

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CÁSSIA TEIXEIRA DOS SANTOS

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO
DE ENFERMAGEM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO**

Porto Alegre
2014

CÁSSIA TEIXEIRA DOS SANTOS

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em enfermagem e saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde.

Eixo temático: Processo de enfermagem e sistemas de classificação.

Orientadora: Prof.^a Dra. Amália de Fátima Lucena

CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Cássia Teixeira dos
Desenvolvimento e validação de conteúdo do
diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão
/ Cássia Teixeira dos Santos. -- 2014.
105 f.

Orientadora: Amália de Fátima Lucena.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Úlcera por pressão. 2. Diagnóstico de
enfermagem. 3. Processos de Enfermagem. 4. Fatores
de risco. I. Lucena, Amália de Fátima, orient. II.
Título.

CÁSSIA TEIXEIRA DOS SANTOS

Desenvolvimento e validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 17 de março de 2014

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Amélia de Fátima Lucena
Presidente da Banca – Orientadora
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti
Membro da banca
PPENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Carla Dantas Cavalcanti
Membro da banca
UFF

Dedico este trabalho à minha orientadora e amiga, professora Amália de Fátima, à minha avó Zoraida e à minha família, as quais sempre estiveram ao meu lado me ensinando a ter força, coragem e determinação para não desistir dos meus sonhos.
Obrigada!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu a vida e escolheu esta missão grandiosa de “cuidar” das pessoas como enfermeira.

Agradeço aos meus antepassados e meus avós, por serem seres iluminados que sempre guiaram seus descendentes com muito amor e nos ensinaram a preservar o respeito, a amizade e a harmonia familiar. Agradeço a minha avó Zoraida, que na reta final da escrita da dissertação partiu para o mundo espiritual e eu estou sentindo muita falta dela. Não descansei nem um minuto com essas duas tarefas grandiosas de escrever e cuidar dos últimos dias de vida dessa avó tão iluminada e que eu amo muito. Agradeço a meu avô Ivo, profissional da saúde e agente comunitário renomado na cidade de Porto Alegre. Agradeço a meu avô Teixeirinha e minha avó Eracy: onde estão agora, sei que estão muito orgulhosos por ter uma neta que ajuda e cuida de muitas pessoas.

Agradeço profundamente aos meus pais, meus protetores! Obrigada pelo carinho, conforto, cuidado e amor. Saibam que é por causa disso que me tornei esta pessoa amorosa e feliz e, graças à educação que me deram, conquisto esta vitória de ser mestre na área da saúde com muita sabedoria. Agradeço à minha irmã Fernanda pela amizade verdadeira, pelas palavras de carinho e motivação e por seguir nos estudos com muita inteligência e determinação.

Agradeço ao meu noivo Gabriel, por estar sempre ao meu lado nestes seis anos de muito amor, felicidade, companheirismo, crescimento mútuo e aprendizado que nos fortaleceram, de modo que hoje podemos nos sentir mais fortes espiritual e mentalmente. Obrigada pela força nos momentos de choro, incertezas e cansaço. Você foi e é essencial para mim.

Agradeço à minha professora Fafá pelo grande exemplo de pessoa, profissional e enfermeira. Saiba que me encho de orgulho por ser sua aluna. Muito obrigada pela confiança, pelas palavras de amor nos momentos bons e nem tão bons. A senhora é maravilhosa!

Agradeço à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que me acolheu com braços e livros abertos; foi nela que exerci o estudo de forma regular e profunda e me sinto honrada por estudar na melhor universidade do país. Realmente, somos os melhores porque o estudo nos faz ser assim, e é essa dedicação de nossos mestres às pesquisas que nos motiva a prosseguir na caminhada, buscando aprender e conhecer mais e mais.

RESUMO

SANTOS, Cássia Teixeira dos. **Desenvolvimento e validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de úlcera por pressão**. 2014. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

As linguagens padronizadas de enfermagem se baseiam em estudos com evidências clínicas, que subsidiam o seu desenvolvimento e refinamento. A classificação NANDA-*International* (2013) descreve diagnósticos de enfermagem, julgamentos clínicos das respostas do indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. No seu domínio onze, intitulado Segurança/proteção, na classe de Lesão física, aponta os diagnósticos de enfermagem Integridade tissular prejudicada, Integridade da pele prejudicada e Risco para prejuízo da integridade da pele, os quais apresentam uma gama ampla de fatores relacionados e de risco, porém pouco específicos para pacientes em risco para úlcera por pressão. Isso motivou esta investigação, que teve por objetivos desenvolver o diagnóstico de enfermagem Risco de úlcera por pressão e validar o seu conteúdo. O estudo foi desenvolvido em duas etapas metodológicas: na primeira, realizou-se uma revisão integrativa da literatura sobre o tema, que subsidiou a elaboração do novo diagnóstico de enfermagem Risco de úlcera por pressão, submetido e aprovado pelo *Diagnosis Development Committee* da NANDA *International*; na segunda, desenvolveu-se um estudo de validação de conteúdo de diagnóstico conforme a opinião de 24 enfermeiros especialistas no cuidado à pele, oriundos de seis diferentes hospitais do Sul e Sudeste brasileiro. A análise dos dados seguiu o método de Fehring (1987) e a estatística descritiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da instituição de origem, sob o protocolo 13-0034. Os resultados da revisão integrativa da literatura apontaram um total de 439 artigos científicos sobre o tema publicados nas bases de dados *Medline/PUBMED*, *LILACS* e *Web of Science* de 2002 a 2012, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, com os descritores *Pressure ulcer, Prevention & Control, Risk factors* e *Nursing diagnosis*. Desses artigos, 21 respondiam à questão norteadora do estudo, quais são os fatores de risco para o desenvolvimento da UP e qual a sua definição? Assim, com base nesses artigos elaborou-se a definição do diagnóstico de enfermagem Risco de úlcera por pressão como: Risco de dano celular na pele e tecido subjacente, como resultado da compressão dos tecidos moles geralmente sobre uma proeminência óssea, durante um período de tempo capaz de ocasionar isquemia local e consequentemente necrose. Também se elencaram 19 fatores de risco para úlcera por pressão. Na etapa da validação de conteúdo de diagnóstico, submeteram-se a definição do diagnóstico de enfermagem e os 19 fatores de risco à opinião dos enfermeiros especialistas, sendo que sete dos fatores foram validados como “muito importante” (imobilidade, pressão, fricção, cisalhamento, umidade, sensações prejudicadas e desnutrição), dez como “importante” (desidratação, obesidade, anemia, baixo nível de albumina, envelhecimento, tabagismo, edema, circulação prejudicada, diminuição da oxigenação e da perfusão tissular), e um fator de risco foi descartado (hipertermia). O estudo possibilitou definir e evidenciar os principais fatores de risco de úlcera por pressão por meio da construção e validação de um novo diagnóstico de enfermagem, que poderá ser utilizado pelo enfermeiro a partir do raciocínio clínico e julgamento acurado, norteador o planejamento do cuidado para a prevenção de úlcera por pressão.

