

**Artigo original**

## PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A PACIENTES COM FERIDAS EM CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENÇÃO

Hélio Galdino Júnior<sup>1</sup>, Anaclara Ferreira Veiga Tipple<sup>2</sup>, Brunna Rodrigues de Lima<sup>3</sup>, Maria Márcia Bachion<sup>2</sup>

**RESUMO:** Objetivo: analisar registros de enfermagem quanto à presença das etapas do processo de enfermagem em prontuários de pacientes com feridas. Método: estudo transversal, de análise documental, realizado em um Hospital Escola, em estado de Goiás, de março a junho de 2016. A amostra constituiu-se de 180 blocos de registros de atendimentos a pessoas com feridas. Os registros foram classificados em relação às etapas do processo de enfermagem. Características das feridas foram observadas mediante checklist e comparadas com o teor dos registros. Foi utilizada na análise descritiva frequências simples e percentuais. Resultados: 91,6% dos blocos de registros continham elementos da etapa da coleta de dados. As etapas de diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação da assistência foram pouco contempladas. Conclusão: há fragilidades no registro das etapas do processo de enfermagem na assistência ao paciente com feridas, que podem comprometer sua segurança, a avaliação do atendimento e pesquisas futuras.

**DESCRIPTORES:** Bandagens; Enfermagem; Ferimentos e lesões; Processos de enfermagem; Registros de enfermagem.

### NURSING PROCESS IN THE CARE OF PATIENTS WITH SURGICAL WOUNDS HEALING BY SECONDARY INTENTION

**ABSTRACT:** Objective: To analyze nursing records regarding the inclusion of nursing process steps in the medical records of patients with wounds. Method: Cross-sectional study that uses documentary analysis carried out in a teaching hospital, in the state of Goiás, from March to June 2016. The sample consisted of 180 patient care record cards from individuals with wounds. The records were classified according to the stages of the nursing process. A checklist was used in the characterization of the wounds, and the characteristics observed were compared to the information included in the records. Frequency and percentage statistics were used in descriptive analysis. Results: It was found that 91.6% of the patient care record cards contained information about the stage of data collection. The stages of nursing diagnosis, planning, implementation and care assessment were poorly reported. Conclusion: Weaknesses were detected in the documentation of the nursing process of patients with wounds, which may compromise their safety, the assessment of care and future research.

**DESCRIPTORS:** Bandages; Nursing; Wounds and injuries; Nursing processes; Nursing records.

### PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON LESIONES EN CICATRIZACIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA

**RESUMEN:** Objetivo: Analizar registros de enfermería buscando las etapas del proceso de enfermería en historias clínicas de pacientes con lesiones. Método: Estudio transversal de análisis documental realizado en Hospital Escuela de Goiás, de marzo a junio de 2016. Muestra constituida por 180 blocos de registros de atención a personas con lesiones. Registros clasificados respecto de las etapas del proceso de enfermería. Características de las lesiones observadas acorde *checklist* y comparadas con el contenido de los registros. En el análisis descriptivo se aplicaron frecuencias simples y porcentuales. Resultados: El 91,6% de los blocos de registros incluían etapas de la colecta de datos. Las etapas de diagnóstico de enfermería, planificación, implementación y evaluación de la atención fueron poco contempladas. Conclusión: Existen debilidades en el registro de las etapas del proceso de enfermería en la atención al paciente con lesiones, que podrían comprometer su seguridad, la evaluación de la atención e investigaciones futuras.

**DESCRIPTORES:** Vendajes; Enfermería; Heridas y Lesiones; Proceso de Enfermería; Registros de Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeiro. Doutor em Medicina Tropical e Saúde Pública. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeira. Residente em Enfermagem da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.

**Autor Correspondente:**

Hélio Galdino Júnior  
Universidade Federal de Goiás  
Rd. 227 Qd 68, S/N - 74605-080 - Goiânia, GO, Brasil  
E-mail: heliogjr@yahoo.com.br

**Recebido:** 25/10/2017**Finalizado:** 22/08/2018

## ● INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem deve ser sistematizada por meio do processo de enfermagem (PE), com o objetivo de favorecer atendimento eficiente e cuidados individualizados<sup>(1)</sup>. Ao ser incorporado como eixo estruturante da prática clínica, o PE contribui para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade<sup>(2)</sup>. Sua utilização deve ser registrada formalmente e envolve um resumo dos dados coletados, os diagnósticos de enfermagem, as intervenções propostas, e os resultados alcançados<sup>(1)</sup>.

