

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

SIMONE SILVA DOS SANTOS

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM INDIVÍDUOS COM
FERIDA CRÔNICA ASSISTIDOS NO AMBULATÓRIO DE UM
HOSPITAL DE ENSINO**

**Brasília – DF
2014**

SIMONE SILVA DOS SANTOS

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM INDIVÍDUOS COM
FERIDA CRÔNICA ASSISTIDOS NO AMBULATÓRIO DE UM
HOSPITAL DE ENSINO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Enfermagem da Universidade de
Brasília como requisito obrigatório
para obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Dra. Cristine Alves
Costa de Jesus.

**Brasília – DF
2014**

SIMONE SILVA DOS SANTOS

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM INDIVÍDUOS COM
FERIDA CRÔNICA ASSISTIDOS NO AMBULATÓRIO DE UM
HOSPITAL DE ENSINO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e aprovado em 03 de dezembro de 2014.

Banca Examinadora:

Professora Dra. Cristine Alves Costa de Jesus
Faculdade de Ciências da Saúde/UNB
Orientadora

Professora Dra. Ivone Kamada
Faculdade de Ciências da Saúde/UNB

Professora Dra. Paula Elaine Diniz dos Reis
Faculdade de Ciências da Saúde/UNB

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------|----|
| NORMATIZAÇÃO ADOTADA..... | 05 |
| ARTIGO | 06 |
| Resumo..... | 06 |
| Introdução..... | 07 |
| Metodologia | 09 |
| Resultados e discussão | 09 |
| Considerações Finais..... | 14 |
| Referências | 15 |
| Anexos..... | 18 |

NORMATIZAÇÃO ADOTADA

O presente artigo está de acordo com as normas para publicação da Revista Estima, a qual foi escolhida para futura submissão. Abaixo segue os principais tópicos da apresentação dos manuscritos, disponíveis no site: <http://www.revistaestima.com.br>.

Apresentação dos manuscritos

- Os manuscritos deverão ser digitados em Programa Word for Windows, em português, inglês ou espanhol, em formato A4, letra Times New Roman, tamanho 11, com espaço 1,5, mantendo margens laterais de 2,5 cm, superior de 3 cm e inferior de 2 cm. deverão ser colocados após as referências bibliográficas.

Forma de apresentação

- **Página de rosto:** deve conter título do manuscrito em português, inglês e espanhol; autores com respectivas titulações, instituição de trabalho e endereço para correspondência.

- **Título:** deve estar em português, inglês e espanhol sem abreviações, em tamanho 18. O título deve ser conciso e explicativo e representar o conteúdo do trabalho. Deve conter, no máximo, 18 palavras.

- **Texto:** Esta parte deverá conter novamente o título do manuscrito (em português, inglês e espanhol), seguido de resumo, abstract e resumen além dos descritores. O resumo com no máximo 250 palavras, deverá ser apresentado em português, inglês e espanhol, tamanho 11 e espaçamento simples. Os descritores são no máximo três, separados por ponto devendo, também, ser apresentados em português, inglês e espanhol. Caso o manuscrito seja escrito originalmente em espanhol, deve conter ainda título, resumo e descritores em português e inglês. Caso o manuscrito seja escrito originalmente em inglês, deve conter ainda título, resumo e descritores em português e espanhol. Os descritores devem estar de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECs) ou MeSH (Medical Subject Headings) e devem ser consultados nos sites: <http://decs.bvs.br/> e <http://www.nlm.nih.gov/mesh/> respectivamente.

O texto do manuscrito deve ser estruturado na seguinte seqüência: Introdução (que deve conter justificativa), Hipóteses (quando cabível), Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão (contendo limitações e recomendações), Conclusão e Referências. Anexos somente serão aceitos quando necessários/indispensáveis para o estudo. Ao ser baseado em monografia, dissertação ou tese, o manuscrito deve indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada e defendida em nota de rodapé. O manuscrito deve estar paginado.

- **Figuras e tabelas:** devem vir ao final do texto, estarem devidamente numeradas e terem as posições indicadas no texto. Quando houver fotografias, estas devem estar em resolução acima de 300dpi. Não serão aceitas fotos ou figuras originárias de outros estudos, sem a autorização dos autores originais. As citações e referências devem ser elaboradas de acordo com as normas Vancouver (www.icmje.org).

1) Artigo Original - os manuscritos de pesquisa sobre estomias, feridas e incontinências e outros temas relacionados à estomaterapia devem ter, no máximo, 15 páginas, incluindo figuras, tabelas, referências e anexos.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM INDIVÍDUOS COM FERIDA CRÔNICA ASSISTIDOS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL DE ENSINO

Simone Silva dos Santos¹, Cristine Alves Costa de Jesus²

RESUMO: Este estudo objetiva identificar os diagnósticos de enfermagem, fundamentados na Taxonomia II da NANDA-I, de pacientes com lesão crônica de pele. Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo, de método quantitativo realizado com pacientes atendidos em um ambulatório de Estomaterapia do Hospital de Ensino do Distrito Federal no período de março a setembro de 2014. A pesquisa contou com aprovação no Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília sob o número nº. 032/2012. Foram realizados entrevista e exame físico para a coleta dos dados em uma amostra de 40 pacientes, e posteriormente, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem obedecendo o raciocínio diagnóstico. Ao todo foram arrolados 347 diagnósticos de enfermagem, com uma média de 8,7 diagnósticos por paciente e um total de 48 rótulos diagnósticos diferentes. Os diagnósticos mais prevalentes foram: Perfusão tissular periférica ineficaz, presente em 85% da amostra estudada, Integridade tissular prejudicada em 80%, Nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais em 67,5% e Dor crônica em 67,5%. A partir dos dados apresentados notam-se as reais necessidades dos indivíduos com feridas crônicas, que vão além da integridade da pele, e da importância do enfermeiro ter um olhar ampliado e oferecer uma assistência integral.

Descritores: Diagnóstico, Enfermagem básica; Úlcera.

