

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MANOELA MAFFEI

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE REGISTROS DE
ENFERMAGEM COM TERMOS PADRONIZADOS NA AVALIAÇÃO E
TRATAMENTO DE FERIDAS**

Orientadora: Professora Doutora Taline Bavaresco

PORTO ALEGRE

2023

MANOELA MAFFEI

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE REGISTROS DE
ENFERMAGEM COM TERMOS PADRONIZADOS NA AVALIAÇÃO E
TRATAMENTO DE FERIDAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Professora Orientadora: Prof^a. Dr^a. Taline Bavaresco

PORTO ALEGRE

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Maffei, Manoela

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE REGISTROS DE ENFERMAGEM COM TERMOS PADRONIZADOS NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS / Manoela Maffei. -- 2023.

47 f.

Orientadora: Taline Bavareso.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Curso de Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Cicatrização de feridas. 2. Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde. 3. Avaliação em Enfermagem. 4. Ferimentos e Lesões. 5. Cuidados de Enfermagem. I. Bavareso, Taline, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela oportunidade dessa conquista, me tornando forte para seguir nessa caminhada e para servir através do cuidar da enfermagem.

Agradeço ao meu pai Luiz, por ser meu porto seguro em toda a graduação, me fornecendo todo o suporte para que eu conseguisse estar em uma universidade federal, de qualidade e em tempo integral, que embora pública, desafia a permanência dos seus estudantes diariamente.

À minha mãe Carla e meus irmãos, Mariana e João, por sempre estarem ao meu lado me apoiando. Foram essenciais no meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu namorado e futuro colega de profissão Renato, que compartilhou comigo os dilemas da graduação, me auxiliando em todos os momentos e tornando-os mais leves e felizes.

Aos meus amigos, pelo apoio e torcida nos cinco anos de graduação. Vocês foram parceiros, demonstraram lealdade e trouxeram palavras de conforto quando eu pensava em enlouquecer.

À minha orientadora Taline, por tantos ensinamentos e pela paciência nesse período, acreditando que eu era capaz de realizar um trabalho tão desafiador quando eu não acreditei.

Agradeço à professora Deise e ao Serviço de Enfermagem Ambulatorial do HCPA por me acolher no período em que fui estagiária.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a minha formação enquanto enfermeira. Eu amo vocês!

RESUMO

Objetivo: Construir e validar um instrumento de registro de enfermagem padronizado para a avaliação e tratamento de feridas. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico, realizado em um ambulatório de feridas com uma amostra de registros de consultas de enfermagem escolhidas de forma não-probabilística intencional. A coleta de dados foi realizada por meio de consulta ao prontuário eletrônico de pacientes atendidos em cinco agendas de consultas de enfermagem, de janeiro a dezembro de 2022. Foi realizada análise descritiva, as variáveis categóricas foram expressas como percentuais e números absolutos. Para validação serão convidados enfermeiros especialistas, que receberão um instrumento de avaliação contendo a Escala de Likert. **Resultados:** Foram analisados 108 registros de consultas de enfermagem em feridas. Constatou-se que a descrição do leito e seu tratamento são os fatores mais registrados nos prontuários. Características como descrição do tamanho da lesão, avaliação da lesão e densidade de energia utilizada na Terapia a Laser de Baixa Potência apresentaram fragilidades no registro, implicando em lacunas no acompanhamento sistemático dos pacientes. A etapa de validação será realizada posterior. **Conclusão:** A construção do instrumento possibilita um registro padronizado para a avaliação e tratamento de feridas crônicas seguindo a resolução do processo de enfermagem. Após a validação, sugere-se implementação do instrumento desenvolvido e utilização na prática clínica minimizando possíveis falhas de registro dos pontos fundamentais para a consulta de enfermagem em feridas.

Descritores: Cicatrização de feridas; Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde; Avaliação em Enfermagem; Ferimentos e Lesões; Cuidados de Enfermagem.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
PE	Processo de enfermagem
SEAMB	Serviço de Enfermagem Ambulatorial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DE FERIDAS.....	12
QUADRO 2- PRINCIPAIS TRATAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DE FERIDAS.....	13
FIGURA1 – Instrumento de registro de enfermagem com termos padronizados na avaliação e tratamento de feridas	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Registro da avaliação da ferida (n= 108).....	22
Tabela 2 - Registro dos Diagnóstico de Enfermagem (n= 102).....	23
Tabela 3 - Registro dos tratamentos tópicos e adjuvantes das feridas (n= 108)	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivos específicos	11
3 REVISÃO DA LITERATURA	12
3.1 Feridas	12
3.2 Consulta de Enfermagem	12
3.2.1 Avaliação de feridas	13
3.2.2 Tratamento de feridas	15
3.2.3 Registro de enfermagem	17
4 MÉTODO	19
4.1 Delineamento do estudo	19
4.2 Campo, cenário ou contexto do estudo	19
4.3 População e amostra	19
4.4 Coleta dos dados	20
4.5 Análise dos dados	20
4.6 Aspectos Éticos	21
5 RESULTADOS	22
6 DISCUSSÃO	27
CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NOS PRONTUÁRIOS	38

1 INTRODUÇÃO

As feridas crônicas são lesões com cicatrização lenta, que desempenham influência biológica, psicológica, social e financeira para os pacientes e familiares e para o sistema de saúde como um todo. São enquadradas em três categorias principais: úlceras venosas, lesões por pressão e úlceras diabéticas, com um quarto grupo menor secundário à isquemia arterial (ZHAO, 2016). Com prevalência elevada em torno de 11,8%, sendo 5% de lesão por pressão, 3,2% de úlcera diabética e 2,9% de úlcera venosa crônica (VIEIRA; ARAÚJO, 2018). Ainda, há predominância em idosos com faixa etária de 60 a 79 anos, sendo 49,0% dos casos de vasculogênicas, 48,8% das lesões por pressão e 40,0% dos pés diabéticos (KRELING et al., 2021).

Esse tipo de ferida costuma estagnar na fase inflamatória do processo de cicatrização ou passar por uma fase proliferativa prejudicada. Entender esse processo é fundamental para o desenvolvimento de ferramentas de diagnóstico e tratamentos adequados (HAALBOOM, 2018). A enfermagem desempenha papel importante no que tange a avaliação e tratamento de feridas. Utiliza o processo de enfermagem (PE) que preconiza a uniformização do seu vocabulário na prática, que baseado em evidências científicas permitem a identificação e a documentação de padrões de cuidados, dentre eles o cuidado em feridas (SOUZA, 2019).

A consulta de enfermagem é competência exclusiva do enfermeiro, que confere um conjunto de ações desenvolvidas de modo sistemático, dinâmico, privado e independente. As etapas utilizadas para realização da consulta seguem o PE: Histórico, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação (SANTOS; 2017).

Na avaliação das feridas crônicas se deve levar em consideração o tipo da ferida e sua aparência, como profundidade, coloração, bordas, localização, presença de infecção, exsudação, necrose e extensão, deve palpar pulsos, avaliar a macro e microcirculação, avaliar pontos de pressão na pele, avaliar a ocorrência de osteomielite, condições clínicas e o suporte nutricional (BOWERS; FRANCO, 2020).

Assim o enfermeiro terá subsídio para elencar o diagnóstico de enfermagem e o tratamento, considerando a avaliação feita previamente e os materiais utilizados no curativo (BOWERS; FRANCO, 2020). A prescrição da cobertura deve ser embasada no conhecimento fisiopatológico da lesão, nas atribuições éticas e legais do profissional e nas normas de vigilância sanitária (MITTAG et al., 2017). O enfermeiro tem autonomia na terapêutica mais indicada em cada fase do processo de cicatrização, considerando a Lei 7.498/1986, que regulamenta o exercício da enfermagem (COFEN, 2018).

Diante disso, a prática da enfermagem deve estar registrada no prontuário do paciente, que é definido como uma coleção de informação referente ao estado de saúde de um paciente, conduzida em total segurança e compreensível a qualquer usuário autorizado, registrada e organizada, com valor ético legal e informações que presumem veracidade (ARAÚJO; MOTA, 2020). Segundo a Resolução nº 564/2017, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, é obrigação do enfermeiro registrar no prontuário as informações do processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras, sendo proibido registrar informações incompletas, imprecisas ou inverídicas sobre a assistência de Enfermagem prestada à pessoa, família ou coletividade (COFEN, 2017).

