

## Diagnósticos de enfermagem na assistência ambulatorial ao paciente com ferida: mapeamento cruzado

*Nursing diagnoses in ambulatory care for wound patients: cross-mapping*

*Diagnósticos de enfermería en la asistencia ambulatoria al paciente con herida: mapeo cruzado*

Fernanda Pessanha de Oliveira<sup>I</sup>, Rosimere Ferreira Santana<sup>II</sup>, Bruna de Paula Silva<sup>III</sup>,  
Jessica de Souza Carvalho Candido<sup>IV</sup>, Michelle Hyczy de Siqueira Tosin<sup>V</sup>, Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira<sup>VI</sup>

### RESUMO:

**Objetivo:** realizar o mapeamento cruzado dos termos identificados nos prontuários de pacientes com feridas de acordo com a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional (I) **Método:** pesquisa observacional retrospectiva, de mapeamento cruzado. Amostra composta por 81 prontuários e 405 evoluções de enfermagem de pacientes acompanhados em um ambulatório especializado no tratamento de feridas. Pesquisa desenvolvida em 2013, em duas etapas: mapeamento dos termos descritivos de diagnósticos de enfermagem para o cruzamento com a NANDA-I e, análise de concordância entre especialistas. **Resultados:** foram mapeados 309 termos descritivos correspondentes a 19 diagnósticos da NANDA-I (3,7±0,2), presentes em sete domínios da terminologia. Os mais frequentes foram *Integridade da pele prejudicada* (20,4%) e *Risco de integridade da pele prejudicada* (16,1%). **Conclusão:** o mapeamento cruzado permitiu identificar os principais diagnósticos de enfermagem em pacientes com feridas, indicando a possibilidade de elaboração de um protocolo clínico, que contribuirá para uma prática avançada em enfermagem.

**Palavras-chave:** Úlcera; cicatrização de feridas; processos de enfermagem; cuidados de enfermagem.

### ABSTRACT:

**Objective:** cross-mapping of terms identified in wound patient medical records, by NANDA International (I) Classification nursing diagnosis. **Method:** this retrospective observational study, using cross-mapping in a sample of 81 records and 405 nursing progress reports on patients treated at a specialized wound clinic, was conducted in 2013 in two steps: descriptive terms in nursing diagnoses were mapped to the intersection with NANDA-I and related expert agreement was analyzed. **Results:** 309 descriptive terms corresponding to 19 NANDA-I diagnoses (3.7 ± 0.2), in seven areas of terminology, were mapped. The most common were Impaired skin integrity (20.4%) and Risk of impaired skin integrity (16.1%). **Conclusion:** cross-mapping identified the main nursing diagnoses in wound patients, indicating that it is possible to draft a clinical protocol to contribute to advanced nursing practice.

**Keywords:** Ulcer; wound healing; nursing process; nursing care.

### RESUMEN:

**Objetivo:** realizar mapeo cruzado de términos identificados en los registros de pacientes con heridas, según la clasificación de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA Internacional (I). **Método:** investigación observacional retrospectiva, utilizando mapeo cruzado. Muestra compuesta de 81 registros y 405 evoluciones de enfermería de pacientes tratados en un centro ambulatorio especializado en el tratamiento de heridas. Investigación realizada en 2013 en dos etapas: el mapeo de los términos descriptivos de diagnósticos de enfermería para cruzarlos con la NANDA-I y el análisis de la conformidad entre expertos. **Resultados:** fueron mapeados 309 términos descriptivos correspondientes a 19 diagnósticos de la NANDA-I (3,7±0,2), presentes en siete dominios de la terminología. Los más frecuentes fueron Integridad de la piel deteriorada (20,4%) y Riesgo de integridad de la piel deteriorada (16,1%). **Conclusión:** el mapeo cruzado permitió identificar los principales diagnósticos de enfermería en pacientes con heridas, lo que indica la posibilidad de elaborar un protocolo clínico que contribuirá para una práctica avanzada de enfermería.