NURSING DIAGNOSES IN SUBJECTS WITH WOUNDS ASSISTED AT OUTPATIENT CLINIC OF A TEACHING HOSPITAL

ABSTRACT: This study aims to identify the nursing diagnoses, based on the Taxonomy II of NANDA-I of patients with chronic injury of skin. This is an exploratory and descriptive study based on a quantitative method and executed on patients in a Stomatherapy outpatient at the teaching hospital of the Distrito Federal, Brazil, in the period of March to September 2014. The research was approved by the Ethics Committee at the Faculty of Medicine, University of Brasília under the number 032/2012. For data collection, interview and physical examination were performed in a sample of 40 patients, subsequently were listed nursing diagnoses obeying the diagnostic reasoning. Altogether were elaborated 347 nursing diagnoses, with an average of 8.7 diagnoses per patient and a total of 48 different diagnostic labels. The most prevalent were: Peripheral ineffective tissue perfusion (85%), Impaired tissue integrity (80%), Imbalanced nutrition: more than body requirements (67,5%) and Chronic pain (67,5%). From the data presented the real needs of individuals with chronic wound that go beyond skin integrity can be noted, and the importance of nurses to have a broader view and provide comprehensive care.

Descriptors: Diagnosis, Primary Nursing, Ulcer.

¹ Acadêmica 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB).

² Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf-UnB). Orientadora do Estudo. E-mail: cristine@unb.br

LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SEGUIDOS EN UN AMBULATORIO DE UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA

RESUMEN: Este estudio tiene como objetivo identificar los diagnósticos de enfermería, basado en la taxonomía II de la NANDA-I en los pacientes con lesión crónica de la piel. Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, de método cuantitativo realizado con pacientes de un ambulatorio estomatológico el Hospital Escuela del Distrito Federal, Brasil, en el período de marzo a septiembre de 2014. Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Brasilia, con el número 032/2012. Se realizó la entrevista y el examen físico para recoger datos sobre una muestra de 40 pacientes, y posteriormente, los diagnósticos de enfermería se desarrollaron de acuerdo con el razonamiento diagnóstico. En total se inscribieron mismo ha enumerado los 347 diagnósticos de enfermeira, con una media de 8,7 diagnósticos por paciente y un total de 48 etiquetas diagnósticas diferentes. Los diagnósticos más frecuente fueron: La perfusión tissular periférica ineficaz (85%), Deteriorada de la integridade tissular (80%), Nutrición desequilibrada: superior a los requerimientos (67,5%) y Dolor crónico (67,5%). De los datos presentados se tomó nota las necesidades reales de las personas con heridas que van más allá de la integridad de la piel, y la importancia de las enfermeras tienen una visión más amplia y ofrecer una atención integral.

Descriptor: Diagnóstico, Enfermería Primaria, Úlcera.

Introdução

O cuidado à pessoa com ferida merece atenção especial por não se tratar apenas de uma ferida, mas de um indivíduo que tem uma ferida, um ser único, que reage e se relaciona de maneira diferente, sofre interferência na sua autoimagem, no exercício de suas atividades cotidianas, familiares e sociais (BRASIL, 2008). Apesar de não se ter registro do número de indivíduos com feridas, a prevalência de comorbidades relacionadas ao seu surgimento vem aumentando no Brasil, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, insuficiência vascular, dentre outras (BRASIL, 2008; CALIRI, MARTINS, 2008), caracterizando, assim, forte impacto socioeconômico para a pessoa, sua família, sociedade e sistema de saúde.

A definição de ferida está relacionada às perdas de tegumento cutâneo consequente ao rompimento da pele, e perda de tecidos superficiais ou profundos. Torna-se crônica quando o processo de reparação tecidual se prolonga devido a diversos fatores, como nas doenças crônicas, estado nutricional, hábitos de vida, etc. (DEALEY, 2008). Entre os diversos profissionais envolvidos no tratamento de pessoas com feridas, o enfermeiro merece destaque nos diversos níveis de atenção, por estar diretamente em contato com o paciente através da realização do curativo e da avaliação contínua. Isso exige uma responsabilidade e uma visão clínica holística, relacionando os diversos fatores que interferem no processo cicatricial e prestando um cuidado integral (FERREIRA et al., 2010).

Neste sentido, a assistência sistematizada possibilita realizar uma avaliação clínica mais detalhada, direcionando a um tratamento completo. Para tanto, o Processo de Enfermagem (PE) é uma importante ferramenta, trata-se de um método científico que visa organizar o trabalho. Atualmente aceito em cinco etapas o PE é intencional, dinâmico, interativo, sistemático e fundamentado em um referencial teórico. Envolve a investigação a partir da coleta de dados, a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, o planejamento das intervenções de enfermagem, a implementação e a avaliação dos

resultados alcançados (WILKINSON, LEUVEN; 2010). É uma atividade privativa do enfermeiro e deve ser aplicada em todas as situações de cuidado.

Para que o PE seja eficaz, a primeira etapa é essencial, sendo realizada através da entrevista e exame físico, onde é possível determinar a condição de saúde do paciente. Todas as outras etapas dependem destas ações iniciais. O diagnóstico de enfermagem (DE), considerado a segunda etapa do PE requer a formulação de um rótulo diagnóstico a partir de um raciocínio crítico e de uma visão ampliada. Para a NANDA-I “(...) é um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde reais ou potenciais, que fornece a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável” (NANDA, 2013). Constituem-se como um facilitador para desenvolvimento, aperfeiçoamento, disseminação e utilização de terminologia padronizada. Outro ponto positivo é o fato de ser baseado em evidências, possibilitando a descrição dos reais problemas/potencialidades do cliente, da família e/ou da comunidade, incluindo as dimensões social, psicológica e espiritual do atendimento (NANDA, 2013).

O benefício da sistematização pode ser exemplificado a partir do estudo realizado por BORGES (2005) no setor de Estomaterapia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, onde 100% dos pacientes obtiveram melhoras com a epitelização de suas feridas. Neste sentido, a assistência à pessoa com uma ferida deve ser sistematizada e englobar, além das orientações gerais relativas ao próprio tratamento da lesão e suas consequências, ações voltadas para o autocuidado, e para a valorização da pessoa enquanto ser único e holístico.

É de suma importância que o PE esteja fundamentado em um referencial teórico, o qual fornece as bases teóricas fundamentais para um cuidado científico e individualizado. Entre as diversas teorias de enfermagem, destaca-se a de Imogene King, conhecida como Teoria do Alcance das Metas, onde a autora determina três sistemas interativos e interdependentes: o sistema pessoal, interpessoal e social. O enfermeiro deve conhecer esses diferentes sistemas, suas relações e garantir o processo de interação com o cliente a fim de estabelecer as metas a serem alcançadas e determinar os meios que viabilizem seu alcance. A partir do momento em que as metas ou objetivos são alcançados, ocorre a transação (JESUS, 1992).