O uso de imagem fotográfica como ferramenta de prática em enfermagem no tratamento de feridas mostra-se efetivo no acompanhamento da lesão e na organização do processo de trabalho, uma vez que as informações obtidas por meio visuais possibilitam a continuidade do cuidado (GALVÃO, et al., 2013). No entanto, os registros fotográficos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foram implementados somente no segundo semestre de 2021, sem uma padronização na maneira de fotografar as lesões.

Com isso, a linguagem padronizada proporciona um método claro no registro de enfermagem, apoiando os demais membros da equipe multiprofissional em seu raciocínio clínico e continuidade da assistência, além de promover a segurança do paciente e do profissional (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013). A criação de instrumentos para avaliação de feridas e tratamento possibilita a padronização do procedimento resultando na melhoria da assistência, conferindo maior segurança para o profissional e maior praticidade na prática clínica (CUNHA; DUTRA; SALOMÉ, 2018).

Estudos já evidenciaram que o registro dos atendimentos de enfermagem em prontuário, de forma padronizada, é indispensável na avaliação e tratamento de feridas. No entanto, através da observação da prática clínica do cuidado com feridas, é possível perceber que há deficiências nos registros relativos à descrição das características das lesões e ao seu registro fotográfico. Ainda, na literatura, não há estudos suficientes que demonstrem uma padronização ou avaliam a qualidade dos registros de enfermagem em feridas.

Neste sentido, é necessário que ferramentas auxiliem e facilitem a atividade de enfermagem sejam desenvolvidas com a finalidade de padronizar as atividades e melhorar a assistência. Assim, estabeleceu-se as seguintes questões de pesquisa: Quais são as informações necessárias para o registro de avaliação e tratamento de feridas nas consultas de enfermagem? Quais as potencialidades e fragilidades no processo de registro das consultas de enfermagem em feridas?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Construir e validar um instrumento de registros de enfermagem com termos padronizados para a avaliação e tratamento de feridas.

2.2 Objetivos específicos

Conhecer o processo de avaliação e tratamento de feridas nas consultas de enfermagem.

Identificar fragilidades e potencialidades no processo de documentação das consultas de enfermagem na avaliação e tratamento de feridas.

Propor uma validação de conteúdo do instrumento de registros de enfermagem.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Feridas

A ferida é caracterizada por uma interrupção na continuidade da pele, podendo atingir desde a epiderme até estruturas mais profundas como fâscias, músculos, aponeuroses e órgãos cavitários. A lesão pode ocorrer por causas multifatoriais, gerando inclusive perdas funcionais. (OLIVEIRA et al., 2019, RABBERS, 2016).

As feridas crônicas e complexas constituem um problema de saúde pública, apesar de não quantificadas. Percebemos um aumento dos pacientes que convivem com essas feridas à medida que a população envelhece, uma vez que há maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, fatores de risco para o desenvolvimento de lesões (THULER; DE PAULA, 2017).

Quando há presença de lesão inicia-se o processo de cicatrização que orienta a restauração tecidual e é composto por 4 fases: hemostase, inflamatória, proliferativa e remodelação. Reconhecer essas etapas e as características do leito é fundamental para uma boa cicatrização (CAMPOS, 2016).

3.2 Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, oferecendo autonomia ao profissional, exigindo conhecimento técnico-científico para identificar situações de saúde-doença e realizar o cuidado qualificado e seguro ao cliente. Está compreendida dentro do PE composto por cinco etapas cíclicas, inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: o histórico, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

O histórico de enfermagem reúne informações precisas sobre a condição atual do paciente e inclui duas etapas: a coleta de informação subjetiva de uma fonte primária e/ou secundária e objetivas, que são observações ou medições do estado de saúde do paciente. Deve ser realizado através de uma entrevista centrada no paciente, a fim de estabelecer uma relação de confiança importante para criação de vínculo terapêutico na consulta de enfermagem (POTTER et al., 2017).

O diagnóstico de enfermagem é elencado através da identificação de problemas de saúde reais ou potenciais que sejam passíveis de resolução por ações de enfermagem. É estabelecido por um julgamento clínico sobre experiências ou respostas a problemas de saúde

ou processos da vida, com base em um indivíduo, uma família ou uma comunidade e conduzido por meio da avaliação do paciente (NETTINA, 2021). Eles devem levar em consideração o paciente como um todo, evidenciando assim as demais necessidades do paciente, além do tratamento da lesão propriamente dita (DANTAS, 2016).

O planejamento de enfermagem é a etapa onde são identificados os diagnósticos prioritários, ou seja, os problemas mais urgentes e críticos, estabelecendo metas e resultados esperados a curto, médio e longo prazos. A intervenção escolhida é definida como qualquer tratamento, baseado em julgamento clínico e conhecimento, que um enfermeiro realiza para aprimorar os resultados do paciente (NETTINA, 2021).

A implementação dos cuidados de enfermagem é realizada por meio de intervenções de enfermagem e inicia formalmente depois de desenvolver um plano de cuidados. Uma intervenção de enfermagem corresponde a qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados dos pacientes (POTTER et al., 2017).

A avaliação de enfermagem determina se as intervenções de enfermagem foram efetivas para o objetivo, ou seja, determina o sucesso da assistência de enfermagem e a necessidade de alteração no plano de cuidados. Os resultados da prática de enfermagem são as condições mensuráveis do paciente, da família, o estado da comunidade, o comportamento ou a percepção. No caso da consulta de enfermagem, é possível avaliar se as orientações passadas ao paciente e acompanhantes foram eficazes, uma vez que o cuidado acontece para além do serviço de saúde (NETTINA, 2021).

Em âmbito ambulatorial, as consultas são divididas de acordo com as especialidades, sendo os enfermeiros especialistas em uma determinada área. Os pacientes são acompanhados com medidas instituídas de forma individualizada e apropriada às necessidades específicas de cada pessoa. As consultas ambulatoriais em feridas permitem o seguimento do cuidado para além do hospital, pois são realizados acompanhamentos e orientações constantes ao paciente e familiar, permitindo manutenção do cuidado em domicílio e a observação da efetividade da conduta adotada em cada consulta (CRUZ; CALIRI; BERNARDES, 2018).

3.2.1 Avaliação de feridas

Ao realizar a avaliação de feridas, devem-se considerar aspectos normais da pele, suas possíveis alterações naturais relacionadas com a idade, doenças sistêmicas, fatores ambientais e as influências endógenas do indivíduo. Ainda, é necessário compreender as etapas envolvidas no processo de cicatrização, pois é ele quem orienta o processo de reparação tecidual após o

surgimento de uma lesão. A cicatrização pode ser dividida em 3 fases: inflamação, proliferação e remodelamento (GAMBA; PETRI; COSTA, 2016).

A inflamação é a fase em que aparecem os sinais clínicos da inflamação (edema, eritema, calor e dor). A fase proliferativa ou de granulação compreende a formação de um tecido novo (angiogênese), com coloração vermelha, brilhante e de aspecto granuloso, seguida da epitelização, que consiste no fechamento da superfície da ferida. O remodelamento ou maturação ocorre pela diminuição da vascularização e pela reorganização das fibras de colágeno, que leva a uma cicatriz com aspecto plano (CAMPOS et al., 2016).

O enfermeiro precisa atentar a complexidade da ferida, a sua etiologia, ao grau de contaminação, classificação da perda tecidual, tecido presente em seu leito, mensuração, exsudato, bordas/margens e pele perilesional, localização anatômica e dor. A avaliação constante da ferida é indispensável para o sucesso do tratamento (THULER; DE PAULA, 2017, RABEH, 2014). O Quadro 1 reúne os principais pontos a ser avaliado pelo enfermeiro.