No atendimento a pessoas com feridas, a coleta de dados deve incluir a investigação dos fatores intrínsecos e extrínsecos que podem retardar o processo de cicatrização, as características da lesão, sua classificação quanto ao potencial de contaminação, sinais de infecção, características do leito e das bordas da ferida, e ainda a quantidade e aspecto do exsudato<sup>(3)</sup>. Todos estes fatores devem ser documentados para embasar a tomada de decisão terapêutica que conduzirá à seleção da intervenção mais adequada e propiciará a avaliação dos resultados<sup>(4)</sup>.

A falta de documentação adequada pode ter implicações na qualidade da assistência e na segurança do paciente com ferida. Um estudo conduzido em hospitais da Suécia avaliou o impacto de um registro sistematizado de feridas no tempo de cicatrização e no uso de antimicrobianos, e os resultados mostraram que o acompanhamento das lesões resultou em redução no tempo médio de cicatrização de 146 dias para 63 dias, e a indicação do uso de antimicrobianos passou de 70% para 23% dos casos<sup>(5)</sup>.

Recente revisão integrativa da literatura evidenciou que são escassos os estudos a respeito das documentações da atuação da enfermagem no tratamento de pessoas com feridas cirúrgicas<sup>(6)</sup>, assim como também são poucos os estudos que avaliam os registros de feridas de diferentes etiologias, sendo que estes indicam registros inadequados em todo o mundo<sup>(7-10)</sup>.

No Brasil, há carência de estudos sobre registros de enfermagem no tratamento de pacientes com feridas, especialmente voltados para a fidedignidade dos registros ou sobre a utilização das etapas do processo de enfermagem. A produção do conhecimento tem focado predominantemente produtos para o curativo<sup>(11-12)</sup>.

Os objetivos deste estudo foram analisar os registros de enfermagem quanto à presença das etapas do processo de enfermagem em prontuários de pacientes com feridas em cicatrização por segunda intenção, bem como analisar a qualidade dos registros quanto à presença dos itens indispensáveis na evolução das lesões e a adequação dos diagnósticos e das prescrições de enfermagem.

## ● MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, observacional e de análise documental, realizado em um Hospital Escola do estado de Goiás.

A população do estudo consistiu-se de pacientes internados nos setores de Clínicas Médica e Cirúrgica, no período de março a junho de 2016, e seus respectivos prontuários.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão dos pacientes: apresentar ferida em cicatrização por segunda intenção, com expectativa de um período mínimo de internação de 15 dias (optou-se por esse período para que houvesse tempo hábil para a evolução das feridas, bem como para a ocorrência de todas as etapas do processo de enfermagem). Foram excluídos pacientes menores de 18 anos.

A amostra de conveniência foi composta por doze pacientes com feridas e os seus registros de enfermagem nos respectivos prontuários. Cada grupo de registro realizado em 24 horas constituiu um bloco de registro, assim, ao final de 15 dias foram examinados 180 blocos, provenientes da assistência aos 12 pacientes incluídos no estudo.

### **Instrumentos de coleta de dados**

- Protocolo de caracterização das feridas

Trata-se de instrumento do tipo checklist, elaborado de acordo com Pakorná e Leaper<sup>(10)</sup>, tomando-se como parâmetros: etiologia da ferida, duração, tamanho, profundidade, localização, condições de bordas e estado de pele perilesional, aspecto do leito da ferida, sinais e sintomas de inflamação/infecção, nível de contaminação, características do exsudato, odor, comorbidades e dor. O instrumento foi avaliado por dois especialistas em enfermagem dermatológica com experiência clínica de mais de cinco anos de atuação na área e submetido a um teste piloto em campo para verificação da adequabilidade ao alcance dos objetivos deste estudo.

- Mapa de categorização dos registros segundo as fases do processo de enfermagem

Foi utilizado um quadro com cinco colunas, uma para cada etapa do processo de enfermagem. Os registros foram transcritos na íntegra e seu teor foi mapeado nesse quadro conforme as etapas do processo de enfermagem.

Adotou-se que o registro de admissão realizado pelo enfermeiro seria tomado como a primeira fase do processo (coleta de dados). Anotações no campo de prescrições foram classificadas como pertencentes à etapa de planejamento. Registros relativos à checagem da prescrição de enfermagem e/ou registro do procedimento foram classificados como relativos à etapa de implementação da assistência. Registros relativos às evoluções das feridas foram categorizados na etapa de avaliação.

- Instrumento de registro da análise da adequação dos diagnósticos de enfermagem (DE) relacionados à presença da lesão.

Trata-se de um formulário com espaço para a transcrição dos DE estabelecidos e indicação de sua adequação e a justificativa para a decisão do julgamento. Essa análise foi realizada pelo pesquisador de campo e validada por outro pesquisador, com expertise na elaboração de DE. Para análise, foi considerada a adequação da afirmativa diagnóstica, de acordo com as características definidoras e as definições da NANDA-I<sup>(13)</sup>.