O referencial teórico de King apresenta-se adequado para o estudo da interação dos seres humanos com o ambiente, possibilitando uma compreensão e interpretação dos fenômenos físicos, psicológicos, sociais e culturais a partir da inter-relação e interdependência entre eles (JESUS, 1992; MOREIRA, ARAÚJO; 2002). Assim sendo, ao aplicar tais conceitos aos clientes com feridas crônicas, observa-se a possibilidade de uma avaliação global de todo o contexto pessoal, interpessoal e social.

O presente estudo teve como objetivo traçar um perfil diagnóstico, fundamentado na Taxonomia da NANDA-I (NANDA, 2013) e no referencial teórico de Imogene King, de pacientes com ferida crônica atendidos no ambulatório de estomaterapia de um hospital de ensino de Brasília.

Objetivou-se ainda a caracterização da amostra quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos; e identificar as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem com prevalências superiores à 50% na amostra estudada.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo, de método quantitativo. A amostra foi constituída por conveniência, ou seja, não aleatória, daqueles pacientes atendidos no Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia (SAEE) de um hospital de ensino do Distrito Federal durante o período de seis meses de observação. Os critérios de inclusão foram: pacientes adultos, com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, atendidos no SAEE com problemas relacionados à ferida crônica, e que apresentou capacidade para entender e responder às questões, estando fisicamente capaz de participar de uma entrevista; alerta e orientado no tempo e espaço. O presente estudo contou com a autorização da instituição hospitalar para ser realizado e obteve também a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília pelo protocolo n°. 032/2012.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento elaborado com base no trabalho de Jesus (1992) e adaptado para a população estudada. Subdividido em cinco partes e baseado no referencial teórico de Imogene King, o instrumento continha os dados relativos aos três sistemas: pessoal, interpessoal e social; além das expectativas do cliente e as impressões do entrevistador. Os dados relativos ao sistema pessoal incluíram a identificação, história clínica, hábitos pessoais, exame físico completo (aparelho respiratório e cardiovascular, abdome, membros inferiores, sendo este último avaliado a circunferência da panturrilha e tornozelo, o edema, pulsos, coloração, deformidades, a ferida caso estivesse nos membros inferiores); os dados relativos ao sistema interpessoal incluíram histórico familiar, religiosidade, conhecimento sobre a doença/tratamento e mudanças no papel desempenhado; e por último, o sistema social que incluiu dados socioeconômicos, acesso aos serviços de saúde entre outros.

Os indivíduos incluídos na amostra foram abordados e esclarecidos sobre a pesquisa, e somente após consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizou-se o levantamento dos dados por meio de entrevista e exame físico, além da consulta no prontuário para complementar os dados. O período de levantamento dos dados foi de Março à Setembro de 2014.

Posteriormente, a partir do julgamento clínico, foram formulados os diagnósticos de enfermagem, baseados na Taxonomia II da NANDA-I, com as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco de acordo com cada diagnóstico, os quais foram ainda validados por pesquisador perito na área. Para a análise quantitativa dos dados foram estabelecidas medidas de frequência absoluta e relativa, utilizando-se o programa *Microsoft Office Excel*® 2007 para Windows.

Resultados e Discussão

A amostra foi constituída por 40 pacientes, sendo 30% do sexo masculino e 70% feminino. A idade variou entre 20 e 80 anos, sendo 57,5% entre 41 e 60 anos e 35% entre 61 e 80 anos, sendo a minoria (7,5%) entre 20 e 40 anos. Do total, 45% eram casados ou tinham união consensual. Em relação à cor/etnia 62,5% se consideram pardo, 20% branco, 15% negros e uma (2,5%) indígena. Quanto à escolaridade, a maioria (57,5%) possuiu 1º grau incompleto, sendo que destes, quatro eram apenas alfabetizados. Do total, 40% eram aposentados e 5% pensionistas, 7,5% eram autônomos e 37,5% empregados, dos quais seis (15%) encontravam-se afastados do trabalho devido à ferida (Tabela 1 e 2).

POSIÇÃO DA TABELA 1

POSIÇÃO DA TABELA 2

O sexo predominante foi o feminino, o que se assemelha a outros estudos, os quais associam este fato ao interesse maior das mulheres em buscar serviços de saúde (LEITE, 2013; COSTA et al., 2012), porém existem ainda estudos com predomínio do sexo masculino (OLIVEIRA et al, 2014; OLIVEIRA & LIMA, 2007; DIAS & SILVA, 2006), ou seja, ambos os sexos são acometidos por feridas crônicas. Com relação à faixa etária, outros estudos ratificam os achados do presente estudo, sendo a idade com maior prevalência acima de 41 anos e a minoria entre 20 e 40 anos (OLIVEIRA et al, 2014; LEITE, 2013; COSTA et al., 2012; OLIVEIRA & LIMA, 2007; DIAS & SILVA, 2006). Quanto ao estado conjugal, alguns estudos coincidem com os dados encontrados, havendo predomínio de indivíduos com companheiro (a), no caso, em união estável (OLIVEIRA et al., 2014), e outros estudos contrapõem apresentando uma relação de 70% das pessoas que vivem sozinhas sem nenhum tipo de união estável, as quais tinham acima de 51 anos de idade (DIAS & SILVA; 2006). Em relação à cor/etnia, Bezerra et al. (2013) apresentam dados semelhantes, sendo que a maioria se declara parda, seguidos de brancos e negros.

Em relação à escolaridade, os dados coincidem com a literatura havendo prevalência do 1º grau incompleto (OLIVEIRA et al., 2014; COSTA et al., 2012; OLIVEIRA & LIMA, 2007). Vários estudos apresentam dados semelhantes em relação à condição laboral, havendo prevalência de pessoas com benefício previdenciário (OLIVEIRA et al., 2014; LEITE, 2013; OLIVEIRA & LIMA, 2007). Conhecer o perfil desta clientela é indispensável para ampliar a visão do cuidado e atender as demandas de acordo com a realidade, a baixa escolaridade, as atividades exercidas ou não, a idade, entre outros fatores que influenciam diretamente a qualidade de vida, e o autocuidado dessas pessoas.

No Gráfico 1 é possível observar as doenças de maior frequência na amostra, sendo que dos 40 participantes apenas três (2,5%) não possuíam nenhuma doença, ressaltando que foram descritas apenas aquelas que possuíam diagnóstico médico confirmado. Apesar de não ser o foco deste estudo, é importante conhecer as afecções associadas e as condições de saúde dos indivíduos, uma vez que vários pacientes com dificuldade cicatricial possuíam também descontrole da pressão arterial, da glicemia, além da própria insuficiência venosa prevalente em 85% da clientela estudada, seguida de hipertensão arterial sistêmica (47,5%) e Diabetes Melito (25%). Estes dados coincidem com o estudo

realizado por Oliveira et al. (2008), onde identificaram uma associação destas doenças com alteração na integridade da pele.