QUADRO 1 - CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DE FERIDAS

Classificação	Descrição
Causa	Cirúrgica; traumática; oncológica; ulcerativas (vasculares, arteriais, mistas, diabéticas e pressão).
Tempo de duração	Aguda ou crônica.
Conteúdo microbiano	Limpas; limpas contaminadas; contaminadas; colonizadas; infectadas.
Tipo de cicatrização	Primeira intenção; segunda intenção; terceira intenção.
Grau de abertura	Aberta ou fechada.
Comprometimento tecidual	Superficial; profunda; transfixante.
Transudato	Extravasamento de líquido, com baixa quantidade proteínas, causado pelo aumento da pressão hidrostática.
Exsudato	Seroso; sanguinolento; serosanguinolento; purulento; fibrinoso.
Tecidos viáveis	Granulação e epitelização.
Tecidos inviáveis	Necrose de coagulação; necrose de liquefação/ esfacelo; desvitalização ou fibrinoso.
Pele Adjacente	Macerada; eritema; edema; hiperqueratose; descamativa.
Bordas	Definida; regular; descolada; aderida; macerada; difusa; epíbole (enrolada).
Odor	Nenhum; característico; fétido, pútrido.

Fonte: adaptado de PMSP, 2021.

3.2.2 Tratamento de feridas

O enfermeiro é o principal responsável pelo tratamento de feridas, através da terapia tópica (curativo) proporciona segurança e conforto ao paciente e favorece a cicatrização por três etapas: limpeza, desbridamento e cobertura. A equipe multiprofissional também desempenha papel importante no cuidado das feridas, sendo o nutricionista responsável pela manutenção da alimentação e ingestão hídrica adequada, o médico responsável pela monitorização através de exames e identificação de infecção (CAMPOS et al., 2016).

O curativo visa reduzir risco de infecção e contaminação, facilitar a cicatrização, remover secreções e promover hemostasia, proteger a ferida e manter cobertura no local, aliviar a dor, remover tecido necrótico, reduzir edema e trazer conforto psicológico. É papel do enfermeiro selecionar o curativo adequado para cada ferida. Além disso, podem ser realizados tratamentos adjuvantes como: Terapia por pressão negativa, Oxigenoterapia Hiperbárica, Ozonioterapia e Terapia a Laser de Baixa Potência (DOMANSKY; BORGES, 2014).

O tratamento das feridas pode ser guiado pelo acrônimo TIME que auxilia na escolha da conduta mais adequada. O T caracteriza a remoção de tecidos inviáveis através do desbridamento instrumental, cirúrgico, mecânico, autolítico ou enzimático, com finalidade de reduzir a carga bacteriana e preservar tecidos viáveis, resultando na preparação da lesão para cicatrização. Já no I é realizado o controle da infecção/inflamação através da limpeza da ferida, controle de exsudato e microbiano, e utilização de antissépticos tópicos. No M deve-se manter a umidade através do controle do exsudato e edema através da escolha de um curativo adequado. O E refere-se a epitelização de bordas e proteção, sendo inseridas novas tecnologias (THULER; DE PAULA, 2017, CAMPOS et al., 2016, PMSP, 2018).

O quadro 2 mostra as coberturas e tratamentos mais utilizados nas feridas, sua ação e a indicação de uso.

QUADRO 2- PRINCIPAIS TRATAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DE FERIDAS

Cobertura / tratamento	Ação	Indicação/uso
Ácido Graxo Essencial	Manutenção da umidade; angiogênese; película protetora; desbridamento autolítico; aceleração do processo de granulação tecidual.	-Prevenção de LPP; -Feridas com tecido de granulação.
Alginato de Cálcio	Absorção de exsudato; desbridamento autolítico; hemostasia em lesões sangrantes.	-Feridas exsudativas, com ou sem sangramentos, cavitárias; -Áreas doadoras de enxerto.

Bota de Unna	Força de contenção no membro acometido; aumento do fluxo venoso nos membros inferiores; fibrinólise e pressão intersticial local; manutenção do meio úmido.	-Úlceras venosas de perna; -Edema linfático.
Carvão Ativado	Absorção; controle do odor; redução da flora bacteriana pela ação da prata.	-Feridas infectadas com ou sem odor, profundas com exsudação.
Colagenase	Manutenção do meio úmido; desbridamento enzimático suave.	-Feridas com tecido desvitalizado.
Creme barreira	Proteção; hidratação; recuperação do pH natural da pele.	- Pele seca ou irritada.
Filme Transparente	Formação de camada protetora; barreira à contaminação da ferida.	-Pele íntegra e escoriações. - Curativo de acessos vasculares e feridas.
Hidrocolóide	Manutenção do meio úmido; desbridamento autolítico; barreira térmica, microbiana e mecânica; redução de atrito; proteção.	-Feridas abertas e planas com pouca a moderada exsudação; -Feridas cirúrgicas limpas.
Hidrofibra	Manutenção do meio úmido; desbridamento autolítico; absorção de exsudato; redução da dor e do trauma na troca do curativo.	-Feridas com exsudato, infectadas ou com risco de infecção; -Úlceras vasculares, diabéticas e LPP; -Queimaduras de 2º grau.
Hidrogel	Manutenção do meio úmido; desbridamento autolítico.	-Feridas secas, pouco exsudativas, com tecidos desvitalizados; -Áreas doadoras de pele; -Queimaduras.
Hidropolímero	Manutenção do meio úmido; desbridamento autolítico; absorção de exsudato; redução de trauma na troca do curativo.	Feridas planas (lâmina) ou cavitárias (preenchimento).
Papaína	Desbridamento químico / enzimático; bactericida e bacteriostático.	Lesões com tecido de granulação (2%), necrose de liquefação/esfacelo (4-6%) ou coagulação/escara (8-10%), secas ou exsudativas, planas ou cavitárias, infectadas.
PHMB	Antimicrobiano; limpeza, umidificação e preparação do leito; redução de odor da ferida; remoção de biofilmes.	-Feridas agudas ou crônicas; colonizadas, criticamente colonizadas e infectadas. - Queimaduras de 1º e 2º grau.
Polytube	Redução da manipulação recorrente da ferida ou estoma; aceleração do processo de cicatrização; aumento do conforto do paciente.	-Úlceras (diabéticas, venosas ou por pressão); -Desordens dermatológicas; -Queimaduras de 1º e 2º grau; - Estomas; -Feridas exsudativas, cavitárias, agudas; -Deiscência cirúrgicas; -Locais de doação e enxerto.
Sulfadiazina de Prata 1%	Antimicrobiano em infecções por bactérias, fungos e úlceras dérmicas (queimadura);	-Feridas com grande potencial de infecção e risco de evolução para infecção generalizada;

	previne e trata feridas com grande potencial de sepse.	-Queimaduras; -Úlceras de perna, escaras de decúbito; -Feridas cirúrgicas.
Tela não aderente – Petrolatum	Manutenção e equilíbrio do meio úmido; redução de trauma na troca do curativo.	-Lesões superficiais de queimaduras, úlceras, feridas superficiais limpas, abrasões, lacerações, áreas doadoras de enxerto.
Terapia de pressão negativa	Aceleração da cicatrização; formação de granulação; contração das lesões; redução do edema e exsudato; controle da infecção; manutenção do equilíbrio e umidade.	-Lesões crônicas, agudas, traumáticas, deiscências, lesão por pressão, diabéticas e venosas.

Fonte: adaptado de EBSEH, 2018.

3.2.3 Registro de enfermagem

O registro de enfermagem é uma etapa importante no PE. É dever do enfermeiro e tem como objetivo a partilha de informações e a garantia de qualidade. É um relatório permanente com evidência legal, instrumento para ensino, pesquisa e auditorias. O registro adequado permite, além da melhora na qualidade da assistência, o reconhecimento do profissional de enfermagem, aumentando sua visibilidade entre outros profissionais ao evidenciar as melhorias obtidas através do cuidado. (SILVA et al., 2021).

Os registros são documentos legais de defesa dos profissionais, portanto, devem refletir o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando suas ações e a segurança do paciente. É preconizado a autenticidade, validade e assinatura das ações registradas no prontuário do paciente, segundo o art. 368 do Código de Processo Civil, assim não deve existir rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, pois isso pode gerar desconsideração jurídica do documento produzido como prova documental (BRASIL, 1973). Segundo o artigo 6º da Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, o registro de enfermagem deve conter um resumo dos dados coletados, os diagnósticos de enfermagem, as ações ou intervenções realizadas conforme os diagnósticos elencados, os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções.