- Instrumento de registro da análise das prescrições de enfermagem

Trata-se de um painel de análise de cada prescrição quanto ao seu conteúdo, completude e adequabilidade do tratamento proposto às características da ferida. Para esta análise, considerou-se as características das feridas provenientes dos registros do pesquisador de campo (protocolo de caracterização das feridas) e das fotografias, e o julgamento foi realizado por dois pesquisadores com experiência clínica em tratamento de lesões.

- Formulário de análise da avaliação de enfermagem

As características das feridas, contidas nas evoluções de enfermagem, e os registros dos procedimentos de curativos foram categorizados na etapa de avaliação. Os registros dos prontuários foram comparados com os dados obtidos pelo pesquisador na observação de campo (colhidos nos dias 0, 7 e 15 e registradas no instrumento de caracterização das feridas) e analisados em relação à presença ou ausência das informações.

Todas as observações de campo foram feitas pelo mesmo pesquisador, que foi treinado por um dos especialistas em enfermagem dermatológica que também avaliou o instrumento citado anteriormente.

## Procedimento de coleta de dados

Após verificação dos critérios de elegibilidade e obtenção do consentimento livre e esclarecido, foi realizada a avaliação sistematizada da ferida. Durante 15 dias, foram coletados os registros de enfermagem nos prontuários dos pacientes, mediante a sua transcrição na íntegra. Cada paciente foi observado *in locu* durante a realização do curativo, no dia de entrada no estudo, no sétimo e no décimo quinto dias. Nessa ocasião, foram registradas as características clínicas e fotografia das feridas, por meio de um tablet com câmera.

Todas as anotações dos profissionais de enfermagem relacionadas à presença da lesão, com

assinatura, compuseram um conglomerado de registros diários que foram considerados como dias de anotação e classificados segundo as etapas do PE. Após a classificação do registro dentro de cada etapa do processo de enfermagem, examinou-se a fidedignidade, a adequação dos diagnósticos de enfermagem registrados, a pertinência das prescrições e os itens considerados na evolução das feridas.

Como recurso auxiliar para a análise da pertinência das prescrições e fidedignidade dos dados registrados pela equipe de enfermagem do cenário estudado, as imagens fotográficas foram processadas pelo programa MOWA® (*Mobile Wound Analyser*), que determina a área da lesão, tipo de tecido e sua quantidade em porcentagem da área.

Os dados foram analisados com auxílio do programa *Statistic Package for Social Sciences for Windows* (SPSS versão 17.0) e apresentados por estatística descritiva e frequência simples.

O estudo atendeu às diretrizes nacionais relativas aos requisitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (parecer nº544.337/2014).

## ● RESULTADOS

Foram analisados 180 blocos de registros de enfermagem, provenientes dos prontuários de 12 pacientes com feridas abertas, atendidos ao longo de 15 dias de internação em Clínica Médica e Cirúrgica.

Na admissão dos pacientes, o registro da coleta de dados foi realizado por enfermeiros em 11 prontuários (91,6%). O local da lesão estava descrito em nove (75%) e a descrição da lesão foi encontrada em apenas dois (4%). Os parâmetros relativos ao tempo de evolução da ferida, etiologia, classificação do potencial de contaminação, condições das bordas, tipos de tecido presente no leito da lesão e mensuração da ferida não foram detectados nos registros de admissão de pacientes com feridas.

Dos 180 blocos de registros, em dois (1,1%) havia diagnósticos de enfermagem relativos à presença da lesão (Quadro 1).

Quadro 1 – Avaliação dos diagnósticos de enfermagem expressos nos registros de paciente com feridas. Goiânia, GO, Brasil, 2016

Diagnóstico de enfermagem encontrado	Julgamento de Adequação	Diagnóstico de acordo com taxonomia NANDA 2015	Justificativa da inadequação
<b>Integridade da pele prejudicada</b>	Inadequado	Integridade tissular prejudicada relacionada a fatores mecânicos (pressão) e mobilidade física prejudicada, evidenciada por tecido destruído.	Acometimento de tecidos profundos (tratava-se de uma lesão por pressão Grau IV). Ausência da declaração dos fatores relacionados e características definidoras.
<b>Integridade tissular prejudicada</b>	Inadequado	Integridade tissular prejudicada relacionado a fatores mecânicos (drenagem cirúrgica), evidenciado por tecido lesado.	Designação do título correta, porém ausência de fatores relacionados e características definidoras.

Em 166 (92,2%) blocos de registros havia anotações relacionadas à fase do planejamento da assistência de enfermagem, expresso por meio de prescrições diárias para a realização dos curativos. Verificou-se que 156 (93,9%) delas estavam incompletas, faltando um ou mais elementos para a compreensão e clareza da prescrição (Figura 1).