Descritores: Úlcera por pressão. Diagnóstico de enfermagem. Processos de enfermagem. Fatores de risco.

ABSTRACT

SANTOS, Cassia Teixeira dos. **Development and content validation of nursing diagnosis Risk of ulcer pressure.** 2014. 105 f. Dissertation (Master in Nursing) School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

The standardized languages of nursing are based in studies with clinical evidences, which subsidize their development and refinement. The classification *NANDA-International* (2013) describes the nursing diagnosis, clinical trials of the individual responses, family or community to problems of health/ actual vital processes or potential responses. In the eleventh domain, entitled safety/protection, in the class of physics lesion that points out the nursing diagnosis Impaired Tissue Integrity, Impaired Skin Integrity and Risk for Impaired Skin Integrity which represent wide range of related factors and risk, however they are less specific to patients in risk for pressure ulcer. That motivated this investigation, which had as objective develop the nursing diagnosis Risk for pressure ulcer and to validate the content of the same. The study was developed in two methodological stages: in the first, it was carried out an integrated review of the literature about the topic that subsidized the elaboration of the new nursing diagnosis Risk for pressure ulcer, subdued and approved by Diagnosis Development Committee of NANDA-I, on the second it was developed a study of the content validation in conformity with the opinion of 24 specialist nurses in the skin care, from six different hospitals from the Brazilian south and southeast. The data analysis followed Fehring method (1987). The project was approved by the Ethic and Research in Health Committee of the origin institution, protocol 13-0034. The results of the integrated review of the literature pointed out a total of 439 complete scientific articles on the published subject in the data basis of Medline/PUBMED, Lilacs and Web of Science, from the year 2002 to 2012 in Portuguese, English and Spanish languages, with the describable Pressure ulcer, Prevention, Risk factors and Nursing diagnosis. From these, 21 answered the steering question of the study, what are the risk factors for the development of UP and what is its definition? So, it was elaborated the definition of the nursing diagnosis Risk for pressure ulcer with: Risk of cellular injury and underlying tissue, as the result of the soft tissues compression generally on a bony prominence, during a period of time that is capable of causing local ischemia and consequently necrosis. It was also listed the 19 factors of risk to pressure ulcer. On the stage of content validation, we submitted it to definition of the nursing diagnosis and the 19 risk factors to the opinion of the specialist nurses, which seven factors were validated as “very important”: immobility, pressure, rubbing, act of shearing, humidity, noxious sensations and undernourishment. Ten were validated as “important”: dehydration, obesity, anemia, low level of albumin, aging, smoking, dropsy, damaged circulation, reduction of the oxygenation and of the tissue perfusion. At risk factor was eliminated: hyperthermia. The study made possible to create principles to define and make evident the main risking factors of pressure ulcer, by means of the construction and validation of a new nursing diagnosis that might be used by the nurse, beginning from the clinical ratiocination and the accurate judgment, guiding the caution planning for the pressure ulcer prevention.

Keywords: Pressure ulcer. Nursing diagnosis. Nursing process. Risk factors.

RESUMEN

SANTOS, Cassia Teixeira dos. **Desarrollo y validación de contenido del diagnóstico de enfermería Riesgo de úlceras por presión.** 2014. 105 f. Tesina (Maestría en Enfermería) Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

El lenguaje estandarizado en enfermería se basa en estudios con pruebas clínicas que subvencionan su desarrollo y perfeccionamiento. NANDA-*International* (2013) describe diagnósticos de enfermería, juicios clínicos de las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. En su dominio once, titulado Seguridad/protección, a nivel de Daño físico, apunta los diagnósticos de enfermería Alteración de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad de la piel y Riesgo para la integridad de la piel afectada, los cuales presentan una amplia gama de factores relacionados y de riesgo, pero poco específicos para pacientes con riesgo de úlceras por presión. Ello motivó esta investigación, dirigida a desarrollar el diagnóstico de enfermería Riesgo de úlceras por presión y validar el contenido del mismo. El estudio se realizó en dos etapas metodológicas: en primer lugar hubo una revisión de la literatura integrativa sobre el tema, que subvencionó la elaboración del nuevo diagnóstico de enfermería Riesgo de úlceras por presión, presentado y aprobado por el *Comité de Desarrollo de Diagnóstico* de NANDA-*International*, en la segunda se desarrolló un estudio de validación de contenido de diagnóstico de acuerdo con la opinión de 24 enfermeros especializados en el cuidado de la piel, de seis diferentes hospitales en el sur y sureste de Brasil. El análisis de los datos siguió el método de Fehring (1987) y estadísticas descriptivas. Em lo proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Institución de Salud el protocolo de 13-0034. Los resultados de la revisión de la literatura integrativa registraron un total de 439 artículos científicos completos en *Medline/PubMed*, *Lilacs* y *Web of Science* bases de datos, entre los años 2002-2012 en portugués, inglés y español, con los descriptores *Pressure ulcer*, *Prevention*, *Risk factors e Nursing diagnosis*. De éstos, 21 respondieron a la pregunta central del estudio, ¿cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de la UP y cuál es su definición? Así se elaboró la definición de diagnóstico de enfermería Riesgo de úlcera por presión como: Riesgo de daño celular en la piel y en el tejido subyacente como resultado de la compresión de los tejidos blandos, por lo general sobre una prominencia ósea, que puede causar isquemia local por un intervalo de tiempo y, consecuentemente necrosis. También fueron listados 19 factores de riesgo de la úlcera por presión. En la etapa de validación de contenido, se sometió la definición del diagnóstico de enfermería y los 19 factores de riesgo a la opinión de los enfermeros especialistas, resultando siete factores fueron validados como "muy importantes": la inmovilidad, presión, fricción, cizallamiento, humedad, sensaciones dañadas y desnutrición. Diez fueron validadas como "importantes": deshidratación, obesidad, anemia, bajo nivel de albúmina, envejecimiento, tabaquismo, edema, problemas de circulación, disminución de la oxigenación y perfusión tisular. Un factor de riesgo fue descartado: hipertermia. El estudio permitió elementos para definir y poner en evidencia los principales factores de riesgo de úlcera por presión, a través de la construcción y validación de un nuevo diagnóstico de enfermería que podrá ser utilizado por los enfermeros a partir del razonamiento clínico y juicio preciso orientando la planificación de los cuidados para la prevención de úlcera por presión.