A análise do PE de oito hospitais de Santa Catarina, demonstrou que 11,3% dos profissionais não realizaram os registros de prescrições de enfermagem e 30,4% não realizaram o registro da avaliação de enfermagem em prontuário (MACHADO et al., 2022). O sub-registro é uma falha que interfere na tomada de decisão e no raciocínio clínico do enfermeiro, reforçando a cultura de registros incompletos ou ausentes e fragilizando a consolidação das melhores práticas (TOSO; PADILHA; BREDA, 2019). Embora os enfermeiros estejam satisfeitos com o registro do Processo de Enfermagem em prontuário eletrônico e considerem-no fácil, é

necessário que haja estratégias contínuas de educação e apoio ao registro eletrônico nas suas diferentes etapas nas instituições, bem como o mapeamento de possíveis melhorias no sistema. Os cuidados registrados de maneira precisa e completa contribuem para uma cultura informacional de registro (AMARAL et al., 2021).

Na consulta de enfermagem, um adequado registro deve conter: data e hora da consulta; sinais e sintomas; histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento da assistência; prescrição de enfermagem; evolução de enfermagem; nome completo e registro profissional do responsável pela consulta. Ainda, na consulta ao paciente com feridas, o enfermeiro deve registrar: local da lesão e sua dimensão; sinais e sintomas observados (secreção, coloração, odor, quantidade); necessidade de desbridamento; tipo de curativo; material prescrito e utilizado; nível de dor do paciente ao procedimento, a fim de avaliar necessidade de analgesia prévia (COFEN, 2016).

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

O estudo pertence a um estudo maior intitulado “Análise do processo de cicatrização de feridas tratadas com inovações tecnológicas de enfermagem”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA através do parecer nº 5.140.116.

Foi dividido em duas etapas: Elaboração do instrumento e validação de conteúdo. Trata-se de um estudo de caráter metodológico que envolve a investigação dos prontuários para obtenção dos dados do registro de enfermagem, a fim de identificar potencialidades e fragilidades em conjunto com uma revisão na literatura e construir um instrumento para avaliação e tratamento de feridas. A segunda etapa será realizada na sequência para a validação do instrumento construído na etapa anterior na prática clínica. (POLIT e BECK, 2011).

4.2 Campo, cenário ou contexto do estudo

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Enfermagem Ambulatorial (SEAMB) do HCPA. O HCPA é uma instituição pública e universitária, de grande porte, que atende pacientes, prioritariamente, via Sistema Único de Saúde. Integrado à rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, tem convênio com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O SEAMB é composto por 14 zonas ambulatoriais e o Centro de Pronto Diagnóstico Ambulatorial, com consulta de enfermagem nos programas de Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e do Idoso e Saúde Mental. Possui 19 enfermeiras que são responsáveis por cerca de 30 agendas. Para esse estudo serão selecionadas cinco agendas que atendem pacientes com feridas. São elas: Enfermagem Prevenção e Tratamento de Feridas, Enfermagem em Reabilitação, Enfermagem Diabetes/Pé Diabético, Enfermagem em Ortopedia e Enfermagem Cirurgia Plástica.

4.3 População e amostra

Na primeira etapa, a população do estudo foi os registros das consultas de enfermagem de usuários em atendimento nas cinco agendas que atendem pacientes com feridas do SEAMB no período pré-estabelecido. Trata-se de uma amostragem não-probabilística intencional, totalizando 108 prontuários, escolhidos de forma igualitária entre as agendas. O n amostral foi calculado para estimar a proporção de ocorrências do desfecho de registro completo da avaliação e tratamento de feridas com 20% de amplitude para o intervalo de confiança. O

cálculo considerou nível de confiança de 95% e 50% de percentual esperado para registro completo. Este cálculo foi realizado por meio da ferramenta PSS Health versão on-line.

Para a validação do instrumento serão convidados os enfermeiros pertencentes ao SEAMB e a Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas. A população estimada para essa segunda etapa é de 30 enfermeiros. Os critérios de inclusão serão: ser expert em feridas através de curso de capacitação/especialização, participação em grupo de estudos de cuidados com pele e feridas e/ou ter prática clínica em cuidados com a pele. Os critérios de exclusão serão: não devolver o instrumento de coleta de dados da pesquisa preenchido na sua totalidade, no prazo de 30 dias a partir da data de envio. Os enfermeiros que aceitarem participar da pesquisa receberão informações sobre a mesma e receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura.

4.4 Coleta dos dados

A coleta dos dados inicial foi realizada por meio de consulta ao prontuário eletrônico dos pacientes em atendimento nas cinco agendas, sempre consultas da primeira semana do mês, selecionadas no período de janeiro a dezembro de 2022. A busca dos dados foi orientada por um instrumento específico (APÊNDICE A) com dados a fim de identificar a documentação das consultas de enfermagem na avaliação e tratamento de feridas, bem como as potencialidades e fragilidades nesse processo. Para a validação do instrumento de registro, em um segundo momento, serão convidados, via email institucional, os enfermeiros que atenderem os critérios de inclusão e exclusão e para responderem o questionário online (Google Forms) sobre o conteúdo, apresentação, clareza e a compreensão do instrumento. Esse formulário de validação será construído após a construção do instrumento de avaliação e tratamento de feridas para melhor efetividade de sua aplicação, uma vez que as perguntas contidas para validação dependem diretamente do instrumento confeccionado. Os enfermeiros serão apresentados ao estudo e convidados através do TCLE.

4.5 Análise dos dados

Os dados obtidos serão tabulados eletronicamente com auxílio do programa Microsoft Excel® - 2010 e, após, importados para a análise no software SPSS, versão 20.0 para Windows®. Na análise descritiva, as variáveis categóricas foram expressas como percentuais e números absolutos.

A análise de validação usará uma escala para aferição da média ponderal dos escores, que será obtida pelo somatório dos itens assinalados para cada resposta dividido pelo total de respostas. Assim, para cada item e subitem, será calculada a frequência de respostas assinaladas na escala do tipo Likert, multiplicando-as por seus respectivos pesos: 1 (totalmente adequado) = 1; 2 (adequado) = 0,75; 3 (parcialmente adequado) = 0,50; e 4 (inadequado) = 0,25. O somatório dos produtos dessas multiplicações foi dividido pelo número de enfermeiros especialistas, obtendo-se a média ponderada para cada um dos itens e subitens, classificando-a conforme o Índice de Validade de Conteúdo.

4.6 Aspectos Éticos

A pesquisa foi conduzida em conformidade com as prerrogativas bioéticas que atendem ao disposto na Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e seguindo o parecer de aprovação do projeto de pesquisa seminal no CEP do HCPA.

Para realização da coleta de dados no prontuário eletrônico os pesquisadores declaram conhecer e cumprir os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018) quanto ao tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis que foram utilizados para a execução do presente projeto de pesquisa. Os enfermeiros experts que aceitarem participar da pesquisa receberão informações sobre a mesma e receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O benefício potencial da participação é de contribuir para a validação de um instrumento de avaliação e tratamento de feridas, o qual auxiliará o enfermeiro na sua prática assistencial. Os riscos poderão envolver desconforto pelo tempo de resposta ao questionário, ou pelo conteúdo das perguntas ao emitir opinião de especialista na área de prevenção e tratamento de feridas.

5 RESULTADOS

As agendas selecionadas para a avaliação do registro das consultas de enfermagem foram: Enfermagem Tratamento de Feridas, Enfermagem em Reabilitação, Enfermagem Diabetes/Pé Diabético, Enfermagem em Ortopedia e Enfermagem Cirurgia Plástica. E durante o período analisado, foram analisados 108 registros de consultas de enfermagem nas agendas referidas .

Quanto a etiologia das feridas, 30,6% são cirúrgicas, 13% são úlceras venosas, 12% são lesões por pressão, 11,1% são traumáticas, 6,5% são por diabetes mellitus e 2,8% são úlceras arteriais. Das consultas analisadas, 24,1% não possuem registro de causa da ferida.

A localização das lesões foi registrada em todos os prontuários analisados, sendo 41,7% no membro inferior porção tibial e 36,1% no pé. O tempo da lesão foi registrado em 60,2% dos prontuários analisados.

Constatou-se que 81,5% dos registros possuem descrição do leito da lesão, 48,1% descrição do exsudato, 53,7% descrição das bordas e 54,6% descrição da perilesão. Quanto à presença do tamanho (maior largura x maior comprimento) da lesão em cm², 39,8 % possuíam esse registro.