**Palabras clave:** Úlcera; cicatrización de heridas; procesos de enfermería; atención de enfermería.

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que na atualidade cerca de 6,5 milhões de pessoas sofrem com as consequências diretas e indiretas relacionadas às feridas<sup>1</sup>. Entre estas destacam-se a dor, a imobilidade e a incapacidade que, por sua vez, podem impactar a autoestima e a autoimagem. Consequentemente, podem ocorrer mudanças sociais, advindas das hospitalizações e do afastamento do convívio social, o que denota

a complexidade deste, que é considerado um problema de saúde pública<sup>2-4</sup>. Ademais, destaca-se a oneração sofrida pelo paciente e pelo sistema de saúde que, ao tratar as complicações relacionadas às feridas, desembolsam cerca de 25 bilhões de dólares ao ano, nos Estados Unidos<sup>1,5</sup>.

Nessa perspectiva, reconhece-se a importância das ações interdisciplinares em saúde, nas quais se inserem

<sup>I</sup>Doutoranda de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: fernandapessanh@hotmail.com

<sup>II</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: rosifesa@yahoo.com.br

<sup>III</sup>Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: brunapaula@id.uff.br

<sup>IV</sup>Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, RJ, Brasil. E-mail: jessicacandido88@yahoo.com.br

<sup>V</sup>Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Centro Internacional SARAH de Neuroreabilitação e Neurociências. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: michellehyczy@gmail.com

<sup>VI</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Titular, Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: beatrizguitton@globo.com

o cuidado de enfermagem. Cuidado este pautado na integralidade humana com o propósito de minimizar os impactos biopsicossociais no paciente com ferida. E, para que isto ocorra, o raciocínio clínico do enfermeiro assistencial deverá transcender a busca por sinais e sintomas que levarão a diagnósticos unicamente relacionados à presença ou ausência de lesões tissulares e de pele.

Nesse sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação das cinco etapas do Processo de Enfermagem fundamentam, respectivamente, a organização do trabalho e o raciocínio clínico do enfermeiro<sup>6</sup>, de modo a articular integralmente as demandas de saúde do paciente com feridas. Mas para que esse cuidado possa ser internacionalmente reconhecido, é recomendável a utilização de um sistema de classificação para a padronização do vocabulário de enfermagem.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo realizar o mapeamento cruzado dos termos identificados nos prontuários de pacientes com feridas, de acordo com a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional (NANDA-I).

## REFERENCIAL TEÓRICO

Em desenvolvimento desde 1973, o sistema de classificação NANDA-I define um diagnóstico como: o julgamento clínico do enfermeiro sobre a resposta de um indivíduo, família ou comunidade, a partir de problemas de saúde ou processos de vida reais ou potenciais que fornecem a base para uma terapia que busca alcançar resultados. Dito de outra maneira, os diagnósticos de enfermagem constituem o fundamento para a seleção das ações ou intervenções acuradas por meio das quais se objetiva alcançar resultados de melhora no estado de saúde do paciente<sup>6-8</sup>.

Ainda, sobreleva-se a necessidade da consolidação de protocolos assistenciais, focalizados em problemas de saúde específicos e fundamentados em uma linguagem que represente a enfermagem, como uma estratégia efetiva para viabilizar a SAE e o Processo de Enfermagem na prática clínica dos enfermeiros.

Entretanto, se constata atualmente a escassez de estudos que, por meio do sistema de classificação NANDA-I, busquem a inter-relação dos aspectos inerentes aos pacientes com feridas. Ressalta-se que há publicações científicas específicas para o contexto das mulheres com feridas<sup>9</sup> ou relacionadas exclusivamente aos diagnósticos que remetem às lesões de pele<sup>10,11</sup>. Evidenciam-se também estudos que tratam da temática das feridas sem, contudo, relacioná-los aos diagnósticos de enfermagem<sup>12,13</sup>.

## METODOLOGIA

Pesquisa observacional retrospectiva, de abordagem quantitativa, realizada por meio do mapeamento cruzado, como uma estratégia que possibilita a comparação das linguagens utilizadas no cotidiano dos serviços de saúde com os sistemas de classificação padronizados<sup>14</sup>.

Em um hospital universitário do município de Niterói-RJ, escolhido como cenário desta pesquisa, constatou-se que em 2012, 190 pacientes com feridas foram acompanhados em um ambulatório especializado para o tratamento desta morbidade. Com base nesta população, a amostra de prontuários foi definida de acordo com os seguintes critérios de inclusão: pertencer a paciente com idade superior a 18 anos, com presença de ferida de qualquer etiologia e que apresentasse pelo menos cinco evoluções de enfermagem. Foram excluídos aqueles que continham apenas frases indicativas de intervenções de enfermagem. Assim, foram eleitos 81 prontuários, dos quais foram analisadas 405 evoluções.