Palabras clave: Úlcera por presión. Diagnóstico de enfermería. Procesos de enfermería. Factores de riesgo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Locais mais vulneráveis ao aparecimento de UP. Porto Alegre/RS, 2014.....	27
Figura 2 - Esquema conceitual. Porto Alegre/RS, 2014.....	29
Figura 3 - Fluxograma da RIL. Porto Alegre/RS, 2014.....	48
Figura 4 - Conceitos de UP que embasaram a definição do DE Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.....	55
Figura 5 - Fatores de risco que compõem o DE Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistema de classificação das úlceras por pressão com ilustrações. Porto Alegre/RS, 2014.....	23
Quadro 2 - Caracterização da distribuição dos artigos científicos amostrados. Porto Alegre/RS, 2014.....	49
Quadro 3 - Artigos que descrevem a definição de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.....	51
Quadro 4 - Artigos que descrevem os fatores de risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.....	52
Quadro 5 - Protocolo de submissão do novo diagnóstico de enfermagem da NANDA-I: Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.....	56
Quadro 6 - Intervenções e Resultados de enfermagem para o DE Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.....	61
Quadro 7 - Descrição do DE Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização da amostra de enfermeiros especialistas (n=24). Porto Alegre/RS, 2014.....	63
Tabela 2 -	Título e Definição validados por especialistas para o DE Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.....	64
Tabela 3 -	Sete fatores de risco de UP validados como “muito importante” para o DE Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.....	64
Tabela 4 -	Onze fatores de risco de UP validados como “importante” para o DE Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DDC	<i>Diagnosis Development Committee</i>
DE	Diagnóstico de enfermagem
EPUAP	<i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HU	Hospital universitário
IMC	Índice de massa corporal
NANDA-I	NANDA – <i>International</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
NPUAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
PE	Processo de enfermagem
RIL	Revisão integrativa da literatura
SPSS	IBM SPSS <i>Statistics</i>
UP	Úlcera por pressão
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VCD	Validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	21
3	REVISÃO DA LITERATURA	22
3.1	ÚLCERA POR PRESSÃO: DEFINIÇÃO, FISIOPATOLOGIA, FATORES DE RISCO, AVALIAÇÃO DE RISCO E PRINCIPAIS INTERVENÇÕES PARA PREVENÇÃO	22
3.2	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	33
3.3	ESTUDOS DE VALIDAÇÃO	36
4	MÉTODO	39
4.1	TIPO DE ESTUDO	39
4.1.1	Primeira etapa: Revisão Integrativa da Literatura	39
4.1.1.1	Formulação do problema	39
4.1.1.2	Coleta de dados e definição da amostra de artigos	40
4.1.1.3	Avaliação dos dados	41
4.1.1.4	Análise e interpretação dos dados	41
4.1.1.5	Apresentação dos resultados	42
4.1.2	Desenvolvimento do novo diagnóstico de enfermagem conforme Protocolo para Submissão de Diagnósticos da NANDA-I	42
4.1.3	Segunda etapa: Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Risco de úlcera por pressão	43
4.1.3.1	Local	43
4.1.3.2	População e amostra	45
4.1.3.3	Coleta de dados	46
4.1.3.4	Tratamento e análise dos dados	47
4.2	ASPECTOS ÉTICOS	48
5	RESULTADOS	49
5.1	PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	49
5.1.1	Protocolo para Submissão de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I	57
5.2	SEGUNDA ETAPA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO	63
5.2.1	Caracterização da amostra	63

5.2.2	Título, definição e fatores de risco validados para o diagnóstico de enfermagem Risco de úlcera por pressão.....	65
6	DISCUSSÃO	68
7	CONCLUSÕES	82
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	96
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO.....	97
	APÊNDICE C – FOLHA INFORMATIVA.....	104
	ANEXO A – PARECER SOBRE O DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO PELO DIAGNOSIS DEVELOPMENT COMMITTEE DA NANDA-I.....	105
	ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA INSTITUIÇÃO.....	106

1 INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) e os sistemas de classificação de termos de enfermagem, como *NANDA-International* (NANDA-I, 2013), *Nursing Interventions Classification* (NIC) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010; BULECHEK et al., 2013) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2010; MOORHEAD et al., 2013) são ferramentas que facilitam o registro, a comunicação e a qualificação da assistência de enfermagem. Todavia, as classificações necessitam de constante aprimoramento e refinamento, de forma a traduzir as reais necessidades e situações da prática clínica atual (LUCENA et al., 2011; ALMEIDA et al., 2011).

Uma dessas situações clínicas da prática de enfermagem diz respeito ao paciente em risco de úlcera por pressão (UP), a qual pode ser definida como uma lesão na pele e/ou no tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, em consequência da pressão, ou da pressão em combinação com o cisalhamento e/ou a fricção (EUROPEAN...; NATIONAL..., 2009). Além da pressão, existem vários fatores de risco extrínsecos e intrínsecos ao paciente que podem provocar o desenvolvimento da UP, o que traduz a sua etiologia multifatorial (FERNANDES; TORRES, 2008; SANTOS, 2011; MENEGON et al., 2011; COQUEIRO; BRITO, 2013). A UP causa problemas à instituição e à equipe de enfermagem devido ao aumento dos custos do tratamento e da carga de trabalho (CREMASCO et al., 2009; FAUSTINO et al., 2010; COSTA, 2010; LUCENA et al., 2011; APOLD; RYDRYC, 2012).

Estudos internacionais indicam que há uma grande variação nas taxas de incidência de UP em pacientes sob cuidados agudos (APOLD; RYDRYCH, 2012). Uma análise de mais de 300 estudos sobre incidência e prevalência de UP, publicados entre janeiro de 1990 e junho de 2000, apontou taxas de incidência variando de 0,4% a 38% na população dos Estados Unidos (CUDDIGAN; BERLOWITZ; AYELLO, 2001). Atualmente, as taxas globais americanas de prevalência de UP em hospitais são de 12,3 % em unidades de cuidados gerais e de 22% em unidades de cuidados agudos, como terapia intensiva (VAN GILDER et al., 2009).

Um estudo sueco demonstrou uma taxa de prevalência de UP de 23% dentre 258 pacientes internados em um hospital geral da Suécia (LEIJON; BERGH; TERSTAPPEN, 2013). Na Suíça, um estudo multicêntrico identificou a prevalência de 26,5% de UP em crianças com idade de 1 a 18 anos hospitalizadas, e o fator de risco mais evidente foi a imobilidade (SCHLÜER; SCHOLS; HALFENS, 2014). Outro estudo, em três hospitais universitários da Irlanda, apontou taxa de prevalência de 18,5%, sendo que os principais

fatores de risco apontados para o agravo foram mobilidade reduzida, incontinência urinária, disfunção cognitiva, baixa albumina e tempo de permanência em instituição hospitalar (GALLAGHER et al., 2008).