POSIÇÃO DO GRÁFICO 2

Ao total, foram arrolados 347 diagnósticos de enfermagem em 48 categorias conforme Tabela 3. A média foi de 8,7 diagnósticos, com uma variação de 4 à 13 por paciente. Os rótulos mais prevalentes foram: Perfusão Tissular Periférica Ineficaz (85%), Integridade Tissular Prejudicada (80%), Dor Crônica (67,5%), Nutrição Desequilibrada: Mais do que as Necessidades Corporais (67,5%), Deambulação Prejudicada (60%), Distúrbio na imagem corporal (42,5%), Baixa autoestima crônica (30%) e Isolamento social (35%). Entre os diagnósticos de enfermagem de risco, os de maior frequência foram: Risco de infecção (50%) e Risco de resposta alérgica (30%).

POSIÇÃO DA TABELA 3

Dentre os diagnósticos ou problemas de enfermagem descritos na literatura para pessoas com lesão de pele estão: Deambulação prejudicada, Perfusão tissular periférica ineficaz, Insônia, Risco de infecção, Integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Conforto prejudicado, Dor crônica, Conhecimento deficiente, Alteração na imagem corporal, Padrão de sexualidade alterado, Risco para solidão/isolamento social, Alteração na autoestima e no sono, etc. (DIAS et al., 2013; LIMA et al., 2012; LARA et al., 2011). Ainda em relação ao indivíduo com ferida, para Sampaio et al. (2007, p.13) “a mudança na imagem corporal, a baixa autoestima, a cronicidade e a mudança de alguns hábitos influenciam no processo de saúde doença do paciente”. Observa-se assim, que a maioria dos diagnósticos arrolados no presente estudo corrobora com os encontrados na literatura (OLIVEIRA et al., 2014; DIAS et al. 2013; LIMA et al., 2012; LARA et al. 2011; SAMPAIO, 2007).

Outros estudos também mostram a importância da identificação de um perfil diagnóstico para os indivíduos com feridas crônicas, como o de Frota et al (2012) onde identificaram os diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes com úlceras venosas crônicas, dos quais destacaram o diagnóstico de Integridade tissular prejudicada, relacionada à circulação prejudicada e fatores mecânicos; Deambulação afetada, relacionada ao prejuízo cognitivo, neuromuscular e musculoesquelético e da força muscular inadequada; Dor crônica, relacionada à deficiência crônica física; e Ansiedade, relacionada ao estado de saúde afetado (FROTA et al., 2012).

A partir dos diagnósticos, se torna nítido, o impacto negativo que a ferida proporciona a esfera biopsicossocial do indivíduo, interferindo desde a autoimagem, até o exercício de suas atividades cotidianas e sociais, familiares, entre outras. Para Fauerbach et al. (2000) além da alteração na imagem física, a perda da função de qualquer parte do corpo está diretamente relacionada aos sentimentos e percepções de mudança na imagem corporal, sendo que esta insatisfação com a imagem corporal pode resultar em uma menor interação social ou em modificação no desempenho de papel. Neste sentido, se

faz oportuno destacar uma relação entre os diagnósticos de Distúrbio na imagem corporal, Baixa autoestima crônica, Isolamento social e Distúrbio de papel, os quais se apresentaram, em conjunto, em muitos dos participantes deste estudo.

Entre as 48 categorias de diagnósticos, seis apresentaram frequência superior a 50%, sendo cinco diagnósticos de enfermagem reais (Tabela 4) e um de risco (Tabela 5), todos referentes ao sistema pessoal descrito por King, os quais serão detalhados quanto aos fatores relacionados, às características definidoras e os fatores de risco.

A Perfusão tissular periférica ineficaz definida como “redução na circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde” (NANDA, 2013), identificada em 85% dos indivíduos foi relacionada ao estilo de vida sedentário (79,4%) conhecimento deficiente dos fatores agravantes (79,4%), hipertensão (44,1%), diabetes melito (26,5%) e conhecimento deficiente do processo da doença (8,8%); tendo como características definidoras cicatrização de feridas periférica retardada (100%), edema (97%), características da pele alterada (82,4%), pulsos diminuídos (82,4%), entre outras. Sampaio (2007) associa as doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e obesidade à deficiência na circulação, podendo estar envolvidas na insuficiência venosa, presente em 85% da amostra. O autor refere ainda que a prevenção da perfusão tissular prejudicada dos membros inferiores e tratamento das doenças de base podem reduzir o risco para integridade da pele e ou tissular prejudicada (SAMPAIO, 2007). Ressalta-se que na amostra estudada a presença de feridas de longa data e as frequentes recidivas das lesões, estão relacionadas tanto a deficiência na abordagem direcionada apenas à ferida, não atentando para as doenças de base, quanto à educação em saúde, orientando e sensibilizando para o autocuidado durante o tratamento e após a cicatrização.

A Integridade tissular prejudicada conceituada como “dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos” (NANDA, 2013), presente em 80% dos participantes, teve como principais fatores relacionados à circulação alterada (100%) e fatores nutricionais (56,2%); tendo como característica definidora o tecido destruído (100%). Na população estudada, a maioria associou o surgimento das feridas aos fatores intrínsecos relacionados à circulação alterada e outras por trauma mecânico, coincidindo com outros estudos (SAMPAIO, 2007). Tanto os fatores relacionados quanto as características definidoras do referido diagnóstico apresentam frequências de distribuição semelhantes ao estudo realizado por Malaquias et al. (2014). Outros autores destacam que a pessoa com este diagnóstico apresenta características relevantes de outros diagnósticos de enfermagem, os quais devem ser avaliados para favorecer o tratamento e evitar recidivas (CAVALCANTE et al., 2010).

O diagnóstico de Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, definido pela Nanda (2013) como “ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas”, prevalente em 67,5% da amostra estudada, teve como fatores relacionados à ingestão excessiva em relação à atividade física (96,3%) ou às necessidades metabólicas (33,3); sendo as principais características definidoras o estilo de vida sedentário (77,8%), peso 20% acima do ideal para altura e compleição

(100%), padrão de alimentação disfuncional (37%). Para identificação do peso ideal foi empregada a regra simples de Broca, descrita por Porto (2009), na qual “o peso ideal se aproxima do número de centímetros que excede um metro de altura e se expressa em kg. Assim, um homem de 1,70 m terá peso ideal ao redor de 70 kg, e já o sexo feminino, subtraem-se 5% ao valor encontrado”. Este diagnóstico merece destaque por ter forte relação a idade avançada e o estilo de vida, além de haver um aumento significativo na população com obesidade (MARIN et al., 2010). É possível associar este diagnóstico com a deambulação prejudicada, dificultando realização de atividades físicas; com a dor crônica, refletindo na ansiedade e no medo de surgimento de novas lesões, e na baixa autoestima, diagnósticos também identificados na população estudada.

