)	-	1 (0,3)
Falta de confiança na prestação de cuidado	-	1 (0,3)	1 (0,3)
Integridade da pele prejudicada	-	1 (0,3)	1 (0,3)
Úlcera mista	-	1 (0,3)	1 (0,3)

“De 136 intervenções de enfermagem disponíveis no SAEF-g 111(81,6%) foram elencadas por profissionais de ambos os pontos de Atenção à Saúde. No que diz respeito ao número de registros de intervenções no SAEF-g, realizados em 60 dias, identificou-se 1.300. Foram 1.164 documentados pelos dois pontos de atenção (Tabela 3), 25 registradas apenas na Atenção Primária e 111 somente na Secundária”.

Tabela 3. Frequência de registros de intervenções de enfermagem na Sistematização da Assistência de Enfermagem em Feridas – gerencial (SAEFg) na atenção primária e secundária à saúde (n = 1.164). Belo Horizonte (MG), 2022.

Intervenções de enfermagem	Primária n = 363 (%)	Secundária n = 801 (%)	Total n = 1.164 (%)
Prescrever/orientar a elevação das pernas	13 (1,1)	94 (8,1)	108 (9,3)
Orientar unhas cortadas/não coçar/usar produtos abrasivos na pele	36 (3,1)	61 (5,2)	97 (8,3)
Examinar condições da pele (cor, temperatura, umidade, integridade e turgor)	21 (1,8)	60 (5,2)	81 (7)
Descrever/documentar características da ferida	15 (1,3)	49 (4,2)	64 (5,5)
Avaliar a presença de edema	9 (0,8)	54 (4,6)	63 (5,4)
Avaliar evolução da cicatrização da ferida	12 (1)	37 (3,2)	49 (4,2)
Monitorar/avaliar infecção	8 (0,7)	37 (3,2)	45 (3,9)
Orientar/sugerir sapatos para deambulação	22 (1,9)	18 (1,5)	40 (3,4)
Encaminhar para atendimento médico S/N	17 (1,5)	20 (1,7)	37 (3,2)
Orientar prevenção de recorrência de úlcera	8 (0,7)	26 (2,2)	34 (2,9)
Avaliar ferida para decisão de curativo	8 (0,7)	26 (2,2)	34 (2,9)
Avaliar a presença de pulsos	13 (1,1)	22 (1,9)	34 (2,9)
Instruir cuidados com a ferida e tratamento	4 (0,3)	27 (2,3)	31 (2,7)
Examinar os pés, pernas a cada retorno	18 (1,5)	12 (1)	30 (2,6)
Rastrear/orientar risco de queda	5 (0,4)	25 (2,1)	30 (2,6)
Acolher o paciente conforme suas necessidades	10 (0,9)	17 (1,5)	27 (2,3)
Monitorar sinais vitais	16 (1,4)	11 (0,9)	27 (2,3)
Avaliar a perfusão tissular periférica	9 (0,8)	17 (1,5)	26 (2,2)
Identificar/encorajar paciente a explicar anseios e tristeza	9 (0,8)	16 (1,4)	25 (2,1)
Avaliar a ocorrência de trauma	9 (0,8)	15 (1,3)	24 (2,1)
Orientar alterações de sensibilidade e nova lesão	9 (0,8)	14 (1,2)	23 (2)
Orientar uso de meias elásticas	2 (0,2)	21 (1,8)	23 (2)
Orientar a organização do ambiente doméstico	3 (0,3)	18 (1,5)	21 (1,8)
Encaminhar para equipe multiprofissional	16 (1,4)	2 (0,2)	18 (1,5)
Avaliar/fazer desbridamento S/N	2 (0,2)	15 (1,3)	17 (1,5)
Identificar a causa do prurido	8 (0,7)	8 (0,7)	16 (1,4)
Orientar repouso	8 (0,7)	6 (0,5)	14 (1,2)
Avaliar o risco de perfusão capilar ineficaz	2 (0,2)	12 (1)	14 (1,2)
Monitorar bordas da ferida	3 (0,3)	10 (0,9)	13 (1,1)
Incentivar atividades para o bem-estar	3 (0,3)	7 (0,6)	10 (0,9)
Estimular/motivar o autocuidado	1 (0,1)	9 (0,8)	10 (0,9)
Avaliar/explicar intensidade e causa da dor	6 (0,5)	4 (0,3)	10 (0,9)
Promover/encorajar esperança e potencialidades	6 (0,5)	3 (0,3)	9 (0,8)
Orientar/disponibilizar sobre a situação de saúde	7 (0,6)	2 (0,2)	9 (0,8)
Verificar a compreensão sobre as orientações	2 (0,2)	7 (0,6)	9 (0,8)
Prescrever/aplicar hidratante (pele e perilesional)	5 (0,4)	3 (0,3)	8 (0,7)
Discutir a corresponsabilidade no tratamento	5 (0,4)	1 (0,1)	6 (0,5)
Estabelecer relação de confiança com paciente	2 (0,2)	3 (0,3)	5 (0,4)
Orientar/ensinar técnicas de adaptação	1 (0,1)	4 (0,3)	5 (0,4)
Incentivar a adesão ao tratamento	1 (0,1)	3 (0,3)	4 (0,3)
Avaliar atitudes quanto ao registro terapêutico	2 (0,2)	1 (0,1)	3 (0,3)
Investigar fatores de aumento da dor	2 (0,2)	1 (0,1)	3 (0,3)
Usar superfície de suporte para alívio de pressão	2 (0,2)	1 (0,1)	3 (0,3)
Instruir cuidados com a pele	2 (0,2)	1 (0,1)	3 (0,3)
Encorajar o paciente a monitorar a dor	1 (0,1)	1 (0,1)	2 (0,2)