No Brasil, um estudo conduzido em hospital universitário (HU) do estado de São Paulo identificou uma taxa global de 40% de incidência de UP na instituição, e uma taxa de 41% de UP em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (ROGENSKI; SANTOS, 2005). Em estudo no mesmo HU, realizado após a implementação de um Protocolo de Prevenção e Tratamento de UP em UTI, obtiveram-se taxas de 23,1% de incidência de UP, demonstrando a eficácia do cuidado preventivo (ROGENSKI; KURCGANT, 2012a). Nesse mesmo hospital, em pesquisa realizada com pacientes neurocirúrgicos no pós-operatório, obteve-se uma taxa de incidência de UP de 13,6% (DICCINI; CAMADURO; IIDA, 2009).

Nos demais estados brasileiros, encontrou-se pesquisa realizada em HU do Rio de Janeiro, com taxa de 26,8% de incidência de UP em pacientes de UTI (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006). Na Bahia, um estudo verificou a taxa de incidência cumulativa de UP em dois hospitais filantrópicos conveniados com o Sistema Único de Saúde, com taxa de 31,4% num deles e de 21,4% no outro, em unidades de internação clínica e cirúrgica (ANSEMI; PEDUZZI; FRANÇA, 2009). Já em estudo realizado em três hospitais regionais do estado de Mato Grosso, identificaram-se as seguintes taxas de incidência de UP em unidades de internação clínicas, cirúrgicas, ortopédicas e UTIs nos respectivos hospitais: 25%, 31,7% e 66,6% (COSTA, 2010). Por fim, pesquisas conduzidas em HUs do Rio Grande do Sul e de Minas Gerais, com pacientes em risco para este agravo e internados em unidades clínicas e cirúrgicas, apontaram taxas de 20% de ocorrência de UP (SANTOS et al., 2013; SALES, BORGES; DONOSO, 2010).

A partir desses achados na literatura, verifica-se que a UP é considerada um problema de saúde grave, pois ainda apresenta alta prevalência e incidência tanto em estudos nacionais, como internacionais (CUDDIGAN; BERLOWITZ; AYELLO, 2001; GALLAGHER et al., 2008; ANSEMI; PEDUZZI; FRANÇA, 2009; SALES, BORGES; DONOSO, 2010; COSTA, 2010; LUCENA et al., 2011; FREITAS et al., 2011; SANTOS 2011; SANTOS et al., 2013; ROGENSKI; KURCGANT, 2012a; APOLD; RYDRYCH, 2012), implicando custos elevados para o Sistema de Saúde referentemente a três categorias principais: 1) custos financeiros associados à aquisição de material preventivo, tratamento da UP e de complicações; 2) custos relacionados com internações prolongadas; 3) custos associados ao tempo despendido nos cuidados prestados aos pacientes com UP (DUQUE et al., 2009).

Essa ideia é corroborada por estudo realizado pelo Sistema de Saúde Regional da cidade de Filadélfia, nos Estados Unidos, o qual demonstra que as despesas financeiras em decorrência das UPs representam custos diretos e indiretos, pois incluem material de curativo, tempo de trabalho e capacitações da equipe de enfermagem, aluguel de equipamentos, entre outros. Esses custos variam de US\$2.000 a US\$70.000 dólares por ferida, considerando uma média anual do hospital de US\$ 400.000 a US\$700.000 dólares (CARSON et al., 2012).

Além disso, os efeitos da UP são de longo alcance, aumentando o risco de desenvolver outras doenças como infecções, osteomielite, artrite séptica e sepse (BLANES et al., 2004 MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2010, FAUSTINO et al., 2010), impactando a qualidade de vida do paciente. A UP causa grande sofrimento físico e emocional, reduzindo a independência nas atividades diárias e comprometendo o processo de reabilitação do paciente. Portanto, é necessário qualificar constantemente a assistência de enfermagem de forma a prevenir a lesão, identificando-se os fatores de risco associados a essa complicação e fazendo um diagnóstico preciso da situação (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009; MEDEIROS et al., 2009; LUCENA et al., 2011; BAVARESCO; LUCENA, 2012).

Dessa forma, sabendo-se que a UP é um problema, na maioria das vezes, evitável e que sua incidência está fortemente relacionada à presença de fatores de risco, tornou-se imperativa a reavaliação do processo de cuidado dos pacientes em instituições de saúde (MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2010; LUCENA et al., 2011). Como exemplo, a equipe de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) instituiu um “Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão”, de forma a aprimorar o cuidado aos pacientes em risco ou com esse tipo de agravo (MENEGON et al., 2007).

Nessa instituição, na sequência da implementação desse protocolo, desenvolveu-se uma pesquisa que teve como resultados a identificação do perfil clínico dos pacientes em risco para UP e os diagnósticos e cuidados de enfermagem para eles estabelecidos, bem como os fatores de risco e a ocorrência da UP na instituição. Esse estudo transversal partiu de dados coletados na avaliação de risco para UP, com o uso da Escala de Braden, e da aplicação do PE nas etapas de diagnóstico e prescrição de cuidados (LUCENA et al., 2008; LUCENA et al., 2011). A maioria dos pacientes em risco para UP eram idosos, com média de idade de 67 anos ($\pm 20,2$); o sexo predominante foi o feminino, e a média de hospitalização de nove dias, na maioria das vezes em unidades de internação clínica. Os principais motivos de internações e comorbidades desses pacientes foram as doenças cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares, neoplasias e metabólicas. Além disso, conforme avaliação das subescalas de Braden, a maioria desses pacientes estava acamada e com mobilidade bastante limitada,

nutrição provavelmente inadequada, problema de fricção e/ou cisalhamento, percepção sensorial muito limitada e pele muito molhada (LUCENA et al., 2011).

A partir dos achados dessa pesquisa (LUCENA et al., 2011), bem como de outros estudos (BLANES et al. 2004; RODRIGUES et al., 2008; LISBOA, 2010; ARAÚJO et al., 2010; ARAÚJO et al., 2011), constatou-se que os fatores de risco para UP avaliados pelas subescalas componentes da Escala de Braden, além da idade avançada e das doenças crônicas, são extremamente importantes para a prevenção dessa complicação. Por isso, nessa situação clínica, o enfermeiro necessita coletar informações em relação à presença de risco ou dano à pele (epiderme e derme) e/ou tecidos e, de acordo com seu julgamento clínico, estabelecer um diagnóstico acurado (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009; MENEGON et al., 2011).

Os Diagnósticos de Enfermagem (DEs) mais frequentemente estabelecidos a pacientes hospitalizados encontrados no estudo de Lucena et al. (2011) foram: Risco de infecção, Síndrome do déficit do autocuidado, Déficit do autocuidado: banho e higiene, Mobilidade física prejudicada, Dor aguda, Padrão respiratório ineficaz, Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, Diarreia e Alteração na eliminação urinária. Esses DEs são comuns na prática de enfermagem e muitos deles traduzem a possibilidade de risco para UP. Entretanto, nenhum deles é específico para definir a situação clínica de *Risco de úlcera por pressão*¹.