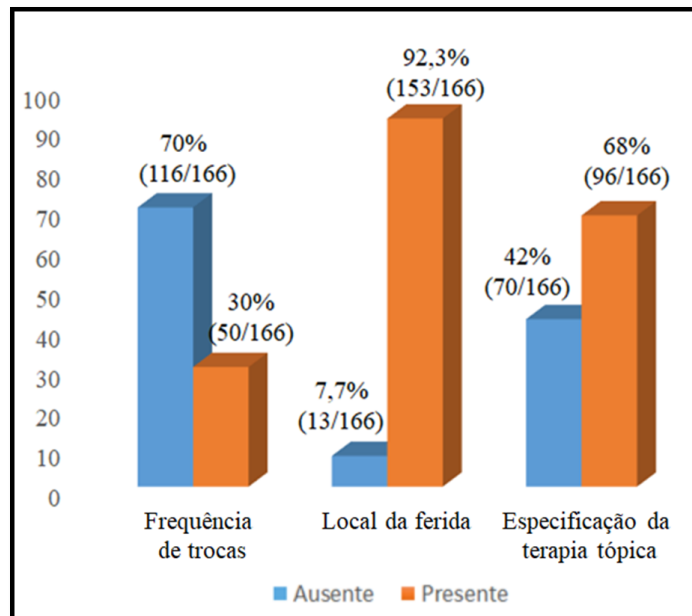


Figura 1 – Componentes das prescrições de enfermagem relativas à execução de curativos a pacientes com feridas em cicatrização por segunda intenção atendidos em um Hospital Escola. Goiânia, GO, Brasil, 2016

Quanto aos produtos prescritos, foram encontrados os ácidos graxos essenciais (AGE) em 53,6% (89/166), a colagenase em 22,3% (37/166), a hidrofibra com prata 19,3% (32/166) e a papaína 4,8% (8/166) das prescrições. A adequabilidade do produto prescrito considerando as características das feridas é apresentada na figura 2A.

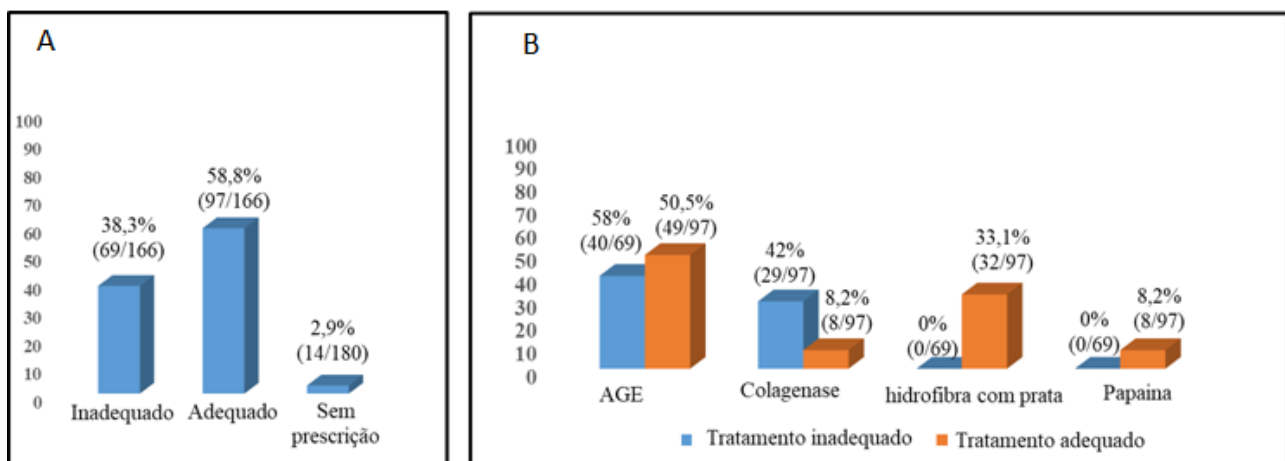


Figura 2 – Prescrições de enfermagem a pacientes com feridas em cicatrização por segunda intenção atendidos em um Hospital Escola. Em A: adequabilidade da prescrição às características da ferida. Em B a adequabilidade por tipo de produto prescrito. Goiânia, GO, Brasil, 2016

Das prescrições consideradas inadequadas, observou-se a utilização AGE para feridas com presença de necrose e a indicação de colagenase (produto com ação desbridante) em ferida com tecido de granulação (Figura 2B).

Quanto à fase da implementação da assistência de enfermagem, verificou-se que 119 (71,6%) prescrições de realização de curativos foram checadas. Observou-se que em 16 (9,6%) registros, além da checagem, havia relato da realização do procedimento.



Em relação à avaliação da assistência, verificou-se que em 169 (93,9%) blocos de registros havia algum relato referente à evolução da lesão, porém todos incompletos. A figura 3 indica as porcentagens dos itens presentes e ausentes nos registros dos pacientes com feridas.