Sobreleva-se que, nos prontuários avaliados nesta pesquisa, não havia um espaço específico para o registro dos diagnósticos, por isso, o mapeamento foi feito a partir das evoluções de enfermagem. Corroborando-se, desta forma, a extenuante tarefa de analisar o raciocínio clínico do enfermeiro que descreveu de forma textual aquilo que foi considerado pelas pesquisadoras como termos descritivos indicativos de diagnósticos de enfermagem.

A coleta dos dados foi realizada por três pesquisadoras, no período de maio a julho de 2013, por meio do preenchimento de um formulário próprio, contido em computador pessoal, e organizado em três partes: dados referentes às características sociodemográficas e de saúde do paciente; transcrição integral das evoluções de enfermagem a partir do prontuário; fragmentação das evoluções para destacar os termos relacionados aos diagnósticos de enfermagem.

Sequencialmente, a pesquisa foi conduzida em duas etapas: mapeamento cruzado e análise de concordância entre enfermeiros especialistas.

Na primeira etapa, realizou-se a busca dos termos destacados pela fragmentação das evoluções para a comparação de acordo com as características definidoras de NANDA-I 2012-2014, utilizando-se como regras do mapeamento cruzado: mapear o contexto do termo e mapear o significado das palavras e não somente as palavras<sup>15</sup>. Em uma planilha do *software Microsoft Excel 2010*, foram armazenados na primeira coluna os termos extraídos dos prontuários e, na coluna seguinte, as características definidoras conforme a Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I. Os fatores relacionados e fatores de risco, por sua vez, foram identificados a partir de termos relacionados, sinônimos ou conceitos similares que traduziam principalmente as alterações provocadas pela fisiopatologia das doenças de base.

A seguir, os diagnósticos padronizados foram submetidos à avaliação por quatro enfermeiros especialistas para análise de concordância entre os termos registrados nos prontuários e os diagnósticos da NANDA-I mapeados. A amostra de enfermeiros foi composta por dois especialistas em feridas e dois em diagnósticos de enfermagem. Esse processo ocorreu por meio de uma reunião de consenso entre os especialistas que obtiveram 100% de

concordância entre os avaliadores em relação aos diagnósticos descritivos, as características definidoras/fatores relacionados e de risco e os diagnósticos de NANDA-I.

Esta pesquisa foi submetida à apreciação ética com número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 13452713.3.0000.5243 e foi aprovada sob número de parecer 219.752, de 28/03/2013, para atender aos preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o mapeamento dos 81 prontuários emergiram 309 termos descritivos de diagnósticos de enfermagem, que após o cruzamento com a Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem NANDA resultaram em 19 diagnósticos de enfermagem segundo a Figura 1. Isto representa a média de 3,8 ( $\pm 0,2$ ) diagnósticos de enfermagem por prontuário analisado.