Os DEs Integridade tissular prejudicada, Integridade da pele prejudicada e Risco para prejuízo da integridade da pele também apareceram no estudo; todavia, com menor frequência (LUCENA et al., 2011; SANTOS et al., 2011). De acordo com a NANDA-I, esses DEs são os que descrevem o dano à pele e tecidos e o risco à integridade da pele e, portanto, apresentam fatores relacionados ou de risco que poderiam descrever a situação clínica da UP. Eles se encontram no domínio 11 (Segurança/proteção), na classe dois, (Lesão física) (HERDMAN, 2012; NANDA-I, 2013).

Observa-se que entre esses três DEs, somente um é do tipo de Risco (Risco para prejuízo da integridade da pele), definido como “risco de a pele ser alterada de forma adversa” (HERDMAN, 2012; NANDA-I, 2013, p. 495). Pela sua definição e lista de fatores de risco, vê-se que esse DE é amplo e pode ser usado para qualquer situação de risco de alteração na pele. Por outro lado, ele não abrange a totalidade e a especificidade dos fatores de risco para o prejuízo dos demais tecidos como, por exemplo, o adiposo, o muscular e o ósseo, os quais também são acometidos no caso da UP. Como não há uma terminologia diagnóstica

¹ Grifo da autora.

adequada para essa situação clínica, muitas vezes o diagnóstico não é estabelecido de forma acurada e, conseqüentemente, as intervenções de enfermagem implementadas de maneira inapropriada, o que pode contribuir para os altos índices de prevalência e incidência da UP. Assim, pensa-se que a ausência na nomenclatura da NANDA-I de um DE específico que denomine a situação clínica de risco para a UP e seus fatores de risco específicos pode, de alguma forma, interferir na acurácia diagnóstica e no cuidado prestado aos pacientes predispostos à UP.

Por isso, deve ser disponibilizado aos enfermeiros, como responsáveis pelo planejamento do cuidado, um DE específico que defina essa condição clínica e descreva os fatores de risco específicos de UP. É importante ressaltar que, se a UP não for prevenida e/ou tratada adequadamente, pode evoluir de um estágio inicial para um estágio avançado, interferindo em diversos aspectos da vida do paciente, desde limitações em atividades diárias e risco de infecções até sua percepção corporal e autoimagem e dificuldade de interação com o meio onde vive.

Associado a esse cenário, verificou-se em levantamento na literatura mundial que, dentre 348 estudos publicados com os descritores *Pressure ulcer* e *Nursing diagnosis*, 180 (52%) foram realizados nos Estados Unidos, 10 (3%) no Canadá, 122 (35%) na Europa, 22 (6%) na Ásia, 7 (2%) na Oceania, 2 (0,5%) na América Central e 5 (1,5%) no Brasil. Contudo, nenhum deles foi realizado com vistas a desenvolver um DE específico de risco para UP (GoPubmed, 2012).

Assim, surgiu a motivação deste estudo, cuja finalidade é desenvolver o DE Risco de úlcera por pressão. Definir e elencar de maneira clara os fatores de risco para essa complicação permitirá maior acurácia diagnóstica, com o uso de uma linguagem padronizada como a NANDA-I. Com esta situação clínica melhor definida pelo novo DE, acredita-se que o plano de intervenções e resultados de enfermagem também poderá ser qualificado, pois os desacordos clínicos poderão ser evitados, proporcionando maior segurança ao paciente (CARVALHO; KUSUMOTA, 2009). Atrelado a isso, verifica-se que a NIC já apresenta intervenções específicas para o cuidado preventivo à UP, as quais foram validadas por estudo brasileiro (BAVARESCO; LUCENA, 2012; BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010). De maneira semelhante, a NOC apresenta resultados sugeridos e adicionais associados também validados na realidade brasileira (BARRETO, 2013; MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2010).

Além de desenvolver o novo DE Risco de úlcera por pressão, pretende-se também validar o seu conteúdo, a fim de comprovar sua autenticidade mediante a identificação de

fatores aos quais o paciente está exposto (CROSSETTI et al., 2011). Estudos brasileiros demonstram a importância e a eficácia de validar DEs, qualificando-os segundo a Taxonomia II da NANDA-I (ARREGUY-SENNA, 2002; CAPPELARI, 2007; JUCHEM; ALMEIDA; LUCENA, 2010), a fim de torná-los fontes essenciais na busca de evidências e na redução da probabilidade de erros no processo de diagnóstico e tomada de decisão pelo enfermeiro.

Portanto, esta pesquisa tem por finalidade auxiliar na qualificação da taxonomia da NANDA-I, além de colaborar para o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem na área da integridade da pele e tecidos em relação à UP, de forma a permitir melhor segurança para o paciente.

2 OBJETIVOS

O objetivo geral desta pesquisa é:

- Desenvolver e validar o DE Risco de úlcera por pressão.

Os objetivos específicos são:

- Estabelecer o título e a definição do DE Risco de úlcera por pressão;
- Definir os fatores de risco do DE Risco de úlcera por pressão;
- Elaborar a proposta de submissão do DE Risco de úlcera por pressão à NANDA-I, conforme as diretrizes desse sistema de classificação;
- Validar o conteúdo dos componentes do DE Risco de úlcera por pressão (título, definição e fatores de risco) a partir da opinião de especialistas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Apresenta-se, a seguir, a revisão da literatura que subsidiou a base teórica e científica do estudo. Essa etapa dividiu-se em três tópicos: úlcera por pressão (definição, fisiopatologia, fatores de risco, avaliação de risco e principais intervenções para prevenção); diagnóstico de enfermagem e estudos de validação.

3.1 ÚLCERA POR PRESSÃO: DEFINIÇÃO, FISIOPATOLOGIA, FATORES DE RISCO, AVALIAÇÃO DE RISCO E PRINCIPAIS INTERVENÇÕES PARA PREVENÇÃO

A UP está relacionada com a imobilidade prolongada do corpo, que resulta na compressão do tecido macio contra uma proeminência óssea, como o sacro, o trocanter e o ísquio, prejudicando o fornecimento de sangue ao tecido e causando insuficiência vascular, anóxia e morte das células e, finalmente, necrose. Além da pressão aplicada externamente, a tolerância individual variável dos tecidos à isquemia desempenha um papel muito importante. Desta forma, o período crítico de isquemia varia muito entre as pessoas (PRAZERES, 2009; MENEGON et al., 2011; SILVA et al., 2011; DOMANSKY; BORGES, 2012).

A pressão capilar influencia no desenvolvimento da UP. Sabe-se que a pressão capilar no final arterial é de 30 a 40 mmHg; no final venoso, de 10 a 14 mmHg; na porção média do capilar, é de 25 mmHg. A pressão de fechamento capilar é o montante mínimo de pressão necessário para o colapso do capilar, que leva à anóxia tecidual. A pressão usual para esse colapso é de 12 a 32 mmHg. Para se quantificar a intensidade da pressão aplicada externamente na pele, mede-se a pressão entre as faces do corpo e do colchão, com o paciente em decúbito dorsal ou sentado. Sendo assim, o nível de pressão necessário para causar dano ao tecido pode variar de paciente para paciente, aceitando-se 32 mmHg como nível normal de pressão arteriolar média. Quando a pressão cutânea externa é superior a essa média, ocasiona-se isquemia local, caracterizada por edema, eritema, erosão ou úlceras (PRAZERES, 2009; SILVA et al., 2011; DOMANSKY; BORGES, 2012; AGRAWAL; CHAUHAN, 2012).