As características da lesão registradas nos prontuários pelos enfermeiros estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Registro da avaliação da ferida (n= 108).

Variáveis	Sim	Não
	N(%)	N(%)
Medida da lesão em cm	43 (39,8%)	65 (60,2%)
Descrição do leito	88 (81,5%)	20 (18,5%)
Granulação	60 (68,2%)	
Esfacelo	34 (38,6%)	
Epitelização	16 (18,2%)	
Biofilme	9 (10,2%)	
Necrose de liquefação	9 (10,2%)	
Necrose de coagulação	6 (6,8%)	
Descrição do exsudato	52 (48,1%)	56 (51,9%)

Seroso	32 (61,5%)	
Purulento	14 (26,9%)	
Serosanguinolento	6 (11,5%)	
Sanguinolento	1 (1,9%)	
Pio-hemático	1 (1,9%)	
Descrição das bordas	58 (53,7%)	50 (46,3%)
Irregular	26 (44,8%)	
Macerada	14 (24,1%)	
Hiperqueratose	12 (20,7%)	
Regular	10 (17,2%)	
Não aderidas	7 (12,1%)	
Epíbole	2 (3,4%)	
Descrição da perilesão	59 (54,6%)	49 (45,4%)
Descamativa	26 (44,1%)	
Eritema	23 (39,0%)	
Edema	15 (25,4%)	
Macerado	8 (13,6%)	
Escoriação	3 (5,1%)	

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

A inserção de foto das feridas, por um programa digital com QRCode no prontuário eletrônico foi implementada em junho de 2021, promovendo um acompanhamento em linha do tempo do processo de cicatrização das feridas. Em 43,5% dos prontuários foi possível identificar esse registro.

Quanto ao Diagnóstico de Enfermagem (DE), 94,4% dos prontuários possuíam pelo menos um título diagnóstico elencado para cada consulta (Tabela 2). O DE que prevaleceu (93,1%) foi Integridade Tissular Prejudicada, o qual representa dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento, retratando o cenário clínico em estudo.

Tabela 2 - Registro dos Diagnóstico de Enfermagem (n= 102).

Variáveis	N(%)
Integridade Tissular Prejudicada	95 (93,1%)
Integridade da pele prejudicada	5 (4,9%)
Risco de integridade da pele prejudicada	5 (4,9%)
Lesão por pressão	4 (3,9%)
Risco de Lesão por pressão	2 (2,0%)
Risco de integridade tissular prejudicada	1 (1,0%)

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Quanto ao tratamento tópico das feridas, 89,8% possuem registro do tratamento realizado no leito da ferida e 58,3% do tratamento aplicado nas bordas da ferida. A cobertura secundária é registrada em 72,2% dos prontuários e o tipo de enfaixamento em 47,2% dos prontuários. Com relação ao tratamento adjuvante, em 71,3% das consultas de enfermagem analisadas tinham o registro do uso da Terapia a Laser de Baixa Potência (Tabela 3). Se observou também que houve registro sobre educação em saúde em 73,1% das consultas de enfermagem.

Tabela 3 - Registro dos tratamentos tópicos e adjuvantes das feridas (n= 108)

Variáveis	Sim	Não
	N(%)	N(%)
Tratamento do leito	97 (89,8%)	11 (10,2%)
Polihexanida	43 (44,3%)	
Gaze impregnada	34 (35,1%)	
Antimicrobiano	33 (34,0%)	
Hidrogel	13 (13,4%)	
Dexpantol	9 (9,3%)	
Papaína	6 (6,2%)	
Alginato de cálcio	6 (6,2%)	
Hidrocolóide	3 (3,1%)	
Triglicerídeos de Cadeia Média	3 (3,1%)	
Melolin	2 (2,0%)	
Colagenase	1 (1,0%)	
Sulfadiazina de prata	1 (1,0%)	
Tratamento das bordas	63 (58,3%)	45 (41,7%)

Óxido de zinco	33 (53,2%)	
Dexpantenol	28 (45,2%)	
Película protetora	3 (4,8%)	
Cobertura secundária	78 (72,2%)	30 (27,8%)
Gaze	47 (60,3%)	
Apósito	30 (38,5%)	
Gaze não aderente	23 (29,5%)	
Filme transparente	17 (21,8%)	
Fita adesiva	9 (11,5%)	
Descrição do enfaixamento	51 (47,2%)	57 (52,8%)
Atadura elástica	31 (60,8%)	
Atadura crepom	23 (45,1%)	
Terapia compressiva	14 (27,5%)	
Bota de Unna	10 (19,6%)	
Terapia a Laser de Baixa Potência	77 (71,3%)	31 (28,7%)
Densidade de energia	36 (46,8%)	
Número da sessão	23 (29,9%)	

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Diante da avaliação das consultas de enfermagem foi elaborada uma proposta de instrumento de registro da avaliação e do tratamento das feridas a fim de contemplar os pontos fundamentais para um registro adequado (Figura 1).

FIGURA 1 – Instrumento de registro de enfermagem com termos padronizados na avaliação e tratamento de feridas.

Avaliação e Tratamento de feridas

<p>HISTÓRICO</p> <p>Etiologia: _____</p> <p>Tempo: _____</p> <p>Local: _____</p>	<p>DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL</p> <p>Local/tecido: _____</p>
<p>AValiação DA FERIDA</p> <p>Tamanho: _____</p> <p>Leito:</p> <p><input type="radio"/> Granulação <input type="radio"/> Hipergranulação</p> <p><input type="radio"/> Biofilme <input type="radio"/> Epitelização</p> <p><input type="radio"/> Esfacelo <input type="radio"/> Necrose de liquefação</p> <p><input type="radio"/> Necrose de coagulação</p> <p>Exsudato:</p> <p><input type="radio"/> Seroso <input type="radio"/> Serosanguinolento</p> <p><input type="radio"/> Sanguinolento</p> <p><input type="radio"/> Pio-hemático <input type="radio"/> Purulento</p> <p>Bordas:</p> <p><input type="radio"/> Aderidas <input type="radio"/> Não Aderidas</p> <p><input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Irregular</p> <p><input type="radio"/> Hiperkeratose</p> <p><input type="radio"/> Macerada</p> <p><input type="radio"/> Epibole</p> <p><input type="radio"/> Outro: _____</p> <p>Perilesão:</p> <p><input type="radio"/> Hidratada</p> <p><input type="radio"/> Ressecada/descamativa</p> <p><input type="radio"/> Eritema</p> <p><input type="radio"/> Macerada</p> <p><input type="radio"/> Edema</p> <p><input type="radio"/> Escoriação</p> <p><input type="radio"/> Outro: _____</p> <p>Anexada foto: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>TERAPIA A LASER DE BAIXA POTÊNCIA</p> <p>Sessão nº: _____</p> <p>Densidade de energia</p> <p>Leito: _____</p> <p>Borda: _____</p> <p>Perilesão: _____</p>
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</p> <p>Diagnóstico: _____</p> <p>Fator relacionado: _____</p>	<p>COBERTURA</p> <p>Primária:</p> <p>Leito:</p> <p><input type="radio"/> PHMB <input type="radio"/> SF 0,9%</p> <p><input type="radio"/> Papaína <input type="radio"/> Hidrogel</p> <p><input type="radio"/> Antimicrobiano: _____</p> <p><input type="radio"/> Gaze impregnada: _____</p> <p><input type="radio"/> Melolin</p> <p><input type="radio"/> TCM</p> <p><input type="radio"/> Hidrocoloide</p> <p><input type="radio"/> Outro: _____</p> <p>Borda:</p> <p><input type="radio"/> Óxido de zinco <input type="radio"/> Dexpantenol</p> <p><input type="radio"/> Película protetora</p> <p><input type="radio"/> Outro: _____</p> <p>Perilesão:</p> <p><input type="radio"/> Creme hidratante: _____</p> <p><input type="radio"/> Dexpantenol <input type="radio"/> TCM</p> <p><input type="radio"/> Outro: _____</p> <p>Secundária</p> <p><input type="radio"/> Gaze não aderente <input type="radio"/> Gaze</p> <p><input type="radio"/> Apósito</p> <p><input type="radio"/> Filme transparente <input type="radio"/> Fita adesiva</p> <p><input type="radio"/> Outro: _____</p> <p>Enfaixamento</p> <p><input type="radio"/> Atadura elástica <input type="radio"/> Atadura crepom</p> <p><input type="radio"/> Bota de una</p> <p><input type="radio"/> Terapia compressiva: _____</p> <p><input type="radio"/> Outro: _____</p>

Fonte: Maffei, 2023.