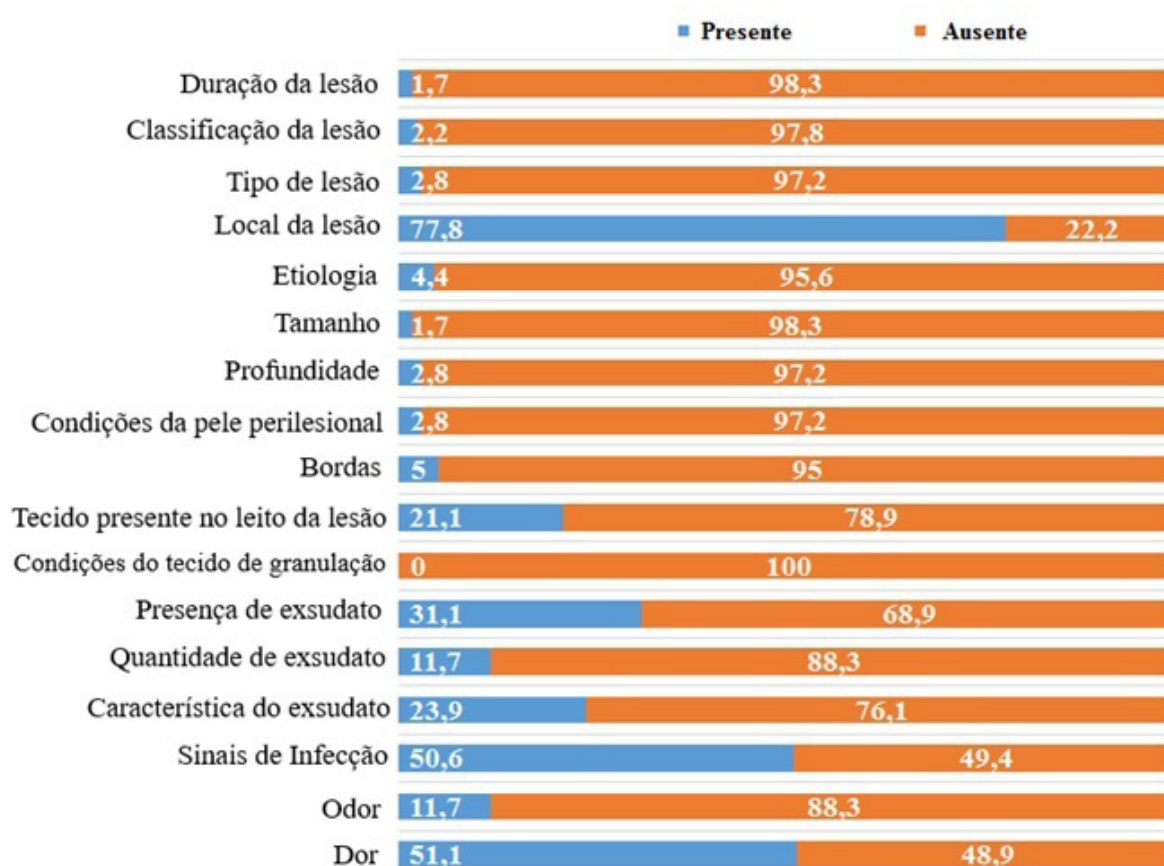


Figura 3 – Distribuição dos itens relevantes à documentação da evolução das lesões nos registros do atendimento de enfermagem aos pacientes com feridas em um Hospital Escola. Goiânia, GO, Brasil, 2016

## ● DISCUSSÃO

O tratamento de feridas tem por objetivo acelerar a cicatrização<sup>(14)</sup> e o enfermeiro possui autonomia para avaliação e intervenção neste contexto<sup>(15)</sup>, devendo estruturar suas ações no PE, bem como documentá-lo<sup>(1)</sup>.

Observou-se neste estudo que o PE não é realizado efetivamente em todas as suas etapas aos pacientes com feridas e que a documentação do trabalho de enfermagem é escassa e incompleta, notadamente nas fases de coleta de dados e diagnósticos de enfermagem. Revisão integrativa de estudos provenientes da Austrália, Reino Unido e Estados Unidos<sup>(6)</sup> evidenciou que a avaliação e a documentação de feridas cirúrgicas são insuficientes e há pouca produção científica sobre o tema, recomendando novas pesquisas nessa temática.

No Brasil, pouco se tem estudado em relação à documentação realizada pela equipe de enfermagem no atendimento a pacientes com feridas<sup>(8,16)</sup>, e são mais escassos os estudos investigando os registros segundo as etapas do PE nesse atendimento.