De modo geral, as intervenções de enfermagem prescritas foram coerentes com os diagnósticos determinados, no entanto apresentam algumas inconsistências. Por exemplo, do total de pacientes com úlcera da perna ($n = 13$), apenas quatro da atenção secundária tiveram o registro da realização do índice tornozelo braço (ITB). Na atenção primária, apesar de seis pacientes possuírem úlcera da perna, não foi identificada a documentação do ITB. Da mesma maneira, não houve prescrição/aplicação de terapia compressiva para esses pacientes.

Observou-se que os pacientes com úlcera neuropática ou pé diabético ($n = 2$) não possuíam o registro da avaliação específica dos pés quanto à percepção dolorosa, tátil e de sensibilidade. Houve o registro de infecção da ferida e indicadores de colonização crítica, porém não foi documentada a realização de investigação por meio de exames laboratoriais, *swab* da ferida, cultura e antibiograma.

DISCUSSÃO

O registro do processo de enfermagem na assistência ao paciente com feridas, especialmente de diagnósticos e intervenções de enfermagem, ainda ocorre de maneira fragmentada e incipiente¹⁴, sobretudo na atenção primária e secundária à saúde. Neste estudo, no entanto, houve um número expressivo desses registros no período de 60 dias, fato que pode ser decorrente da utilização de um sistema informatizado, o SAEF-g, que possui formulários estruturados e parametrizados para a coleta de dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Os sistemas informatizados otimizam o processo de trabalho, oferecem uma linguagem acessível e dinâmica para a equipe, em relação às terminologias diagnósticas, auxiliando na tomada de decisão do profissional^{16,17}, porém não substituem o pensamento crítico nem o raciocínio clínico do enfermeiro¹⁸.

Observou-se neste estudo que os diagnósticos mais frequentemente identificados foram úlcera venosa, cicatrização da ferida prejudicada, ansiedade, risco de queda, risco de infecção e prurido. Em menor proporção, houve diagnósticos como a integridade da pele prejudicada. Os achados podem estar relacionados com possíveis dificuldades dos profissionais em executar determinadas etapas do processo de enfermagem, de maneira especial na determinação de diagnósticos¹⁷.