A Dor crônica, identificada em 67,5% dos participantes, segundo definição da NANDA (2013) “é a experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com uma duração de mais de seis meses”. No presente estudo, observou-se a incapacidade física crônica (100%) como o principal fator relacionado; sendo as características definidoras mais frequentes: o relato codificado (100%) e verbal de dor (96,3%), a expressão facial (70,4%), e a interação reduzida com as pessoas (25,9%). Vários autores dão ênfase à esse diagnóstico como sendo uma das principais queixas de quem tem uma lesão de pele, desencadeando outros problemas como o sofrimento, desesperança, limitação para deambulação, dificuldade para dormir e para desempenhar atividades cotidianas, sendo uma dor física-emocional e singular para cada pessoa (OLIVEIRA et al., 2014; LARA et al. 2011; CAVALCANTE et al., 2010; DIAS & SILVA, 2006). Alguns diagnósticos como Distúrbio de papel, Risco de insônia, Conforto prejudicado, Deambulação prejudicada, Isolamento social entre outros estiveram associados aos indivíduos com dor crônica, confirmando o forte impacto deste diagnóstico na vida da pessoa com ferida.

A Deambulação prejudicada é conceituada como “limitação à movimentação independente, a pé, pelo ambiente” (NANDA, 2013), presente em 60% da amostra, teve como fatores relacionados mais frequentes a dor (83,3%), a obesidade (66,7%), e o descondicionamento (62,5%). Sendo as principais características definidoras a capacidade prejudicada de: subir escadas (95,8%), andar em aclive (45,8%), andar em declive (45,8%) e andar sobre superfícies irregulares (37,5%). Alguns autores descrevem diversos fatores envolvidos, tais como a perda da força muscular, dor, deformidades ocasionadas pelas patologias ou conseqüentes da ferida (OLIVEIRA et al., 2008). É notável a relação do referido diagnóstico com a alteração nutricional, a dor crônica e o sedentarismo identificado na população, apontando para a necessidade de uma intervenção direcionada para a problemática em questão.

O Risco de infecção para NANDA (2013) “é o risco de ser invadido por organismos patogênicos”, foi elencado em 50% dos indivíduos, tendo como fatores de risco: defesas primárias inadequadas (100%), doença crônica (40%) e procedimentos invasivos (100%), sendo esta última

considerada o desbridamento do leito das lesões, coleta de material para cultura, entre outros. Um estudo realizado por Lucena et al. (2011) com 219 pacientes sobre os DE de risco para úlcera por pressão, também identificaram o risco de infecção em pelo menos 50% dos pesquisados, relacionando com o avanço da idade que diminui a imunidade, e as diversas comorbidades associadas, facilitando assim a instalação da infecção. Este diagnóstico foi arrolado para os sujeitos que possuíam histórico de infecções repetidas e que no momento do exame físico não apresentavam tal complicação, porém eram expostos durante a troca de curativo associando ao estado nutricional, às doenças de base (Hipertensão arterial, diabetes, anemia falciforme, etc.), aos cuidados realizados em domicílio e alguns ao próprio avanço da idade. Está direcionado aos cuidados prestados pelo enfermeiro aos indivíduos, tanto à técnica quanto a correta orientação para prevenção de complicação e restauração da saúde.

Ainda na tabela 3 é possível identificar cinco diagnósticos formulados, os quais não constam na taxonomia da NANDA-I (2012-2014), Risco de Insônia (25%), elaborado a partir do relato de dificuldade para dormir relacionada à dor, ansiedade pela doença, ou preocupação, sendo que esta dificuldade não estava presente no momento e dias antecedentes à coleta de dados; Distúrbio de Papel (27,5%) relacionado aos indivíduos que relataram alteração nas atividades profissionais ou de lazer, deixando de trabalhar e de se socializar por conta da ferida (dor, incômodo com odor, desânimo, etc.), alguns destacaram até mudança no papel da família. Risco de Enfrentamento Ineficaz (2,5%), para os participantes que no momento da entrevista ainda não apresentavam o diagnóstico, mas tinham fatores de risco; Risco para Manutenção Ineficaz da Saúde (5%); Risco de Falta de Adesão e Risco para Autocontrole Ineficaz da Saúde, com prevalência de 2,5%, respectivamente.

Analisando-se os fatores relacionados e características definidoras dos diagnósticos mais frequentes, é possível observar uma inter-relação entre eles, confirmando a necessidade de intervir integralmente. Os diagnósticos de enfermagem têm representado uma das mais importantes fontes de conhecimentos científico e específico de enfermagem, permitindo que sejam identificadas, com acurácia, as respostas dos pacientes.

Considerações Finais

Neste estudo observamos que, dentre o grupo de pessoas com lesão crônica de pele, a maioria foi do sexo feminino, com idade entre 41 a 68 anos, casada ou com união estável, se declarou parda, com primeiro grau incompleto e aposentada. Entre os diagnósticos de enfermagem mais frequentes estão Perfusão Tissular Periférica Ineficaz, Integridade Tissular Prejudicada, Dor Crônica, Nutrição Desequilibrada: Mais do que as Necessidades Corporais, Deambulação Prejudicada, Risco de Infecção, destacando ainda Distúrbio na Imagem Corporal, Isolamento Social e Baixa Autoestima Crônica.

Apenas seis diagnósticos apresentaram frequência superior a 50%, os quais foram analisados, considerando-se os fatores relacionados, as características definidoras ou fatores de risco. Como descrito na literatura, as doenças de bases prevalentes nos entrevistados foram: insuficiência venosa,

hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito, as quais possuem forte impacto social, e estão relacionadas com o surgimento de lesão de pele, merecendo atenção especial.