| Termos mapeados nos prontuários  | Características definidoras NANDA-I   | Fatores relacionados/<br>Fatores de risco NANDA-I  | Diagnósticos de enfermagem NANDA-I   |
|--|---|--|--|
| Úlcera venosa/ Úlcera/ Lesão/ Ferida/ Lesão hiperemiada/ Lesão superficial Lesão cirúrgica/ Ferida cavitária/ Lesão com exposição de músculo e tendão/ Alergia a AGE <sup>(*)</sup> / Alergia a atadura de crepom/ Ao utilizar colagenase teve reação/   | Rompimento da superfície da pele<br>Tecido lesado<br>-----  | Circulação prejudicada<br>Mudanças na pigmentação<br>Circulação alterada<br><br>Exposição a agente alérgico        | Integridade da pele prejudicada<br>Integridade tissular prejudicada<br>Risco de resposta alérgica  |
| Relata prurido no local da lesão/ Pele adjacente descamativa/ Área perilesional ressecada  | -----   | Extremos de idade<br>Circulação prejudicada  | Risco de integridade da pele prejudicada   |
| Pequenas áreas apresentando coloração esverdeada, com odor fétido/ Pele adjacente íntegra com hiperemia e calor  | -----   | Defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado)  | Risco de infecção  |
| Queixando-se de dor/ Relata dor na lesão/ Dor/ Paciente chorou de dor/ Refere dor intensa  | Relato verbal de dor  | Agentes lesivos  | Dor aguda  |
| Queixando-se de dor intensa e contínua Deambulando com auxílio de muletas/ Deambulando com auxílio de bengala/ Claudicando<br>PA <sup>(**)</sup> : 150 x 100/ Cardiopata/ Com história de cirurgia cardíaca/ Diz ser hipertenso/   | Relato verbal de dor<br>Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias<br>Cicatrização de ferida periférica retardada                                      | Incapacidade física crônica<br>Dor<br>Prejuízo neuromuscular<br><br>Hipertensão                                    | Dor crônica<br>Deambulação prejudicada<br><br>Perfusão tissular periférica ineficaz  |
| Dormência em MMII <sup>(***)</sup> / Fumante/ Hipertensa/ PA: 240 X 160 mmHg<br>Em cadeira de rodas/ Locomovendo-se com auxílio de cadeira de rodas<br>Relatou ter tomado remédio para dormir/ Relatou dificuldade para dormir nas últimas duas noites<br>Condições higiênicas insatisfatórias | Parestesia<br>Dor em extremidade<br>Amplitude limitada de movimentos<br>Insatisfação com o sono<br>Relatos de dificuldade para dormir<br>Incapacidade de acessar o banheiro | Perda de integridade de estruturas ósseas<br>Imobilização física<br><br>Dor<br>Estado de mobilidade prejudicada    | Mobilidade física prejudicada<br>Padrão de sono prejudicado<br><br>Déficit no autocuidado para banho   |
| Edema/ Sinal de cacifo +2/+4/ Linfedema/ Pé levemente edemaciado (+1/+4)<br>HGT <sup>(****)</sup> : 370 mg/dl/ HGT: 489 mg/dl/ Relata ser diabético/ Paciente apresentou tontura devido a não alimentação pela manhã/ Refere não ter almoçado<br>Característica emagrecida                     | Edema<br><br>-----<br><br>Tônus muscular insatisfatório   | Mecanismos reguladores excessivos<br>Ingestão alimentar<br>Falta de controle do diabetes<br><br>Fatores biológicos | Volume de líquidos excessivo<br><br>Risco de glicemia instável<br><br>Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais<br>Falta de adesão |
| Com vontade de desistir do tratamento/ Não fez o uso diário das medicações para HAS <sup>(*****)</sup> e DM <sup>(*****)</sup><br>Agitada/ Falante e agitada/ Inquieto/ Preocupação/ Preocupado<br>Desorientada/ Interagindo com parcial incoerência/ Não orientado                            | Comportamento indicativo de falta de aderência<br>Preocupado<br>Nervoso<br>Falta de motivação para comportamento voluntário   | Forças motivacionais<br><br>Crises situacionais<br><br>Mais de 60 anos de idade                                    | Ansiedade<br><br>Confusão aguda  |
| Pouco comunicativo/ Pouco interativo   | Verbaliza com dificuldade   | Condições emocionais   | Comunicação verbal prejudicada   |

**FIGURA 1:** Mapeamento cruzado dos diagnósticos de enfermagem, conforme NANDA-I, em prontuários de pacientes de um ambulatório especializado no tratamento de feridas. Niterói, RJ, 2013.

(\*)Ácidos graxos essenciais; (\*\*)Pressão arterial; (\*\*\*)Membros inferiores; (\*\*\*\*)Hemogluco teste; (\*\*\*\*\*H)ipertensão arterial sistêmica; (\*\*\*\*\*D)abetes mellitus.

Ressalta-se que, para o mapeamento dos diagnósticos Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada, foi estabelecido como critério discriminatório o comprometimento das camadas da pele<sup>3</sup>, tendo em vista as similaridades entre as características definidoras de ambos. Assim, os registros dos prontuários que descreviam o acometimento apenas da epiderme foram mapeados como Integridade da Pele Prejudicada, enquanto que aqueles que retratavam o comprometimento do tecido subcutâneo e muscular, foram mapeados como Integridade Tissular Prejudicada.