A UP não ocorre em pessoas saudáveis, uma vez que a pressão prolongada e a isquemia, ao provocarem desconforto e dor, fazem com que a pessoa se movimente em busca de alívio (PRAZERES, 2009; SILVA et al., 2011; DOMANSKY; BORGES, 2012). Conseqüentemente, as pessoas mais suscetíveis à UP são aquelas com imobilidade, confinadas ao leito ou à cadeira de rodas, com comprometimento da percepção sensorial e/ou restrição mecânica.

As UPs são geralmente mais graves do que aparentam, pois os músculos e tecidos subcutâneos são mais suscetíveis do que a pele ao desenvolvimento de lesões produzidas por pressão. A pele recebe suprimento sanguíneo da rede vascular cutânea e dos vasos perfurantes, o que vai além de suas necessidades metabólicas; já os músculos são irrigados somente pelos vasos perfurantes e, por isso, a oclusão provocada pela pressão produz dano de proporções mais significativas e de desenvolvimento mais precoce em comparação com o dano à pele. Portanto, a ocorrência de grande área de isquemia e necrose é esperada na interface do osso com o tecido, e a lesão visualizada na pele é considerada como a ponta do *iceberg* (PRAZERES, 2009; SILVA et al., 2011; DOMANSKY; BORGES, 2012).

A etiologia da UP é multifatorial e inclui fatores de risco intrínsecos e extrínsecos ao paciente (PRAZERES, 2009; SILVA et al., 2011). Dentre os fatores de risco extrínsecos que podem levar ao aparecimento dessas lesões estão a pressão, o cisalhamento e a fricção. A pressão é considerada o principal fator causador da UP, sendo que o efeito patológico no tecido pode ser atribuído à intensidade e à duração da mesma, além da tolerância tecidual. Dentre os fatores intrínsecos, destacam-se a imobilidade, os extremos de idade (prematuridade, idoso), o estado nutricional, a umidade, a perfusão tecidual, o uso de alguns medicamentos e doenças crônicas, como as de origem cardiovascular e o diabetes mellitus. Outros fatores também são apontados na literatura, como tempo de internação hospitalar ou de permanência em mesa cirúrgica prolongado, baixo nível de hemoglobina sérica, desidratação, hipertermia, baixo nível de perfusão tecidual, anomalias circulatórias, tabagismo e edema (BLANES et al., 2004; SALES; BORGES; DONOSO, 2010; SOUZA et al., 2011; SILVA et al., 2011; BENOIT; MION, 2012).

A *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) é um órgão americano autorizado a apresentar pesquisas e resultados com vistas a melhorar a prevenção e tratamento de pacientes com UP por meio de políticas públicas, educação e pesquisa. Em 1987, houve um primeiro consenso da NPUAP sobre a avaliação da UP, recomendando um sistema uniforme para o estadiamento da lesão e a adoção de um sistema de classificação de aceitação universal. Assim, determinou-se que a classificação de cada estágio se daria pelas descrições clínicas, bem como pela profundidade e perda do tecido lesado (NATIONAL..., 2007; NATIONAL..., 2014).

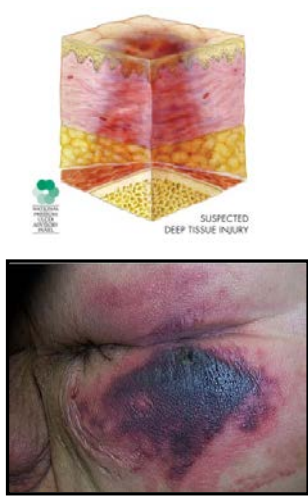
Da mesma forma, foi criada em Londres, no ano de 1996, a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), cuja finalidade é liderar e apoiar os países europeus nos esforços de prevenção e tratamento de UP, proporcionando alívio às pessoas que sofrem ou correm risco de desenvolver UP (EUROPEAN..., 2014). Assim, esses dois órgãos internacionais, NPUAP

e EPUAP, a partir de seus comitês e reuniões de consenso, estudam e publicam pesquisas científicas sobre fatores e avaliação de risco de UP e níveis de evidência para tratamentos e instrumentos adequados, com o intuito de expandir conhecimento internacional e inserir novas práticas de prevenção e tratamento em instituições de saúde e domicílios (NATIONAL..., 2014, EUROPEAN..., 2014).

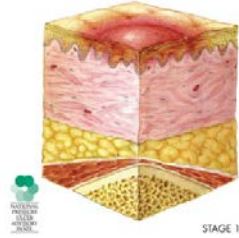


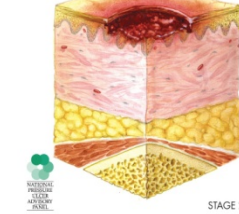
Em 2009, a NPUAP e a EPUAP publicaram as diretrizes *Prevention and Treatment of Pressure Ulcer: Clinical Practice Guideline*, em que propuseram a definição internacional de UP: “lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre estas forças” (EUROPEAN...; NATIONAL..., 2009). Considerando-se esta uma definição de consenso e de aceitação na literatura mundial, entende-se a mesma como Padrão Ouro² para estudos e pesquisas referentes a esse tema (NIXON; CRANNY; BOND, 2007; EUROPEAN...; NATIONAL..., 2009; LAHMANN; KOTTNER, 2011; SIBBALD et al., 2012; MENEGON et al., 2012).

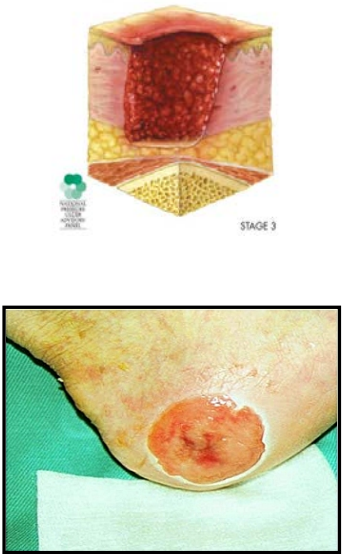
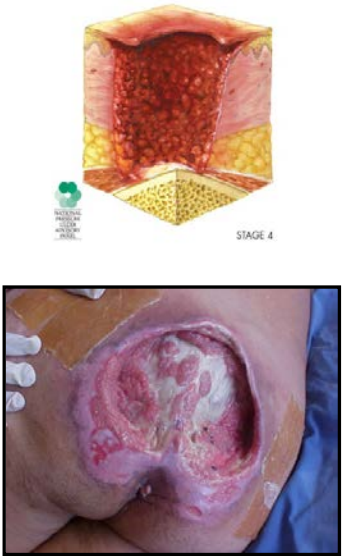
Além de descrever a definição internacional de UP, essas diretrizes também descrevem o novo sistema de classificação, a avaliação de risco e as intervenções de prevenção. O sistema de classificação internacional de UP, conforme o Quadro 1 (EUROPEAN...; NATIONAL..., 2009), divide-se nas categorias I, II, III e IV e em categorias adicionais não graduáveis/classificáveis, como suspeita de lesão tissular profunda e úlceras.