Cabe ressaltar que a segunda etapa do estudo, a validação de conteúdo, não foi realizada neste momento, pela justificativa de antecipação da coleta de grau de Bacharel em Enfermagem. Esse trabalho será realizado à posterior.

6 DISCUSSÃO

Em feridas, estudos demonstram que o registro adequado permite observar o quadro da lesão e o estado de saúde do paciente, contribuindo para um tratamento adequado de acordo com o grau da lesão (BIASIBETTI et al., 2019). A importância do registro é conferida em diversos momentos. Com esse documento, é possível encontrar informações sobre avaliação e conduta do enfermeiro, serve como comunicação entre os demais membros da equipe multidisciplinar, facilita a organização do trabalho e planejamento do cuidado para garantir a continuidade da assistência. Além disso, os registros conferem importância para além da assistência, uma vez que contribuem para auxiliar em processos de auditoria, pesquisa e servem como respaldo legal ao profissional que o faz (SILVA, DIAS, LEITE, 2019; BIASIBETTI et al., 2019; AZEVEDO et al., 2019).

Um dos principais pontos da documentação da avaliação da ferida é a sua medida/tamanho, pois nela é possível mensurar a evolução da ferida conforme o tratamento adotado pelo enfermeiro (HAALBOOM, 2018). No entanto, os dados demonstram que somente 39,8% dos prontuários possuem esse registro. Dados com relação à avaliação das características do leito, das bordas, do exsudato e da pele perilesão, são de suma importância para a decisão clínica do enfermeiro e quando há fragilidades no registro a continuidade pode ser influenciada de forma negativa (OLIVEIRA, 2019).

O uso da fotografia também pode ser um fator que favorece a análise da evolução de uma ferida ao longo do tempo, uma vez que é possível observar a lesão através de outra forma de linguagem para além do que foi registrado na etapa do exame clínico (RODRIGUES et al., 2019). O uso de recursos tecnológicos favorece e qualifica essa ação, contudo se faz necessário capacitações dos profissionais para tal uso e conscientização de que é mais uma ferramenta que poderá auxiliar na adesão do paciente ao tratamento proposto, pois pela imagem ele visualiza seu esforço no processo de cicatrização e possibilita a discussão do caso na equipe multidisciplinar, conforme um estudo realizado com pacientes (VICENTE et al., 2019).

Quanto ao desenvolvimento do raciocínio clínico, o estudo demonstra que os enfermeiros elencam o DE para os pacientes com base nas suas avaliações em 94,4% das vezes, sendo uma potencialidade no cenário estudado. Diferentemente do que a literatura traz, que um dos elementos mais frágeis do processo de enfermagem é a documentação dos diagnósticos de enfermagem, o que dificulta avaliações posteriores de permanência ou exclusão desses diagnósticos e que 20% dos enfermeiros não se sentem preparados para

elencar diagnósticos com alta acurácia (ADAMY, 2016; FREITAS, CONCEIÇÃO, 2018). Vale mencionar que a análise da acurácia diagnóstica para se identificar a adequação ao julgamento elencado nos registros não foi objeto deste estudo.

Após o DE, o enfermeiro tem autonomia para prescrever coberturas e demais tratamentos adjuvantes. Um estudo realizado em Goiás constatou que os enfermeiros generalistas possuem conhecimento intermediário quanto a fisiologia da cicatrização, exsudato, tipos de tecidos, técnicas para realização do curativo, desbridamento e indicação de cobertura (COLARES et al., 2021).

Em contraponto, esse estudo avaliou agendas atendidas por enfermeiros especialistas em feridas, em um cenário ideal para tratamento das lesões. Assim, embora os enfermeiros especialistas possuam o conhecimento sobre as características de cada tipo de lesão, ainda existem pontos de fragilidade nos registros dessas características, interferindo no julgamento e comparação do efeito do tratamento implementado a partir da avaliação inicial da ferida. Resultado que é corroborado pela literatura que demonstra que embora a enfermagem reconheça a importância dos registros da avaliação e conduta em prontuário, na prática, os registros são pouco empregados na rotina assistencial, comprometendo a qualidade da assistência e segurança do paciente (BARRETO et al., 2019).

Ambulatórios são considerados serviços de atenção especializadas, que realizam ações e serviços de saúde com maior complexidade através de iniciativas mais tecnológicas que requerem equipamentos e profissionais especializados (BAVARESCO et al., 2019). Os serviços de saúde que atuam com usuários externos, como os ambulatoriais, são os que menos documentam as etapas do processo de enfermagem, implicando em escassez de informações e de estimativas sobre o que os profissionais de enfermagem realizam nesses setores (BIASIBETTI et al., 2019). As consultas ambulatoriais da instituição desse estudo possuem duração média de 45 minutos, sendo este o tempo, baseado em literatura, para realização da assistência em si e do seu registro. Nota-se, com os achados, a necessidade de melhorar o sistema de registro já existente a fim de otimizar o tempo dos registros, tornando-os mais dinâmicos.

Com relação ao registro da etapa correspondente ao tratamento, estudos demonstram que o uso da Terapia a Laser em feridas auxilia no processo de cicatrização e diminui os índices de recidiva (OSMARIN et al., 2021; BAVARESCO et al., 2019). O uso da TLBP em pacientes diabéticos demonstrou a melhora na neovascularização, migração celular, síntese de colágeno e produção de fatores de crescimento fundamentais no processo de contração e

fechamento da ferida, além disso, ao otimizar o tempo de cicatrização, diminui os custos do tratamento e melhora a qualidade de vida (CASTRO; BARBOSA; SILVA, 2020). Contudo, as recomendações da literatura ainda apontam a necessidade de uma documentação do uso da TLBP com mais detalhamento, seguindo os parâmetros recomendados para cada indicação. Neste estudo se identificou que os enfermeiros têm registrado o uso da TLBP em 77% das consultas, porém observa-se que apenas a utilização da terapia é registrada e não o protocolo completo, corroborando com a literatura.

Diante do que foi exposto, percebe-se lacunas nos registros das consultas de enfermagem em feridas, mesmo com um sistema eletrônico referência na área da saúde. Fato que também é descrito em outros estudos que apontam que o uso de softwares e protótipos auxiliam nas questões assistenciais, mas não substituem o pensamento e raciocínio clínico do enfermeiro (AZEVEDO et al., 2019; MEDEIROS et al., 2021). Por isso que, indiferente do formato, o uso de um instrumento norteador com as características essenciais para avaliação e tratamento de feridas, possibilita melhoria na completude dos dados registrados em prontuário, além de favorecer a continuidade do cuidado entre os profissionais que atendem o paciente (CARDINELLI et al., 2021).

Outros cenários também demonstram sucesso na implementação de instrumentos padronizados para consultas de enfermagem. Um estudo sobre a implementação de um instrumento de consulta de enfermagem a homens atendidos em uma equipe de Saúde da Família de Minas Gerais, demonstrou que o tempo das consultas reduziu exponencialmente e que sua utilização facilitou o processo de raciocínio diagnóstico e a denominação dos diagnósticos de enfermagem (SANTOS et al., 2020). Outro estudo realizado no Ceará demonstrou que o instrumento para consulta de enfermagem às gestantes com diabetes mellitus, com apoio da tecnologia para educação em saúde fornece direcionamento ao profissional, permite a otimização da comunicação entre enfermeiros e gestantes, traz benefícios à paciente uma vez que favorece qualidade de vida a adoção de hábitos de vida saudáveis e a realização de práticas de autocuidado (FILGUEIRAS et al., 2019).