Reconhece-se a limitação metodológica deste estudo que analisou retrospectivamente registros de enfermagem provenientes de diferentes profissionais que atuam em ambulatório especializado no tratamento de feridas de um hospital universitário. Contudo, foi possível minimizar o impacto limitador, uma vez que o mapeamento cruzado foi realizado com base em regras claras e objetivas de análise entre os termos descritivos e as características definidoras e fatores relacionados/ de risco da NANDA-I. Além disso, destaca-se que esta instituição busca cumprir com as recomendações da SAE para a implementação do Processo de Enfermagem o que proporciona certa padronização do raciocínio clínico dos enfermeiros.

Os diagnósticos foram organizados de acordo com os domínios da NANDA-I, conforme mostra a Tabela 1. Observa-se que o domínio Segurança e Proteção e predominou com 47,4% e diagnósticos mapeados, seguindo-se o domínio Atividade em Repouso com 22,2%. Já os diagnósticos mais prevalentes foram Integridade da Pele Prejudicada (20,1%), Risco de Integridade da Pele Prejudicada (15,9%) e Deambulação prejudicada (12,9%).

Os resultados desta pesquisa mostram a magnitude das ações de enfermagem no contexto de pacientes com feridas, uma vez que se observa a presença de diagnósticos distribuídos em sete dos 13 domínios de NANDA-I.

É evidente que pacientes com feridas apresentam prioritariamente os diagnósticos de enfermagem relacionados às lesões tissulares e de pele, conforme se observou nesta pesquisa. Porém, deve-se destacar que esses diagnósticos impõem limitações aos pacientes em diversas áreas da vida e no *continuum* saúde-doença<sup>3</sup>. Isto denota a necessidade de instrumentalizar os enfermeiros para a busca de evidências clínicas que contemplem os aspectos biopsicossociais e econômicos do paciente.

Neste estudo essa realidade foi observada por meio do mapeamento de diagnósticos como Ansiedade, Confusão Crônica, Falta de Adesão, Déficit no Autocuidado para Banho, Comunicação Verbal Prejudicada e Padrão de Sono Prejudicado. Mas a reduzida porcentagem desses diagnósticos leva à reflexão sobre a necessidade da sistematização da assistência por meio da implementação de protocolos clínicos fundamentados na integralidade do cuidado.

Assim, em consonância com a tendência mundial, busca-se por meio dos resultados deste estudo suscitar a prática avançada de enfermagem, baseada na implementação de estratégias concretas, fundamentadas no conhecimento especializado e humanístico, adquirido por meio do desenvolvimento de habilidades e competências em áreas específicas da atuação profissional<sup>14</sup>.

No que se refere aos diagnósticos diretamente relacionados ao contexto das feridas, observa-se que Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada são diagnósticos amplos, pois foram mape-

**TABELA 1:** Domínios e diagnósticos de enfermagem, conforme NANDA-I, mapeados em prontuários de pacientes de ambulatório especializado em feridas. Niterói, RJ, 2013. (N=309)

| Domínios NANDA-I                      | Diagnósticos de enfermagem NANDA-I                              | f  | %    |
|---------------------------------------|---|----|------|
| Segurança e proteção                  | Integridade da pele prejudicada                                 | 62 | 20,1 |
|                                       | Integridade tissular prejudicada                                | 12 | 3,9  |
|                                       | Risco de resposta alérgica                                      | 15 | 4,9  |
|                                       | Risco de integridade da pele prejudicada                        | 49 | 15,9 |
|                                       | Risco de infecção   | 8  | 2,6  |
| Nutrição                              | Volume de líquidos excessivo                                    | 15 | 4,9  |
|                                       | Risco de glicemia instável                                      | 12 | 3,9  |
|                                       | Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais | 1  | 0,3  |
| Atividade e repouso                   | Deambulação prejudicada   | 40 | 12,9 |
|                                       | Perfusão tissular periférica ineficaz                           | 19 | 6,1  |
|                                       | Mobilidade física prejudicada                                   | 7  | 2,3  |
|                                       | Padrão de sono prejudicado                                      | 2  | 0,6  |
|                                       | Déficit no autocuidado para banho                               | 1  | 0,3  |
| Conforto                              | Dor aguda   | 30 | 9,7  |
|                                       | Dor crônica   | 3  | 1    |
| Princípios da vida                    | Falta de adesão   | 19 | 6,1  |
| Enfrentamento/ Tolerância ao estresse | Ansiedade   | 5  | 1,6  |
| Percepção/Cognição                    | Confusão crônica  | 4  | 1,3  |
|                                       | Comunicação verbal prejudicada                                  | 5  | 1,6  |

ados por meio da variabilidade de sinais e sintomas. Isto demonstra a importância de analisar as características definidoras no contexto clínico de atuação do enfermeiro, para a determinação de diagnósticos acurados que viabilizarão intervenções assertivas para, consequentemente, promover resultados satisfatórios<sup>7</sup>.