A partir dos resultados encontrados neste estudo, observa-se que os indivíduos com feridas crônicas apresentam diferentes problemas, não apenas relacionados à integridade da pele, mas em diferentes sistemas, desde os relativos ao equilíbrio fisiológico até à interação interpessoal e relacionamentos. Tais achados reforçam a necessidade dos profissionais de enfermagem ampliar a visão para o indivíduo em sua totalidade, intervindo em todos os campos de cuidado. Neste sentido, é indispensável a adoção de uma metodologia com embasamento científico para planejar os cuidados prestados a partir de um maior conhecimento das reais necessidades desses indivíduos, visando à reflexão sobre a importância do processo de enfermagem.

O emprego do modelo conceitual proposto por Imogene King permitiu a organização das informações relevantes e melhor direcionamento para a análise, interpretação dos dados e julgamento dos diagnósticos descritos neste estudo, que abrangeram além do biológico, considerando a interação do indivíduo com o ambiente e suas relações.

A descrição de apenas duas etapas do processo de enfermagem e um número ainda pequeno da amostra estudada pode ser levantada como limitações no presente estudo. Ressalta-se que a maioria dos pacientes da amostra foi acompanhada em outros encontros de enfermagem e puderam ter o planejamento da assistência aplicado, embora esse não fosse o objetivo do presente estudo.

Contudo, para ampliar os resultados apresentados, é de suma importância que os profissionais empreguem todas as etapas do PE, principalmente no que refere a Teoria do Alcance de Metas adotada, para que com o planejamento, a implementação e a avaliação direcionem a uma assistência completa e com resultados favoráveis. Diante disso, os diagnósticos de enfermagem encontrados neste estudo refletiram as necessidades de saúde dos indivíduos com lesão de pele e poderão suscitar a formulação de cuidados de enfermagem específicos. Foi apresentado um caminho para a implementação das demais etapas, colaborando para mudanças e propostas de implementação do processo de enfermagem em pacientes atendidos no setor estudado, minimizando assim o impacto que as lesões de pele crônicas causam nas pessoas e seus familiares.

Referências

BEZERRA, S. M. G.; BARROS, K. M.; BRITO, J. A.; SANTANA, W. S.; MOURA, E. C. C.; LUZ, M. H. B. A. Caracterização de feridas em pacientes acamados assistidos pela Estratégias Saúde da Família. **R. Interd.** v. 6, n. 3, p. 105-114; 2013. Disponível em: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/95/pdf_38.

BORGES, E. L. Tratamento tópico de úlceras venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências [tese]. Ribeirão Preto (SP): **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo**; 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 2ª ed., Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ulcera.pdf>

CALIRI, M. H. L.; MARTINS, G. P. Análise da produção científica da enfermagem na área de feridas crônicas e meios utilizados para sua disseminação. **Rev Estima**, v. 6, n. 1, p. 14-21; 2008. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br>

CAVALCANTE, A. M. R. Z.; MOREIRA, A.; AZEVEDO, K. B.; LIMA, L. R.; COIMBRA, W. K. A. M. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 4, p. 727-35; 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a19.htm>.

COSTA, L. M.; HIGINO, W. J. F.; LEAL, F. J.; COUTO, R. C. Perfil clínico e sociodemográfico dos portadores de doença venosa crônica em centros de saúde de Maceió (AL). **J. Vasc Bras, São Paulo**, v. 11, n. 2, p. 108-13; 2012. Disponível em: http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492012000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

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

DIAS, A. L. P.; SILVA, L. D. Perfil do portador de lesão de pele: fundamentando a autopercepção de qualidade de vida. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 10, n. 2, p. 280-5; 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n2/a16v10n2.pdf>

DIAS, J. A. M.; BRILHANTE, A. F.; GUEDES, D. S.; ALMEIDA, N. G.; CARVALHO, R. E. F. L. Diagnósticos e intervenções de enfermagem a um paciente portador de ferida neuropática. Anais: 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SNPE), Natal-RN; p. 1124-1126; 2013. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1126co.pdf

FAUERBACH, J. A. et al. Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. **Psychosom. Med.**, v. 62, n. 4, p. 576-582; 2000.

FERREIRA, A. M.; CANDIDO, M. C. F. S.; CANDIDO, M. A. O cuidado de pacientes com feridas e a construção da autonomia do enfermeiro. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 4, p. 656-60; 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a26.pdf>

FROTA, N. M.; ROLIM, L. R.; MELO, E. M.; ALMEIDA, N. G.; BARBOSA, I. V.; ALMEIDA, D. T. Sistematización de la asistencia de enfermería: enfoque en un paciente portador de úlcera venosa. Estudio de caso. **Enfermería global**, v. 11, n. 4, 2012. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.4.159151>

JESUS, C. A. C. Assistência de Enfermagem a Clientes Hematológicos: uma visão sistêmica. [Dissertação de Mestrado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, **Universidade de São Paulo**. Ribeirão Preto, 1992, 279p.

LARA, M. O.; PEREIRA JÚNIOR, A. C.; PINTO, J. S. F.; VIEIRA, N. F.; WICHR, P. Significado da ferida para portadores de úlcera crônica. **Cogitare Enferm**. v. 16, n. 3, p. 471-7; 2011. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/20178/16232>

LEITE, C. C. S. Úlcera crônica de membros inferiores: avaliação e tratamento. [TCC] Bacharel/Licenciado em Enfermagem, **Universidade Estadual da Paraíba**. Campina Grande – PB; 2013. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br>

LIMA, M. S. F. S.; CARVALHO, E. S. S.; SILVA, E. A.; GOMES, W. S.; PASSOS, S. S. S.; SANTOS, L. M. Diagnósticos de enfermagem identificados em mulheres com feridas crônicas.

Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 26, n. 3, p. 585-592; 2012. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6740/6696>

LUCENA, A. F.; SANTOS, C. T.; PEREIRA, A. G. S.; ALMEIDA, M. A.; DIAS, V. L. M. FRIEDRICH, M. A. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 19, n. 3; 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_11.pdf

MALAQUIAS, S. G.; BACHION, M. M.; MARTINS, M. A.; NUNES, C. A. B.; TORRES, G. V.; PEREIRA, L. V. Integridade tissular prejudicada, fatores relacionados e características definidoras em pessoas com úlcera vascular. Texto contexto – enferm. v. 23, n. 2. Florianópolis; 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200434&script=sci_arttext&tlng=pt

MARIN, M. J. S.; RODRIGUES, L. C. R.; DRUZIAN, S.; CECÍLIO, L. C. O. Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 1, p. 47-52; 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a07v44n1>

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 97-103; 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7778.pdf>

North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014** / NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre. Artmed, 2013.