Mesmo sendo obrigatório segundo a regulamentação do exercício profissional no Brasil<sup>(1)</sup>, e apesar do consenso entre os profissionais sobre a importância do PE<sup>(17)</sup>, estudos mostram obstáculos à sua

realização e os profissionais relatam dificuldades em executá-lo, incluindo principalmente a sobrecarga de trabalho, o número deficiente de profissionais, a falta de tempo e a falta de conhecimento teórico<sup>(18-19)</sup>.

Estudos evidenciam escassa documentação de enfermagem em diferentes aspectos do cuidado<sup>(7,20)</sup>. No que tange ao cuidado com feridas, pesquisa em uma Unidade de Terapia Intensiva evidenciou que em 65% dos registros de feridas não constavam o tipo de tecido, em 85% faltava o tipo de exsudato, em 100% não havia mensuração da ferida e em 80% não havia registro das características das margens e do leito das feridas<sup>(8)</sup>.

Os enfermeiros de um hospital da Nigéria foram entrevistados sobre a documentação referente ao tratamento de feridas e foi evidenciado que os mesmos possuem conhecimento e prática deficientes em relação ao registro do cuidado ao paciente com ferida<sup>(9)</sup>. Por outro lado, o conhecimento específico da enfermagem clínica, o envolvimento da gestão e a disponibilidade do tempo necessário para o registro podem ser fatores facilitadores para a adequada documentação do PE<sup>(21)</sup>.

A coleta de dados é uma etapa fundamental do PE e fornece subsídios para as demais, e deve ser realizada de maneira ampla, a fim de investigar as necessidades dos pacientes<sup>(22)</sup>. Nossos dados mostram um déficit nesta etapa inicial, nos quais os profissionais registraram informações superficiais e incompletas que dificilmente fornecerão evidências para sustentar as demais etapas do PE. Esse fenômeno parece ser global: em países desenvolvidos como Austrália, Reino Unido e Estados Unidos, uma pesquisa evidenciou que os registros relativos às feridas foram pobremente documentados na admissão<sup>(6)</sup>.

Pesquisa sobre a documentação do tratamento de feridas agudas em pacientes cirúrgicos na Austrália identificou que mais de 50% dos pacientes não tinham registros referentes às características das margens da ferida, do exsudato, e do leito das feridas, e em menos de 5% dos documentos havia informações sobre dimensões das feridas<sup>(7)</sup>. O tecido presente no leito e o tipo de exsudato também foi pouco registrado em um estudo na República Tcheca<sup>(10)</sup>. Destaca-se que as características do leito e do exsudato são os principais parâmetros direcionadores da escolha da terapia tópica<sup>(3,14)</sup>.

O levantamento de dados tem se mostrado deficiente ora por inabilidade do profissional, ora por negligenciar ferramentas fundamentais para a coleta, como o exame físico e a entrevista com o paciente. Estudo demonstrou que os índices de registros do exame físico variaram de 14,5% a 40,6%<sup>(22)</sup>. Outro estudo mostrou que, em relação às fases do PE, a coleta de dados foi a fase mais documentada, no entanto o conteúdo mostrou-se deficitário, pois em apenas 4,2% havia dados referentes ao exame físico<sup>(16)</sup>.

O DE representa a expressão do julgamento clínico do enfermeiro. Esta etapa é apontada por outros estudos como a mais complexa, a que os profissionais apresentam mais dificuldades em realizar, e a mais negligenciada<sup>(16,23)</sup>. Resultados semelhantes aos nossos, quanto à falta de registro do DE nos prontuários, foram encontrados em outro estudo, em que o DE foi encontrado em apenas um dos registros avaliados<sup>(16)</sup>.

Em nosso estudo, percebemos ainda a ausência do preenchimento completo do DE com seus fatores relacionados e características definidoras. A descrição incompleta dos DE também foi observada em uma unidade de reabilitação do Distrito Federal, em que, dos 25 registros avaliados, 48% continham DE descritos de modo incompleto. Naquele cenário, uma comissão de sistematização da assistência de enfermagem desenvolvia ações de educação permanente, o que pode explicar a ocorrência de maiores taxas de registro dessa etapa do processo<sup>(24)</sup>. Programas de educação continuada têm se mostrado eficazes na melhoria da qualidade dos diagnósticos e na sua documentação<sup>(25)</sup>. Sendo assim, podemos inferir que ainda são necessários investimentos em educação continuada para a melhoria desta etapa do PE no atendimento a pacientes com feridas.

Tendo em vista que as prescrições estavam incompletas, ou seja, eram omissas em relação ao local da ferida, tempo de troca e ao produto ou cobertura a ser utilizada e ainda, que havia prescrição de produtos incompatíveis com as características do leito da ferida, depreende-se que outro desafio a ser enfrentado em ações de educação permanente é o registro das prescrições de enfermagem e a tomada de decisão terapêutica na seleção do tratamento.