Já o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada, mapeado por meio de sinais e sintomas como, prurido e descamações nas áreas adjacentes às feridas, mostra que a atuação do enfermeiro especialista em feridas, além de buscar o tratamento, visa também prevenir a piora ou o aparecimento de novas lesões.

E no contexto do tratamento, a multiplicidade de coberturas primárias revela a necessidade do raciocínio clínico do enfermeiro especialista que, após a avaliação, indicará a cobertura mais adequada para cada fase do processo cicatricial. Neste contexto, a substituição do curativo aplicado na lesão, confere o risco de desenvolvimento de hipersensibilidade ao produto<sup>15</sup>. Assim, justifica a necessidade de consultas de enfermagem periódicas, nas quais a aplicação das etapas do processo de enfermagem viabilizarão reavaliações contínuas para identificação de mudanças nas respostas<sup>16</sup>. E isto fica evidente com a presença do diagnóstico Risco de Resposta Alérgica e Risco de Infecção, para o qual, o próprio rompimento da barreira da pele já é um indicativo de risco<sup>17</sup>, revelando mais uma vez, a importância das habilidades de vigilância em saúde nas quais o enfermeiro, por meio da implementação das etapas do processo de enfermagem é capaz de promover saúde, prevenir e tratar complicações e reabilitar pacientes nos diversos cenários de atuação profissional<sup>16</sup>.

Desse modo, identificar a inter-relação dos diagnósticos Deambulação Prejudicada e Perfusão Tissular Periférica Ineficaz, como fatores diretamente relacionados aos problemas da pele<sup>8</sup>, aponta mais uma vez para a complexidade contextual. Isto porque, a presença de feridas nos membros inferiores está intimamente ligada a déficits circulatórios, que por sua vez motivarão alterações na mobilidade<sup>4</sup>. Sabe-se que estas são mais comuns em idosos<sup>18</sup>, muitas vezes portadores de comorbidades como, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica<sup>8</sup>, que contribuem para déficits no aporte sanguíneo das regiões periféricas, frequentemente identificados em pacientes com feridas<sup>12,13</sup>.

Da mesma forma, reconhecem-se os diagnósticos Dor Crônica e Dor Aguda, muito prevalentes nos pacientes com feridas<sup>3</sup>, como aqueles que contribuem para o aparecimento de outras manifestações como: fadiga, alterações do sono, estresse, limitações para as atividades de vida diárias e sensação de inutilidade<sup>9</sup>. Endossando, mais uma vez, a complexidade do raciocínio clínico do enfermeiro que, para o sucesso do tratamento em feridas, precisará ter uma visão ampla e personalizada, fundamentada, sobretudo, na integridade da assistência.

Já o diagnóstico Volume de Líquidos Excessivo, identificado por meio da presença de edema nos membros inferiores como característica definidora, relacionado à insuficiência venosa crônica, está intimamente associado à presença de úlceras venosas<sup>19</sup>. E o reconhecimento deste diagnóstico se faz importante para a determinação da intervenção que buscará, por meio de terapias compressivas e da elevação dos membros inferiores, potencializar a cicatrização por meio do favorecimento do retorno venoso<sup>20</sup>.

## CONCLUSÃO

A coleta de dados retrospectiva, proveniente de registros, nem sempre completos, de profissionais diferentes, nos prontuários dos clientes, são limitações metodológicas intrínsecas ao mapeamento cruzado. Contudo, reconhece-se que estes são estudos iniciais que poderão contribuir para o avanço do conhecimento científico em áreas específicas de atuação profissional no que se refere a implementação do processo de enfermagem fundamentado em uma terminologia.

Os resultados desta pesquisa mostram que 309 termos denotativos de diagnósticos de enfermagem, foram passíveis de mapeamento cruzado com 19 diagnósticos pertencentes a sete domínios da NANDA-I.

Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram Integridade da Pele Prejudicada e Risco de Integridade da Pele Prejudicada. E, apesar destes estarem relacionados diretamente às feridas, a presença de diagnósticos em diferentes domínios da NANDA-I e a inter-relação deles, apontam para a necessidade da atenção integral na prestação de cuidados, fundamentados em protocolos clínicos sistematizados e com base em uma terminologia da linguagem de enfermagem e registros completos, Assim torna-se possível traduzir a abordagem de enfermagem, que resultará em melhoria da qualidade da assistência e do prestígio profissional, prevenindo subnotificações, disseminando conhecimentos inovadores, promovendo produtos e tecnologias em saúde, que contribuirão para a prática avançada em enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Wong VW, Gurtner GC. Tissue engineering for the management of chronic wounds: current concepts and future perspectives. *Exp Dermatol*. 2012; 21(10):729-34.
2. Charlesworth B, Pilling C, Chadwick P, Butcher M. Dressing-related trauma: clinical sequelae and resource utilization in a UK setting. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2014; 28(6):227-39.
3. Soares PPB, Ferreira LA, Gonçalves JRL, Zuffi FB. Impacto das úlceras arteriais na qualidade de vida sob a percepção dos pacientes. *Rev Enferm UFPE*. 2013; 7(8):5225-31.
4. Lara MO, Pereira Júnior AC, Pinto JSF, Vieira NF, Wichr P. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. *Cogitare Enferm*. 2011; 16(3):471-7.
5. Zaho G. Delayed wound healing in diabetic (db/db) mice with *Pseudomonas aeruginosa* biofilm challenge – a model for the stu-

- dy of chronic wounds. *Wound Repair Regen.* 2010; 18(5):467-77.
6. Conselho Federal de Enfermagem (Br). Resolução COFEn 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Brasília (DF): COFEn; 2009.
7. Campos DM, Tosin MHS, Blanco L, Santana RF, Oliveira BGRB. Diagnósticos de enfermagem sobre alterações urinárias na doença de parkinson. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(2):190-5.
8. NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012.
9. Lima MSFS, Carvalho ESS, Silva EA, Silva Gomes WS, Passos SSS, Santos LM. Diagnósticos de enfermagem evidenciados em mulheres com feridas crônicas. *Rev Baiana Enferm.* 2012; 26(3):585-92.
10. Cavalcante AMRZ, Moreira A, Azevedo KB, Lima LR, Coimbra WKAM. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na estratégia de saúde da família. *Rev Eletr Enf.* 2010; 12(4):727-35.
11. Ribeiro MA, Lages JS, Lopes MH. Diagnósticos de enfermagem relacionados à pele: definições operacionais. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012; 20(5):863-72.
12. Rodrigues ALSR, Oliveira BGRB, Futuro DO, Secoli SR. Efeetividade do gel de papaína no tratamento de úlceras venosas: ensaio clínico randomizado. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015; 23(3):458-65.
13. Oliveira BGRB, Castro JBA, Granjeiro JM. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. *Rev enferm UERJ.* 2013; 21(esp.1):612-7.
14. Zanetti ML. Prática avançada de enfermagem: estratégias para formação e construção do conhecimento. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015; 23(5):779-80.
15. Frade MAC, Coutinho Netto J, Gomes FG, Mazzucato EL, Andrade TAM, Foss NT. Curativo de biomembrana vegetal e hipersensibilidade. *An Bras Dermatol.* 2011; 86(5):885-91.
16. Poortaghi S, Salsali M, Ebadi A, Rahnavard Z, Maleki F. Findings from a nursing care audit based on the nursing process: a descriptive study. *Nurs Midwifery Stud.* 2015; 4(3):e30181.
17. Ercole FF, Franco LMC, Macieira TGR, Wenceslau LCC, Resende HIN, Chianca TCM. Risco para infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011; 19(6):8 telas.
18. Freitas MC, Pereira RF, Guedes MVC. Diagnósticos de enfermagem em idosos dependentes residentes em uma instituição de longa permanência em Fortaleza-CE. *Cienc Cuid Saude.* 2010; 9(3):518-26.
19. Traves KP, Studdiford JS, Pickle S, Tully AS. Edema: diagnosis and management. *Am Fam Physician.* 2013; 88(2):102-10.
20. Abreu AM, Oliveira BGRB. Estudo da bota de unna comparado à bandagem elástica em úlceras venosas: ensaio clínico randomizado. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015; 23(4):571-7.