Sendo assim, este estudo contribui para a área da enfermagem ao disponibilizar um instrumento de registro para a avaliação e tratamento de feridas que poderá ser utilizado para todos os tipos de feridas crônicas, otimizando a prática clínica. Além de qualificar o ensino e a pesquisa, pois com a utilização do instrumento há probabilidade de se evidenciar todos os aspectos necessários para um registro completo da consulta de enfermagem e novas pesquisas

sobre feridas poderão ser realizadas e validadas neste cenário clínico. Uma limitação deste estudo, é a de ter sido realizado em uma única instituição, sem parâmetros comparativos de outras realidades.

CONCLUSÃO

O registro da consulta de enfermagem é um dos caminhos para a comunicação escrita utilizados pelo enfermeiro no desenvolvimento de suas ações. Quando bem elaborados, permitem o cuidado individualizado, se constitui em um documento legal para o enfermeiro, para o cliente e para a instituição.

Acredita-se que com a criação de um instrumento padronizado para avaliação e tratamento de feridas, poderá ser agregado no prontuário eletrônico, retratando de maneira mais fiel às características das feridas avaliadas e os tratamentos e condutas adotadas, refletindo a qualidade da assistência prestada. E, para o paciente também remete à segurança, porque permite um bom registro clínico e melhora o compartilhamento dos dados entre profissionais, facilitando a revisão e discussão de condutas clínicas pela equipe de saúde em outras agendas e especialidades.

Após a validação do instrumento criado neste estudo, sugere-se utilização na prática clínica minimizando possíveis falhas de registro dos pontos fundamentais para a consulta de enfermagem em feridas.

REFERÊNCIAS

- ADAMY, Edlamar Kátia et al. Formação de enfermeiros sobre anamnese e exame físico. **Journal of Nursing and Health**, v. 6, n. 2, p. 334-45, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/6767/6050>. Acesso em: 31 dez. 2022.
- AMARAL, Carolina Siqueira; AZEVEDO, Sabine; DE CALDAS, Wagner Longaray; DE SOUZA, Emiliane Nogueira. Avaliação do registro eletrônico de diagnósticos e intervenções de enfermagem em sistema informatizado. **Revista de Enfermagem da UFSM**, p. e68-e68, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/63678/html>. Acesso em: 10 mar. 2022.
- ARAÚJO, Nelma Camêlo; MOTA, Francisca Rosaline Leite. Prontuário de paciente *. **Informação em Pauta**, v. 5 No Especial 1, n. Especial, p. 52-67, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/136639>. Acesso em: 27 abr. 2022.
- AZEVEDO, Oswalcir Almeida de et al. Documentation of the nursing process in public health institutions. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 53, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NxpGwW8HpCfJVN7JhcsHFSd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 dez. 2022.
- BAJAY, Helena Maria; ARAÚJO, Izilda Esmenia Muglia. Validação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de feridas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 290-295, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/NDHMmfXmccYJ46jngC8j3WP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2022.
- BARRETO, Joice de Jesus Santos et al. Registros de Enfermagem e os desafios de sua execução na prática assistencial. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://reme.org.br/artigo/detalhes/1380>. Acesso em: 24 dez. 2022.
- BAVARESCO, Taline et al. Terapia a laser de baixa potência na cicatrização de feridas. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 216-226, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235938/31158>. Acesso em: 24 dez. 2022.
- BIASIBETTI, Cecília et al. Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/dQdbGSgdxyBtXphLXsr5khv/?lang=pt>. Acesso em: 24 dez. 2022.
- BOWERS, Steven; FRANCO, Eginia. Chronic wounds: evaluation and management. **American family physician**, v. 101, n. 3, p. 159-166, 2020. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2020/0201/afp20200201p159.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2022.
- BRASIL. **Lei 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm. Acesso em: 28 fev. 2022.

BRASIL. Leis e Decretos. **Lei 5.869**, de 11 de janeiro de 1973. Institui o Código de Processo Civil. Brasília: Diário Oficial da União de 17 de janeiro de 1973.

CAMPOS, Maria Genilde das Chagas Araújo et al. Feridas complexas e estomias. João Pessoa: Ideia, 2016.

CARDINELLI, C. C. et al. Instruments for wound assessment: Scoping review. **Research, Society and Development**. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19246/17350>. Acesso em: 24 dez. 2022.

CARVALHO, Emilia Campos de; CRUZ, Dina de Almeida Lopes Monteiro da; HERDMAN, T. Heather. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 134-141, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9yTVg5G8wkFftpGjYpwTxM/?lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

CASTRO, M. F.; BARBOSA, L. R. P.; SILVA, L. L. Action of low-level laser therapy on the healing of diabetic ulcerations. **Research, Society and Development**, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9109/8005>. Acesso em: 24 dez. 2022.

COFEN. **Resolução nº 358/2009**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 10 mar. 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 564/2017**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 28 fev. 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 567/2018**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html. Acesso em: 28 fev. 2022.

COLARES, Carlos Matheus Pierson et al. Wound healing and treatment: The interface of knowledge to the practice of the nurse. **Enfermagem em Foco**. Brasília; 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2232/582>. Acesso em: 24 dez. 2022.

CRUZ, Clara Cayeiro; CALIRI, Maria Helena Larcher; BERNARDES, Rodrigo Magri. Características epidemiológicas e clínicas de pessoas com úlcera venosa atendidas em unidades municipais de saúde. **ESTIMA**, Braz. L. Enterostomal Ther, v. 16, 2018. Disponível em: https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/496/pdf_1. Acesso em: 26 abr. 2022.

CUNHA, João Batista; DUTRA, Rosimar Aparecida Alves; SALOMÉ, Geraldo Magela. Elaboration of an algorithm for wound evaluation and treatment. **Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 16, 2018.

DOMANSKY, Rita de Cássia.; BORGES, Eline Lima. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: **Editora Rubio**, 2014.

EBSERH. Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas. COBERTURAS PARA FERIDAS. Procedimento Operacional Padrão. **POP ENF 8.2**. 19 set. 2018. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/acao-informacao/documentos-institucionais/pops/comissao-de-prevencao-e-tratamento-de-feridas/pop-8-2_coberturas-para-feridas.pdf. Acesso em: 28 abr. 2022.

FILGUEIRAS, Thaynara Ferreira et al. Instrument for nursing consultation to pregnant women with diabetes mellitus. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, n. 20, p. 10, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3240/324058874014/324058874014.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2022.

FREITAS, Nail de Cristina; CONCEIÇÃO, Ana Paula. ACURACY OF NURSING DIAGNOSES FROM A CARDIOLOGY INSTITUTION. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 10, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996776>. Acesso em: 24 dez. 2022.

GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa. Prontuário do paciente. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 22, n. 2, 2012. Disponível em: <http://arquivistica.fci.unb.br/wp-content/uploads/tainacan-items/148932/172370/16169-65787-1-PB.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2022.

GALVÃO, Marli Teresinha Gimeniz et al. Uso da fotografia no processo do cuidar: tendências das ações de enfermagem. **Ciencia y Enfermeria**, v. 19, n. 3, p. 31-39, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441814004.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2022.

GAMBA, Mônica Antar; PETRI, Valéria; COSTA, Mariana Takahashi Ferreira. Feridas : prevenção, causas e tratamento. Rio de Janeiro: Santos Ed., 2016. 352 p.

HAALBOOM, Marieke. Chronic wounds: innovations in diagnostics and therapeutics. **Current medicinal chemistry**, v. 25, n. 41, p. 5772-5781, 2018. Disponível em: <http://www.eurekaselect.com/article/84632>. Acesso em: 28 fev. 2022.

KRELING, Maria Clara Giorio Dutra et al. Perfil de portadores de feridas crônicas sob a ótica da enfermagem assistencial. **CuidArte, Enferm**, p. 67-73, 2021. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2021v1/p.67-73.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2022.

MACHADO, Susane Karine Kerckoff et al. Aplicabilidade do Processo de Enfermagem na atenção hospitalar: interface com as melhores práticas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 12, n. 1, p. 2, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/64972/html>. Acesso em: 10 mar. 2022.

MEDEIROS, R.M. et al. Contribution of software for recording, monitoring, and evaluating wounds. **Global Academic Nursing Journal**. São Paulo; 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/233568/001134262.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 dez. 2022.

MITTAG, Barbara Franco et al. Cuidados com lesão de pele: ações da enfermagem. **Revista Estima**, v. 15, n. 1, p. 19-25, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Hellen-Roehrs/publication/314145321_Cuidados_com_Lesao_de_Pele_Acoes_da_Enfermagem/links/58c81383aca2723ab168bf26/Cuidados-com-Lesao-de-Pele-Acoes-da-Enfermagem.pdf. Acesso em: 28 fev. 2022.