Pesquisa realizada em um hospital universitário do interior paulista encontrou que em 80%

dos registros não constavam prescrições de enfermagem<sup>(26)</sup>, o que contrasta o presente estudo, que identificou 166 prescrições de enfermagem em 180 blocos de registros, evidenciando que os profissionais registram a prescrições de curativos, mesmo que de forma incompleta.

O enfermeiro deve realizar completa avaliação das feridas, uma vez que as características destas orientarão a seleção do tratamento<sup>(3,14)</sup>. Para tanto, é necessário que o profissional apresente conhecimento técnico e científico a fim de escolher a melhor opção terapêutica individualizada. Estudos têm evidenciado baixo conhecimento a respeito da avaliação e tratamento de lesões<sup>(27-28)</sup>, o que pode prejudicar o PE logo nas etapas iniciais. O tratamento inadequado pode propiciar o desenvolvimento de infecções, retardar o processo de cicatrização, elevar o período de internação, o uso de múltiplas terapias antimicrobianas, comprometer a segurança do paciente, reduzir a qualidade de vida dos indivíduos e onerar os custos da assistência<sup>(29)</sup>.

Em relação ao registro da etapa de implementação da assistência, constatamos que muitas prescrições deixaram de ser checadas e as evoluções mostraram-se superficiais e incompletas quanto ao relato do tratamento proposto e da cicatrização das lesões. A assistência que não é registrada torna-se inexistente, implicando em processos éticos e legais, bem como a impossibilidade de avaliar a assistência de enfermagem prestada<sup>(16)</sup>.

O local da lesão e a presença de dor foram os registros mais frequentes, no entanto, foram pouco encontrados a descrição do exsudato, o tipo de tecido no leito, sinais de infecção e odor, que são parâmetros essenciais para a escolha do tratamento e acompanhamento da sua efetividade<sup>(3,14)</sup>. Os parâmetros características do exsudato, tipo de tecido e sinais de infecção também foram pouco relatados por enfermeiros em outros cenários de estudo<sup>(27)</sup>. Destaca-se que os registros têm como função garantir a continuidade da assistência e a segurança do paciente, sendo fator preditivo para uma boa comunicação entre os profissionais<sup>(1)</sup>.

Recente estudo, com objetivo de mapear os termos referentes ao tratamento de feridas, investigou 190 prontuários de pacientes com feridas, e precisou excluir 109 prontuários do estudo por falta de registros de enfermagem relacionados às feridas<sup>(30)</sup>, mostrando que muito se precisa avançar para aumentar a qualidade dos registros das etapas do PE direcionados a pacientes com feridas.

Podem ter constituído limitação do estudo o número relativamente pequeno de pacientes incluídos e a falta de randomização ou cálculo amostral, contudo o período de observação pode minimizar estes vieses.

## ● CONCLUSÕES

O estudo demonstrou que o PE é subregistrado na assistência a pacientes com feridas em cicatrização por segunda intenção. A coleta de dados não contém itens necessários para o embasamento das outras etapas do PE, o registro do DE é praticamente inexistente, as prescrições são realizadas em sua maioria de forma genérica e incompleta, parte considerável estava inadequada quanto à indicação das coberturas. A implementação da assistência é pouco registrada pela equipe de enfermagem. A etapa de avaliação não apresenta evolução do tratamento e contém parâmetros insuficientes para o acompanhamento dos resultados alcançados em decorrência do tratamento.

A escassa utilização e registro do PE podem comprometer o desenvolvimento futuro do conhecimento de enfermagem e a formação da identidade profissional.

Estes achados reforçam a necessidade urgente de investimentos na capacitação dos profissionais e na melhoria da qualidade da formação da equipe de enfermagem, bem como melhora na estrutura organizacional das unidades, com a adoção de protocolos para avaliação e tratamento de feridas, ações gerenciais de maior ênfase na qualidade dos registros e a identificação e superação das barreiras encontradas que podem ser semelhantes em outros cenários da assistência.