OLIVEIRA, D. N.; GORREIS, T. F.; CREUTZBERG, M.; SANTOS, B. R. L. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. **Revista Ciência & Saúde**, v. 1, n. 2, p. 57-63; 2008. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4194/3650>.

OLIVEIRA, B. G. R. B.; LIMA, F. F. S. Perfil sócio demográfico e clínico de clientes portadores de lesões cutâneas. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 0; 2007. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/651/152>

OLIVEIRA, I. C.; VERÍSSIMO, R. C. S. S.; BASTOS, M. L. A.; LÚCIO, I. M. L. A frequência dos diagnósticos de enfermagem em pacientes com feridas. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 7, p. 1937-46; 2014. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8436/1/2014_art_mifaguiar.pdf

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

SAMPAIO, F. A. A. Caracterização do estado de saúde referente á integridade tissular e perfusão tissular em pacientes com úlceras venosas segundo a NOC. [Dissertação de mestrado] Mestre em Enfermagem. **Universidade Federal do Ceará**, Fortaleza-CE; 2007. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/1957/1/2007_faasampaio.pdf

WILKINSON, J.M.; LEUVEN, K.V. **Fundamentos de Enfermagem**: Teoria, conceitos e aplicações. São Paulo, Roca, 2010.

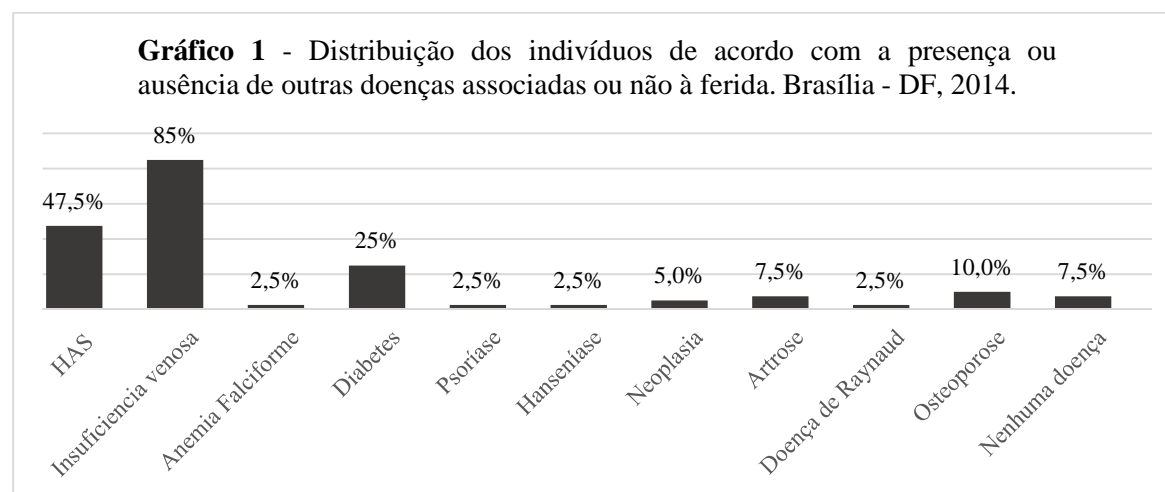
ANEXOS

Tabela 1 – Distribuição dos indivíduos com feridas crônicas atendidos em um ambulatório de estomaterapia, segundo a faixa etária e o sexo. Brasília, 2014.

| Faixa Etária (anos) | Sexo Feminino | | Sexo Masculino | | Total | |
|---------------------|---------------|-----------|----------------|-----------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | n | % |
| 20 - 40 | 02 | 5,0 | 01 | 2,5 | 03 | 7,5 |
| 41 - 60 | 15 | 37,5 | 08 | 20,0 | 23 | 57,5 |
| 61 - 80 | 11 | 27,5 | 03 | 7,5 | 14 | 35,0 |
| Total | 28 | 70 | 12 | 30 | 40 | 100 |

Tabela 2 – Características de indivíduos com ferida crônica atendidos em um ambulatório de estomaterapia, de acordo com estado civil, escolaridade, cor/etnia e ocupação. Brasília – DF, 2014.

| Características | n | % | Características | n | % |
|-------------------------|----|------|------------------|----|------|
| Estado Civil | | | Cor/Etnia | | |
| Solteiro | 09 | 22,5 | Indígena | 01 | 2,5 |
| Casado/união consensual | 18 | 45,0 | Branco | 08 | 20,0 |
| Divorciado | 09 | 22,5 | Pardo | 25 | 62,5 |
| Viúvo | 04 | 10,0 | Negro | 06 | 15,0 |
| Escolaridade | | | Ocupação | | |
| Analfabeto | 01 | 2,5 | Desempregado | 02 | 5,0 |
| 1° incompleto | 19 | 57,5 | Empregado | 15 | 37,5 |
| 2° incompleto | 04 | 10,0 | Autônomo | 03 | 7,5 |
| 2° completo | 09 | 22,5 | Do lar | 02 | 5,0 |
| 3° incompleto | 01 | 2,5 | Aposentado | 16 | 40,0 |
| 3° completo | 02 | 5,0 | Pensionista | 02 | 5,0 |

**Tabela 3** – Diagnósticos de enfermagem elaborados segundo a quantidade de pacientes que apresentaram os referidos diagnósticos, organizados de acordo com os domínios e classes da NANDA-I. Brasília – DF, 2014

| Diagnóstico de Enfermagem | n | % |
|--|----|------|
| Domínio 1 - Promoção da Saúde | | |
| Estilo de vida sedentário | 07 | 17,5 |
| Autocontrole ineficaz da saúde | 02 | 5,0 |
| Disposição para autocontrole da saúde melhorado | 04 | 10,0 |
| Comportamento de saúde propenso a risco | 02 | 5,0 |
| Controle familiar ineficaz do regime terapêutico | 02 | 5,0 |
| Manutenção ineficaz da saúde | 02 | 5,0 |
| Risco para Autocontrole ineficaz da Saúde* | 01 | 2,5 |
| Risco para Manutenção Ineficaz da Saúde* | 02 | 5,0 |