Fatores como o conhecimento e a compreensão dos conceitos e das definições dos diagnósticos de enfermagem, conforme a taxonomia, podem resultar na elegibilidade de um diagnóstico que não seja o mais assertivo ou o mais exato. Em conformidade, destaca-se que alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem possuem características e componentes em comum, o que pode interferir na determinação do diagnóstico e, por conseguinte, no volume de registros.

Os dados corroboram os de outros estudos que identificaram principalmente a cicatrização da ferida prejudicada, ansiedade e risco de infecção. Em consonância com o risco de queda, encontrado neste estudo, observa-se na literatura a deambulação prejudicada. Por sua vez, destoando dos achados, viram-se a integridade tissular e a da pele prejudicada como os principais diagnósticos^{19,20}.

As intervenções pautadas em orientar a elevação das pernas e o corte das unhas, não coçar a pele, não utilizar produtos abrasivos na pele, examinar condições da pele, descrever características da ferida, orientar e sugerir sapatos para deambulação, examinar os pés, pernas a cada retorno apresentaram maior frequência. Esse fato pode estar relacionado com as características dos pacientes atendidos, em sua maioria diabéticos ou com lesões de etiologia venosa.

Ademais, constatou-se que intervenções mais complexas ou que exigem avaliação mais dinâmica e contextualizada com a clínica do paciente, como a avaliação do edema, perfusão, alterações de sensibilidade ou indicação de tecnologias em saúde para manejo da lesão, foram mais implementadas no nível secundário de atenção.

Ratifica-se que as intervenções identificadas neste estudo convergem com os achados da escassa literatura nacional, a qual em um estudo de revisão integrativa sinalizou que cuidados com a lesão de pele, avaliação de fatores de risco de lesão de pele, cuidados com a pele íntegra e cuidados com a mobilização do paciente são os grupos de intervenções mais comuns na prática dos serviços de saúde²¹.

Nesse contexto, cabe destacar as intervenções implementadas em uma única atenção; verifica-se que a atenção secundária à saúde registrou algumas intervenções que dependem de conhecimento sólido, tomada de decisão, autonomia por parte do enfermeiro, considerando a etiologia da ferida. Todavia, ações que permeiam o uso de tecnologias leves não foram registradas

na atenção primária, como manter a ferida úmida, orientar sobre riscos e ações de prevenção. Assim, é importante resgatar os pressupostos da atenção primária como porta de entrada nos serviços de saúde, cuja missão principal está na prevenção de doenças e agravos em saúde, com o uso de tecnologias leves, especialmente a educação em saúde.

Nessa concepção, um estudo de revisão sinalizou os fatores dificultadores da assistência às pessoas com feridas na atenção primária. Ele concluiu que a assistência é realizada de forma empírica e sem uso de protocolos e identificou a escassez de recursos adequados para a realização do tratamento de feridas, bem como o baixo conhecimento dos profissionais sobre o tratamento, a conduta, a escolha de curativo e a assistência prestada aos pacientes, associado à falta de capacitação dos profissionais e às deficiências no seu processo formativo¹⁵.

Salienta-se que as intervenções apresentadas neste estudo derivam do registro profissional em um sistema especializado e que a ausência do registro não resulta na omissão dos cuidados com a ferida, uma vez que o processo de enfermagem nas unidades não contava com esse componente tecnológico.

Observou-se que o maior número de intervenções e diagnósticos de enfermagem foi identificado na atenção secundária. Tal fato pode ser explicado pela complexidade desse setor, por sua especificidade e por contar com profissionais especializados, aqui enfermeiros estomaterapeutas.

Esses profissionais apresentam conhecimento qualificado e competências específicas para a avaliação e o tratamento do paciente com ferida. Trata-se de um profissional gerenciador do cuidado, com capacidade de operacionalizar diferentes abordagens no tratamento e na execução de transição de cuidados ao paciente com ferida²²⁻²⁴.

Independentemente da atenção à saúde, é importante que o processo de enfermagem seja realizado pelo enfermeiro, especialmente a coleta de dados e o julgamento de problemas, de maneira coerente e crítica²⁴. Este estudo fornece, portanto, um panorama da execução das etapas, de diagnóstico e intervenção que pode refletir a prática clínica de diferentes profissionais e promover a reflexão sobre os aspectos que envolvem a prescrição e o planejamento de cuidados.