Quadro 1 - Sistema de classificação das úlceras por pressão com ilustrações. Porto Alegre/RS, 2014.

CATEGORIA	PELE	DESCRIÇÃO	FOTOS
Suspeita de lesão tissular profunda	Pele íntegra: área localizada de pele intacta, de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta, devido a dano no tecido mole, decorrente de pressão e ou cisalhamento.	<ul style="list-style-type: none"> A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente. 	

² Padrão Ouro: modelo oficial aceito e utilizado como referência (HOUAISS, 2004).

<p>I: Eritema não branqueável em pele intacta</p>	<p>Pele intacta, com eritema não branqueável de uma área localizada normalmente sobre uma proeminência óssea; descoloração da pele, calor, edema, tumefação ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada, pode não ser visível o branqueamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A área pode ser dolorosa, firme, suave, mais quente ou mais fria comparativamente com o tecido adjacente. A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Pode ser indicativo de pessoas “em risco”. 	 <p>STAGE 1</p> 
<p>II: Perda parcial da espessura da pele ou flictena</p>	<p>Lesão, com perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou contusões. Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por fita adesiva, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriação. 	  <p>STAGE 2</p>

<p>III: Perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível)</p>	<p>Lesão com perda total da espessura tecidual. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina úmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser rasa (superficial). Em contrapartida, zonas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não é visível ou diretamente palpável. 	 <p>O diagrama superior, rotulado 'STAGE 3', mostra uma seção transversal de uma úlcera que penetra através da epiderme e da derme até o tecido adiposo subcutâneo. Abaixo dele, uma fotografia clínica mostra uma úlcera circular e profunda em uma pele de tom amarelado, com bordas bem definidas e um centro escuro e úmido.</p>
<p>IV: Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)</p>	<p>Lesão com perda total da espessura dos tecidos, com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina úmida) e/ou necrótico. Frequentemente é cavitária e fistulada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A profundidade de uma UP de categoria IV varia com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo), e essas úlceras podem ser rasas (superficiais). Uma úlcera de categoria IV pode atingir as estruturas de suporte (por exemplo, fascia, tendão ou cápsula articular), tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável. 	 <p>O diagrama superior, rotulado 'STAGE 4', mostra uma seção transversal de uma úlcera que penetra profundamente através da derme e do tecido adiposo, chegando até os músculos e ossos. Abaixo dele, uma fotografia clínica mostra uma úlcera extremamente profunda e irregular, com bordas necróticas e um centro onde se pode ver a exposição de tecidos mais profundos.</p>

<p>Não classificáveis</p>	<p>Lesão com perda total da espessura dos tecidos, na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico castanho ou preto) no leito da ferida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A verdadeira profundidade e o estágio da UP não podem ser determinados até que suficiente esfacelo e/ou escara sejam removidos para expor a base da úlcera. Escara estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como “cobertura natural (biológica) corporal” e não deve ser removida. 	 
----------------------------------	---	---	---

Fonte: EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP), 2009; MENEGON et al., 2011.

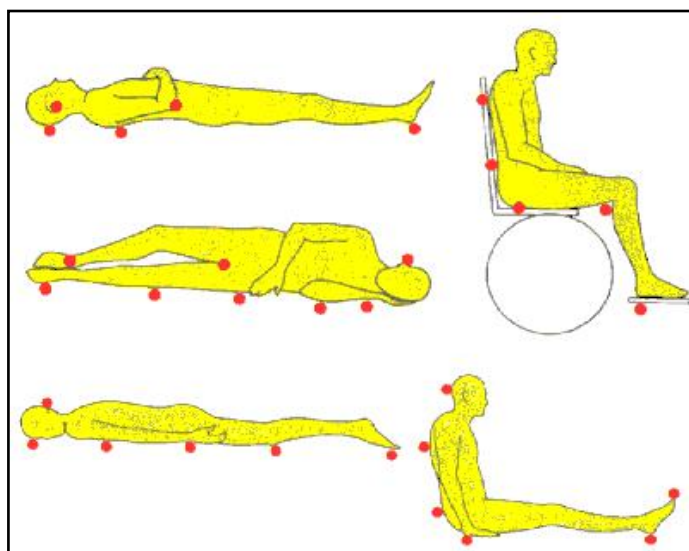
Sabe-se que um bom trabalho de prevenção pressupõe o conhecimento da etiologia (fatores de risco) da doença e da sua realidade nas instituições de saúde (MENEGON et al., 2011; ROGENSKI; KURCGANT, 2012a). Dessa forma, entende-se que, para prevenir a UP, é necessário realizar a avaliação do risco a que o paciente está exposto; a identificação do risco a que o paciente está mais vulnerável é o primeiro passo no cuidado à prevenção da UP. A avaliação de risco possibilita aos enfermeiros reunir informações para definir os DEs mais apropriados aos pacientes, o que subsidiará o planejamento de intervenções a serem implementadas e avaliadas diariamente (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009; LUCENA et al., 2011). Para tanto, é necessário compreender a diferença entre a avaliação da pele e a avaliação do risco de UP.

O objetivo da avaliação da pele, em geral, é o de reunir informações necessárias para descrever a saúde do sistema tegumentar, detectando-se variações da pele/tecido, como a presença de eritema, erupções cutâneas, lesões, petéquias, secura excessiva, alterações tegumentares relacionadas à idade (diminuição da elasticidade, por exemplo) ou a doenças (como depósitos de hemossiderina e alterações tróficas da resistência vascular periférica) (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009).

A avaliação do risco para UP, por sua vez, também avalia a pele do paciente, porém com um olhar específico, dirigido às regiões mais vulneráveis ao aparecimento de UP, como: occipital do crânio, orelhas, escápulas, ombros, cotovelos, sacro, cóccix, tuberosidades

isquiáticas, trocanteres, joelhos, maléolos, matatarsos, calcâneos e dedos. Ressalta-se a importância de avaliar as proeminências ósseas que estejam sob compressão de meias elásticas ou dispositivos eletrônicos, como oxímetros de pulso, drenos e cateteres, imobilizadores ou dispositivos mecânicos, como tração esquelética, etc. Além disso, é importante observar as áreas com hiperemia não reativa, que indicam o desenvolvimento da UP, bem como áreas com mudança na coloração, textura e alteração de sensibilidade. Nos casos de pacientes com pele escura, investigam-se áreas com eritema persistente, bolhas e áreas com descoloração (arroxeadas e/ou azuladas), conforme a Figura 1 (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009; DOMANSKY; BORGES, 2012).