| | | |
|---|----|------|
| Domínio 2 - Nutrição | | |
| Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais | 27 | 67,5 |
| Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais | 07 | 17,5 |
| Risco de glicemia instável | 09 | 22,5 |
| Domínio 3 - Eliminação e Troca | | |
| Risco de constipação | 08 | 20,0 |
| Domínio 4 - Atividade/Repouso | | |
| Insônia | 05 | 12,5 |
| Risco de Insônia* | 10 | 25,0 |
| Deambulação prejudicada | 24 | 60,0 |
| Fadiga | 05 | 12,5 |
| Perfusão tissular periférica ineficaz | 34 | 85,0 |
| Disposição para melhora do autocuidado | 02 | 5,0 |
| Domínio 5 – Percepção/cognição | | |
| Conhecimento deficiente | 01 | 2,5 |
| Disposição para conhecimento melhorado | 03 | 7,5 |
| Domínio 6 - Autopercepção | | |
| Disposição para autoconceito melhorado | 05 | 12,5 |
| Desesperança | 01 | 2,5 |
| Baixa autoestima crônica | 12 | 30,0 |
| Risco de baixa autoestima crônica | 01 | 2,5 |
| Distúrbio na imagem corporal | 17 | 42,5 |
| Domínio 7 – Papéis e relacionamentos | | |
| Processos familiares disfuncionais | 02 | 5,0 |
| Processos familiares interrompidos | 01 | 2,5 |
| Disposição para processos familiares melhorados | 02 | 5,0 |
| Desempenho de papel ineficaz | 02 | 5,0 |
| Interação social prejudicada | 03 | 7,5 |
| Distúrbio de Papel* | 11 | 27,5 |
| Domínio 8 - Sexualidade | | |
| Disfunção sexual | 03 | 7,5 |
| Padrão de sexualidade ineficaz | 01 | 2,5 |
| Domínio 9 - Enfrentamento/tolerância ao estresse | | |
| Ansiedade | 01 | 2,5 |
| Pesar complicado | 01 | 2,5 |
| Tristeza crônica | 01 | 2,5 |
| Risco de Enfrentamento Ineficaz* | 01 | 2,5 |
| Domínio 10 - Princípios da vida | | |
| Falta de adesão | 04 | 10,0 |
| Risco de Falta de Adesão* | 01 | 2,5 |
| Disposição para religiosidade melhorada | 01 | 2,5 |
| Domínio 11 - Segurança/proteção | | |
| Risco de infecção | 20 | 50,0 |
| Integridade da pele prejudicada | 08 | 20 |
| Integridade tissular prejudicada | 32 | 80 |
| Risco de quedas | 04 | 10,0 |
| Risco de reposta alérgica | 12 | 30,0 |
| Domínio 12 – Conforto | | |
| Conforto prejudicado | 02 | 5,0 |
| Dor crônica | 27 | 67,5 |
| Isolamento social | 14 | 35,0 |

*Diagnósticos de enfermagem não listados na Taxonomia da NANDA-I (2012-2014).

Tabela 4 - Distribuição dos fatores relacionados e das características definidoras dos Diagnósticos de Enfermagem reais identificados com frequência $\geq 50\%$ na amostra estudada. Brasília – DF, 2014.

| Diagnóstico de Enfermagem | Fatores relacionados | n | % | Características definidoras | |
|--|---|----|-----|-----------------------------------|---------|
| | | | | n | % |
| Perfusão Tissular Periférica Ineficaz | Conhecimento deficiente do processo da doença | 03 | 8,8 | Características da pele alteradas | 28 82,4 |

| | | | | | | |
|---|--|-----|------|---|----|------|
| (n=34) | Conhecimento deficiente dos fatores agravantes | 27 | 79,4 | Cicatrização de ferida periférica retardada | 34 | 100 |
| | Diabetes melito | 09 | 26,5 | Claudicação | 04 | 11,8 |
| | Estilo de vida sedentário | 27 | 79,4 | Edema | 33 | 97 |
| | Hipertensão | 15 | 44,1 | Pulsos diminuídos | 28 | 82,4 |
| | | | | Pulsos ausentes | 02 | 5,9 |
| Integridade Tissular Prejudicada (n=32) | Circulação alterada | 32 | 100 | Tecido destruído | 32 | 100 |
| | Déficit de conhecimento | 01 | 3,1 | | | |
| | Fatores nutricionais | 18 | 56,2 | | | |
| | Irritantes químicos | 01 | 3,1 | | | |
| Nutrição Desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (n= 27) | Ingestão excessiva em relação à atividade física | 26 | 96,3 | Comer em resposta a estímulos internos que não a fome | 03 | 11,1 |
| | | | | Estilo de vida sedentário | 21 | 77,8 |
| | Ingestão excessiva em relação às necessidade metabólicas | 09 | 33,3 | Padrão de alimentação disfuncional | 10 | 37,0 |
| Dor Crônica (n= 27) | Incapacidade física crônica | 27 | 100 | Alteração da capacidade de continuar atividades prévias | 02 | 7,4 |
| | | | | Comportamento observado de defesa | 04 | 14,8 |
| | | | | Depressão | 04 | 14,8 |
| | | | | Expressão facial | 19 | 70,4 |
| | Incapacidade psicossocial crônica | 02 | 7,4 | Fadiga | 03 | 11,1 |
| | | | | Interação reduzida com as pessoas | 07 | 25,9 |
| | | | | Medo de nova lesão | 02 | 7,4 |
| | | | | Mudança no padrão de sono | 02 | 7,4 |
| | | | | Relato codificado | 27 | 100 |
| | | | | Relato verbal de dor | 26 | 96,3 |
| Deambulação Prejudicada (n= 24) | Capacidade de resistência limitada | 05 | 20,8 | Capacidade prejudicada de andar em aclave | 18 | 75 |
| | Descondicionamento | 15 | 62,5 | Capacidade prejudicada de andar em declive | 11 | 45,8 |
| | Dor | 20 | 83,3 | Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares | 09 | 37,5 |
| | Equilíbrio prejudicado | 02 | 8,3 | Capacidade prejudicada de subir e descer calçadas | 03 | 12,5 |
| | Humor depressivo | 01 | 4,2 | Capacidade prejudicada de subir escadas | 23 | 95,8 |
| | Medo de cair | 03 | 12,5 | | | |
| | Obesidade | 16 | 66,7 | | | |
| | Prejuízo musculoesquelético | 04 | 16,7 | | | |
| Visão prejudicada | 01 | 4,2 | | | | |

Tabela 5 – Distribuição dos fatores de risco dos Diagnósticos de Enfermagem de risco identificado com frequência $\geq 50\%$ na amostra estudada. Brasília – DF, 2014.

| Diagnóstico de enfermagem | Fatores de risco | n | % |
|----------------------------------|-------------------------------|----------|----------|
| Risco de Infecção (n= 20) | Defesas primárias inadequadas | 20 | 100 |
| | Doença crônica | 8 | 40 |
| | Procedimentos invasivos | 20 | 100 |