NETTINA, Sandra M. **Prática de enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2021. 1584 p.

OLIVEIRA, Maria José Aguiar. **Validação de instrumento de consulta de enfermagem para pessoas com ferida crônica fundamentado na teoria do autocuidado**. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/51239>. Acesso em: 24 dez. 2022.

OSMARIN, Viviane Maria et al. Venous ulcer healing treated with conventional therapy and adjuvant laser: is there a difference?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mMS5fhY7JHZf8NVxdyRNDrM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 dez. 2022.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

PMSP. Prefeitura do Município de São Paulo. **Manual de Padronização de Curativos**. Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo, jan de 2021. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/Manual_Curativos.pdf. Acesso em: 28 abr. 2022.

POTTER, Patricia A. et al. **FUNDAMENTALS OF NURSING**. 9. ed. São Paulo: Elsevier, 2017. 1361 p.

RABBERS, Andressa Sabine. Desenvolvimento, caracterização e avaliação da biocompatibilidade de compósito a base de colágeno e óleo da polpa de pequi. 2016. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Ciência Animal), **Escola de Veterinária e Zootecnia**, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 72f. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/67/o/DISSERTA%C3%87%C3%83O___ANDRESSA_SABINE.pdf. Acesso em: 26 abr. 2022.

RABEH, Soraia Assad Nasbine; GONÇALVES, Márcia Beatriz Berzoti. **Avaliação de Feridas Crônicas na Assistência de Enfermagem**. [S.I.:s.n.], 2014.

RODRIGUES, Ana Letícia Nunes et al. IMPORTÂNCIA DA APLICABILIDADE DA FOTOGRAFIA DIGITAL POR ENFERMEIROS NOS CUIDADOS COM FERIDAS CUTÂNEAS. In: **Anais do I Congresso Norte Nordeste de Tecnologias em Saúde**. 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/connts/article/view/8093>. Acesso em: 24 dez. 2022.

SANTOS, Kelly Caroline dos et al. Men's health care: construction and validation of a tool for nursing consultation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/8Wxv8ZPGD4P8G9dz9f9WJQR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 dez. 2022.

SANTOS, Marisa Gomes et al. Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 4, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1032/416>. Acesso em: 27 abr. 2022.

SILVA, Alexandra Martins da et al. Percepções dos enfermeiros acerca da implementação do processo de enfermagem em uma unidade intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/kd5MzdD3DG7qPpbMkfYvHQy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SILVA, Ana Gracinda Ignácio; DIAS, Bruna Rafaela Leite; LEITE, Maridalva Ramos. A elaboração de evoluções de enfermagem e possíveis dificuldades: percepção do enfermeiro. **Nursing (São Paulo)**, v. 22, n. 254, p. 3039-3040, 2019. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/319/306>. Acesso em: 24 dez. 2022.

SOUZA, Vinicius Lino de et al. Diagnósticos da CIPE® de pessoas vivendo com AIDS e indicadores empíricos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 1226-1234, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ftX7jx8jYvZQ7hZbKTKYMMMD/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 28 fev. 2022.

THULER, Suely Rodrigues ; DE PAULA, Maria Angela Boccara. Guia de Boas Práticas: Preparo de Leito de Lesão e Desbridamento. Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências. **SOBEST**, São Paulo, 2017. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Preparo-do-leito-da-ferida_SOBEST-e-URGO-2016.pdf. Acesso em: 26 abr. 2022.

TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; PADILHA, Maria Itayra; BREDA, Karen Lucas. El eufemismo de las buenas prácticas o la práctica avanzada de enfermería. **Escola Anna Nery**, v. 23, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wgFY45pvzZd5jrntLDdQpcJ/abstract/?format=html&lang=es>. Acesso em: 10 mar. 2022.

VICENTE, Camila et al. Care for the person with oncological wound: permanent education in nursing mediated by educational technologies. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/cH36TXRzCs9J7ryRdDgg43b/?lang=pt>. Acesso em: 31 dez. 2022.

VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de. Prevalência e fatores associados a feridas crônicas em idosos na atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/vhRVSFBNrGndry36ZV5GFvz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

ZHAO, Ruilong et al. Inflammation in chronic wounds. **International journal of molecular sciences**, v. 17, n. 12, p. 2085, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5187885/>. Acesso em: 28 fev. 2022.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NOS PRONTUÁRIOS

Link para acesso:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfN_tLFvkOTbhQNYXKdMFRSnFcTkRpMN18q_IZwQ1wnH7HOCQ/viewform

Avaliação dos prontuários

Instrumento para avaliação dos prontuários de consulta de enfermagem em feridas.

TCC - Manoela Maffei

Para uso da pesquisadora.

Agenda *

- EPTF
- ERE
- EED/EPD
- ECP
- EOR

No subjetivo, consta informações sobre cuidados com a ferida?

- Sim
- Não

No subjetivo, consta informação de rede de apoio?

- Sim
- Não

No subjetivo, consta informação sobre acompanhamento em US?

- Sim
- Não

No subjetivo, consta informações sobre quem realiza o curativo?

- Sim
- Não

Quem realiza?

- Paciente
- Unidade de saúde
- Cuidador/família
- Outros...

Causa de ferida

- Trauma
- Diabetes Mellitus
- Lesão por Pressão
- Úlcera Vascular Venosa
- Estomias
- Úlcera Vascular Mista
- Úlcera Vascular Arterial
- Oncológica
- Cirúrgica
- Outros...

Se ferida cirúrgica, motivo:

Texto de resposta curta

.....

Tempo (meses)

Texto de resposta curta
.....

Local

- Cabeça/pescoço
- Membro superior
- Tórax
- Abdome
- Dorso
- Sacra
- Membro inferior - especificar
- Antepé
- Mediopé
- Retropé
- Outros...

Nº lesões

Texto de resposta curta
.....

Leito da lesão descrito?

- Sim
- Não

Característica do leito

- Granulação
- Esfacelo
- Necrose de coagulação/escara
- Epitelização
- Não descrito
- Biofilme
- Necrose de liquefação
- Outros...

Característica do exsudato descrito?

- Sim
- Não

Característica do exsudato

- Seroso
- Serohemático/serosanguinolento
- Hemático/sanguinolento
- Pio-hemático
- Purulento
- Não descrito
- Outros...

Bordas descritas?

Sim

Não

Característica da borda

Não aderida

Irregular

Hiperqueratose

Macerada

Regular

Epíbole

Não descrito

Outros...

Perilesão descrito?

Sim

Não

Característica perilesão

- Eritema
- Edema
- Descamativa
- Não descrito
- Macerada
- Escoriação
- Outros...

Foi medida a lesão em cm?

- Sim
- Não

Foto anexada no sistema?

- Sim
- Não

Diagnósticos de enfermagem

- Integridade Tissular Prejudicada
- Risco de integridade tissular prejudicada
- Lesão por pressão
- Risco de Lesão por pressão
- Integridade da pele prejudicada
- Outros...

Tratamento descrito?

Sim

Não

COBERTURA PRIMÁRIA - leito

Hidrogel

Papaina

PHMB

Alginato de cálcio

Antimicrobianos a base de prata (alginato, sorbact)

Colagenase

Carvão ativado

Sulfadiazina de prata

Gaze impregnada petrolato (adaptic)

Gaze impregnada parafina (jelonet)

TCM

Melolin

Hidrocoloide

Outros...

COBERTURA PRIMÁRIA - bordas/perilesão

- Óxido de zinco
- Película protetora (cavilon)
- Bepantol
- TCM
- Hidrocoloide
- Outros...

COBERTURA SECUNDÁRIA

- Gaze não aderente
- Gaze
- Apósito
- Filme transparente
- Micropore
- Outros...

Enfaixamento

- Atadura elástica
- Atadura crepom
- Terapia compressiva
- Bota de una
- Outros...

Tratamento adjuvante terapia laser de baixa realizado?

- Sim
- Não

Número da sessão da laserterapia descrito?

Sim

Não

Conduta de educação realizada?

Sim

Não

Gerenciamento da dor abordado?

Sim

Não