Outro ponto importante é que a execução do processo de enfermagem confere autonomia ao enfermeiro. Possibilita uma assistência segura, ampla e assertiva, e sua documentação de maneira sistemática propicia a geração de dados que permitem a avaliação de resultados, o gerenciamento e a melhoria da qualidade assistencial.

Este estudo apresenta como limitação o fato de os profissionais não terem sido previamente treinados ou familiarizados com a taxonomia Cipe. Ademais, a utilização do processo de enfermagem, com enfoque na determinação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, não consiste em uma prática consolidada em sua totalidade nos serviços da atenção primária e secundária brasileiros.

CONCLUSÃO

Este estudo identificou que os diagnósticos e intervenções de enfermagem versaram principalmente sobre os aspectos tegumentares, emocionais, como tristeza e ansiedade, e de riscos, como queda e infecção. A maior ocorrência de registros foi na atenção secundária, e foi possível identificar os registros mais recorrentes no SAEF-g, documentados pelos enfermeiros.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Análise Formal: Garcia TF, Alonso CS e Borges EL; **Conceitualização:** Bezerra ISN, Frota RRA, Garcia TF, Alonso CS e Borges EL; **Cura de Dados:** Garcia TF, Alonso CS e Borges EL; **Metodologia:** Garcia TF e Borges EL. **Redação – Primeira Versão:** Bezerra ISN, Frota RRA e Garcia TF; **Redação – Revisão & Edição:** Garcia TF, Alonso CS e Borges EL; **Supervisão:** Garcia TF; **Validação:** Garcia TF, Alonso CS e Borges EL; **Visualização:** Bezerra ISN, Frota RRA, Garcia TF, Alonso CS e Borges EL.

DISPONIBILIDADE DE DADOS DE PESQUISA

Dados disponíveis sob solicitação para os curadores.

FINANCIAMENTO

Não aplicável.