## ● REFERÊNCIAS



1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Brasília: COFEN; 2009.
2. Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 ago 12]; 65(2). [Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200015> .
3. Leaper DJ, Schultz G, Carville K, Fletcher J, Swanson T, Drake R. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? *Int Wound J* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 set 02]; 9(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-481X.2012.01097.x>.
4. Logan G. Clinical judgment and decision-making in wound assessment and management: is experience enough? *Br J Community Nurs* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 set 05]; 20(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.Sup3.S21>.
5. Öien RF, Forssell HW. Ulcer healing time and antibiotic treatment before and after the introduction of the Registry of Ulcer Treatment: an improvement project in a national quality registry in Sweden. *BMJ Open* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 set 9]; 3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003091>.
6. Ding S, Lin F, Gillespie BM. Surgical wound assessment and documentation of nurses: an integrative review. *J Wound Care* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 out 11]; 25(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/jowc.2016.25.5.232>.
7. Gartlan J, Smith A, Clennett S, Walshe D, Tomlinson-Smith A, Boas L, Robinson A. An audit of the adequacy of acute wound care documentation of surgical inpatients. *J Clin Nurs* [Internet]. 2010 [acesso em 2017 set 09]; 19(15). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03265.x>.
8. Gardona RGB, Ferracioli MM, Salomé GM, Pereira MTJ. Avaliação da qualidade dos registros dos curativos em prontuários realizados pela enfermagem. *Rev Bras Cir Plást* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 set 25]; 28(4). Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/1460/avaliacao-da-qualidade-dos-registros-dos-curativos-em-prontuarios-realizados-pela-enfermagem>.
9. Osemi OM, Adejumo PO. Nurses reported practice and knowledge of wound assessment, assessment tools and documentation in a selected hospital in Lagos, Nigeria. *Afr J Med Sci* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 ago 13]; 43(2). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25474991>.
10. Pokorná A, Leaper D. Assessment and documentation of non-healing, chronic wounds in patient health care facilities in the Czech Republic: an evaluation study. *Int Wound J* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 ago 12]; 12(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12372>.
11. Pereira AL, Bachion MM. Tratamento de feridas: análise da produção científica publicada na Revista Brasileira de Enfermagem de 1970-2003. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2005 [acesso em 2018 abr. 06]; 58(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a16>.
12. Brito KKG de, Sousa MJ de, Sousa ATO de, Meneses LB de A, Santos SHO dos, Soares MJGO. Feridas crônicas: abordagem da enfermagem na produção científica da pós-graduação. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 abr 06]; 7(2). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10250>.
13. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. In: *Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2015-2017*. 2015. p. 468-468.

14. Jones CM, Rothermel AT, Mackay DR. Evidence-Based Medicine: Wound Management. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2017 [acesso em 2017 out 08]; 140(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000003486>.
15. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 501, de 09 de dezembro de 2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado de feridas e dá outras providências. Brasília: COFEN; 2015.
16. Silva TG, Santos RM, Crispim LDMC, Almeida LMWS. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 jul 15]; 7(1). Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/679/293>.
17. Santos MGPS, Medeiros MMR, Gomes FQC, Enders BC. Percepção de enfermeiros sobre o processo de enfermagem: uma integração de estudos qualitativos. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 set 09]; 13(3). Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027982025.pdf>.
18. Nery IS, Santos AG, Sampaio MRFB. Dificuldades para a implantação da assistência de enfermagem em maternidades. *Enferm Foco* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 ago 12]; 4(1). Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/494/184>.
19. Souza LP, Vasconcellos C, Parra AV. Processo de enfermagem: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros de um hospital público de grande porte na Amazônia, Brasil. *Braz. J Surg Clin Res* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 set 09]; 10(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016160600>.
20. Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Adv Nursing* [Internet]. 2011 [acesso em 2017 set 08]; 67(9). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x>.
21. Pereira RB, Coelho MA, Bachion MM. Information technologies and nursing process records: case study at a neonatal ICU. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 set 12]; 18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.35135>.
22. Costa SP, Paz AA, Souza EN. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 2017 set 09]; 31(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100009>.
23. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de enfermagem: da teoria à prática. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [acesso em 2017 ago 10]; 45(6). Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3610/361033332015.pdf>.
24. Neves RS, Shimizu HE. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 2017 set 02]; 63(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/09>.
25. Müller-staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, Van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. *Int J Nurs Terminol* [Internet]. 2007 [acesso em 2017 ago 03]; 18(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-618X.2007.00043.x>.
26. Guedes GG, Trevisan DD, Stancato K. Auditoria de prescrições de enfermagem de um hospital de ensino paulista: avaliação da qualidade da assistência. *Rev Adm Saúde* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 ago 12]; 15(59). Disponível em: [http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p\\_ndoc=689&p\\_nanexo=%20398](http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=689&p_nanexo=%20398)

27. Moreira RAN, Queiroz TA, Araújo MFM, Araújo TM, Caetano JÁ. Condutas de enfermeiros no tratamento de feridas numa unidade de terapia intensiva. *Rev Rene* [Internet]. 2010 [acesso em 2017 set 09]; 10(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v10i3.4819>.
  
28. Salome GM. Avaliando lesões: práticas e conhecimentos dos enfermeiros que prestam assistência ao indivíduo com ferida. *Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [acesso em 2017 ago 23]; 6(35). Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/842/84212201006.pdf>.
  
29. Adderley UJ, Thompson C. Community nurses' judgement for the management of venous leg ulceration: A judgement analysis. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 ago 08]; 52(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.004>.
  
30. Oliveira FP, Oliveira BGRB, Santana RF, Silva BP, Candido JSC. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 set 16]; 37(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55033>.