AGRADECIMENTOS

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Grant No. 001

REFERÊNCIAS

1. Vendruscolo C, Ferraz F, Tesser CD, Trindade LL. Family health support center: an intersection between primary and secondary health care. *Texto Contexto Enferm* 2019;(28):e20170560. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0560>
2. Silva Filho BF, Duque CB, Yarid SD, Souza ESJ, Sena ES, Boery RO. Autonomia do enfermeiro no cuidado à pessoa com lesão crônica. *Rev Bioet* 2021;29(3):481-6. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293484>
3. Wanzeler KM, Bastos LR, Cruz AB, Silva NP, Souza SC, Bastos DS, Pinheiro PQ, Costa FS, Honorato TAS, Pinheiro GN, Amaral ASP, Vinhas MS, Vieira IAR, Costa LR, Barbosa SS. Nursing Care Systematization (SAE) in primary health. *REAS* 2019;(35):e1486. <https://doi.org/10.25248/reas.e1486.2019>
4. Paixão LS, Mendonça RP. Challenges of nurses in front of the applicability of nursing care systematization: integrative review. *Saúde Coletiva* 2021;11(67):6877-88. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i67p6877-6888>
5. Oliveira MR, Almeida PC, Moreira TM, Torres RM. Nursing care systematization: perceptions and knowledge of the Brazilian nursing. *Rev Bras Enferm* 2019;72(6):1547-53. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606>
6. Ribeiro DC. Care management to chronic Wound carriers in Primary Health Care. *Rev Enferm Atual In Derme* 2019;90(28):1-8. <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.90-n.28-art.503>
7. Ribeiro GC, Pedoveze MC. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. *Rev Esc Enferm USP* 2018;52:1-7. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017028803375>
8. Akhu-Zaheya L, Al-Maaitah R, Bany Hani S. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *J Clin Nurs* 2018;27(3-4):e578-89. <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>
9. Gomes PR, Farah BF, Rocha RS, Friedrich DBC, Dutra HS. Electronic citizen record: an instrument for nursing care. *Rev Fund Care Online* 2019;11(5):1226-35. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1226-1235>
10. Burkoski V, Yoon J, Farshait N, Hutchinson D, Collins BE, Solomon S, Grinspun D. Optimizing nursing practice through integration of best practice guidelines into electronic medical records. *Nurs Leadersh (Tor Ont)* 2019;32(N. Esp.):98-107. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2019.25811>
11. Lima JJ, Vieira LGD, Nunes MM. Computerized nursing process: development of a mobile technology for use with neonates. *Rev Bras Enferm* 2018;71(Supl. 3):1273-80. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0267>
12. Paese F, Dal Sasso GTM, Colla GW. Structuring methodology of the computerized nursing process in emergency care units. *Rev Bras Enferm* 2018;71(3):1079-84. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0619>
13. Clares JWB, Nóbrega MML, Guedes MVC, Silva LF, Freitas MC. ICNP® nursing diagnoses, outcomes and interventions for community elderly. *Rev Bras Enferm* 2019;72(Supl. 2):191-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0540>
14. Galdino Júnior HG, Tipple AV, Lima BR, Bachion MM. Processo de enfermagem na assistência a pacientes com feridas em cicatrização por segunda intenção. *Cogitare Enferm* 2018;23(4):e56022. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i4.56022>
15. Viana de Sousa MB, Bezerra AMF de A, Vieira Costa C, Bispo Gomes E, Aleixo da Fonseca HT, Borges Quaresma O, Baena Júnior ORG, Costa SDM, Loureiro SPSC, Silva SM. Assistência de enfermagem no cuidado de feridas na atenção primária em saúde: revisão integrativa. *REAS* 2020;(48):e3303. <https://doi.org/10.25248/reas.e3303.2020>
16. Domingos CS, Boscarol GT, Brinati LM, Dias AC, Souza CC, Salgado PO. The application of computerized nursing process: integrative review. *Enferm Glob* 2017;16(4):620-36. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.278061>
17. Silva CP, Bicalho PG, Martins EF, Errico LSP. Intervening factors in the implantation of computerization of the nursing process. *J Health Inform [Internet]* 2019 [acessado em 25 ago. 2022];11(4):118-24. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/630>

18. Soares CR, Peres HHC, de Oliveira NB. Processo de enfermagem: revisão integrativa sobre as contribuições da informática. *J Health Inform* [Internet]. 2018 [acessado em 9 out. 2022];10(4):112-8. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/550>
19. Nogueira GA, Camacho ACLF, Oliveira BGRB, Santana RF, Silva CRL, Cardoso RSS et al. Nursing interventions, diagnoses, and results in outpatient care for cases of venous ulcers. *Rev Cuba Enf* 2020;36(2):e3169.
20. Costa RFP, Oliveira MLC. Nursing diagnoses related to pressure injury. *Enferm Foco* 2019;10(7):83-9. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2598>
21. Aguirre VCSP, Ferreira JLR, Tavares DS, Góis ARS, Mola R. Intervenções de enfermagem prevalentes nos serviços de atendimento a pacientes portadores de lesões de pele. *Recis* 2021;2(3):55-67. <https://doi.org/10.51909/recis.v2i3.179>
22. Goularte AF, Lanzoni GM, Cechinel-Peiter C, Koerich C, Magalhães ALP, Costa MA. Continuidade do cuidado: atuação do enfermeiro hospitalar na transição do paciente com ferida. *Reme Rev Min Enferm* 2021;25:e1403. <https://doi.org/10.5935/1415-2762-20210051>
23. Costa CP, Souza NO, Peres EM, Vieira MC, Santos JC, Cardoso RP. Os sentidos de ser enfermeiro estomaterapeuta: complexidades que envolvem a especialidade. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther* 2020;18:e0620. https://doi.org/10.30886/estima.v18.825_PT
24. Silva RM, Fernandes FAV. Competências do gestor de feridas: scoping review. *Rev Gaúcha Enferm* 2019;(40):e20180421. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180421>