Figura 1 - Locais mais vulneráveis ao aparecimento de UP. Porto Alegre/RS, 2014.



Fonte: Google Imagens. Disponível em: <<http://emfermagemfaal2010.blogspot.com.br/2011/11/ulcera-por-pessao.html>>, 2013.

Avaliar o risco de UP remete à coleta de informações sobre fatores específicos que tornam o paciente vulnerável ao desenvolvimento desse tipo de lesão (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009; DOMANSKY; BORGES, 2012). Assim, foram criados instrumentos para facilitar essa avaliação, como as Escalas de Norton (1961), Gosnell (1973), Waterlow (1974) e Braden (1987). Esses instrumentos orientam o enfermeiro a identificar os pacientes que apresentam fatores de risco de UP e a determinar medidas de prevenção e tratamento para essa lesão.

O instrumento de avaliação de risco deverá possuir algumas características essenciais para ser considerado eficaz e confiável (NATIONAL..., 2007; NATIONAL..., 2014; PRAZERES et al., 2009):

- ter bom valor preditivo;
- ter alta sensibilidade;
- ter alta especificidade;
- ser de fácil utilização.

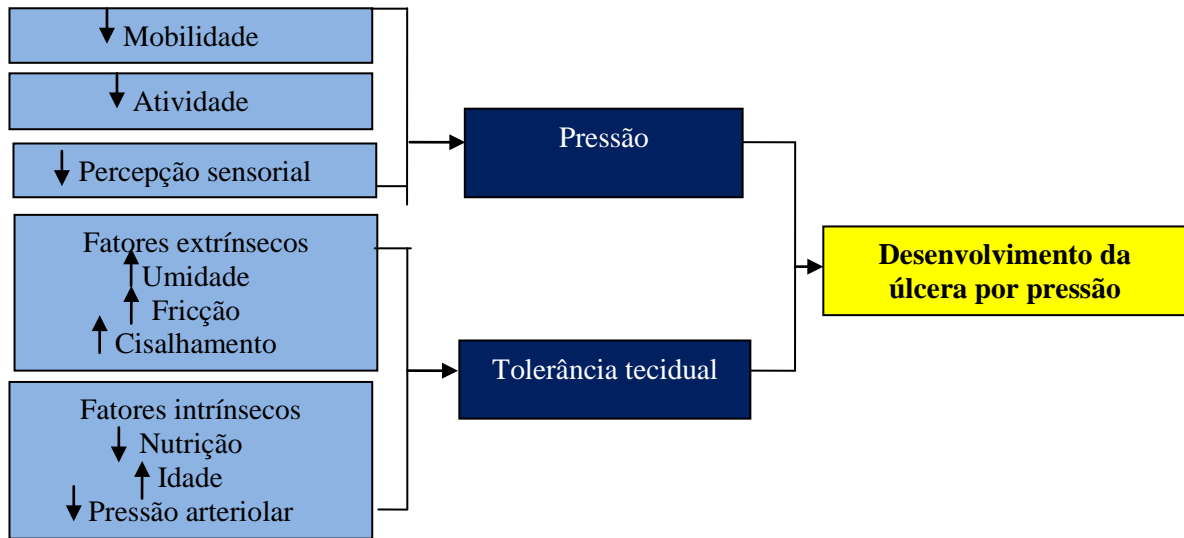
A Escala de Norton foi pioneira na quantificação de riscos, com cinco fatores classificados por escores: condição física, condição mental, nível de atividade, mobilidade no leito e incontinência. O somatório desses escores pode variar de cinco a 20, sendo o menor valor indicativo de maior risco. Valores abaixo de 14 indicam risco para UP, com indicação de implementação de protocolo de prevenção. Essa escala possui níveis de sensibilidade de 73% a 92%, e especificidade de 61% a 94% (LYDER, 2003).

Em 1973, Gosnell adaptou a Escala de Norton, acrescentando o estado de deleição física. A escala consiste em cinco parâmetros: estado mental, continência, mobilidade, atividade e nutrição. Foram adicionadas outras variáveis, como a temperatura do corpo, pressão sanguínea, tonicidade e sensibilidade da pele, medicação e diagnóstico médico. Os escores variam de cinco a 20, com escore de 16 representando risco de ulceração (GOSNELL, 1973).

A Escala de Waterlow é a mais utilizada no Reino Unido. Ela se baseia na escala de Norton e atende à demanda de pacientes em situação aguda, pontuando o uso de algumas medicações que interferem na integridade da pele. Somam-se escores diferentes de acordo com a faixa etária do indivíduo, e o grau de risco se divide em “correndo risco”, “alto risco” e “risco muito alto”. Apontam-se como níveis de sensibilidade e especificidade 87% e 76%, respectivamente (ROCHA; BARROS, 2007; LENZ; CRUZ, 2009).

Em 1987, foi publicado por Bergstrom e Braden um esquema conceitual com fatores de risco que determinam o desenvolvimento da UP e a Escala de Braden, desenvolvida com base na fisiopatologia da UP utilizando dois determinantes considerados críticos: intensidade e duração da pressão e tolerância tecidual, conforme a Figura 2 (BERGSTROM et al., 1987; DOMANSKY; BORGES, 2012).

Figura 2 - Esquema conceitual. Porto Alegre/RS, 2014.



Fonte: adaptado de BRADEN & BERGSTROM, 1987; DOMANSKY; BORGES, 2012.

A Escala de Braden é um instrumento preditor de risco de UP em adultos muito usado nas instituições de saúde brasileiras. Com ela, os enfermeiros avaliam seis fatores específicos que contribuem para o risco de UP: nível sensório-perceptivo, exposição da pele à umidade, nível de atividade, nível de mobilidade, avaliação nutricional e exposição à fricção e cisalhamento. Esses fatores de risco são apresentados como subescalas (SOUZA; SANTOS; SILVA, 2006; FERNANDES; TORRES, 2008; MAGNAN; MAKLEBUST, 2009; LUCENA et al., 2011; ROGENSKI; KURCGANT, 2012b).

As subescalas de percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade e nutrição utilizam uma escala de 4 pontos, e a subescala fricção e cisalhamento usa uma escala de 3 pontos. Os escores mais baixos de cada subescala indicam um nível maior de risco para UP associado àquele fator. A soma dos escores das subescalas de Braden produz um escore total que pode oscilar entre 6 a 23, sendo que, quanto menor o escore, maior é o risco de o paciente desenvolver UP. A classificação do risco é definida pelos pontos de corte, que são: ≤ 9 risco muito alto, entre 10 e 12 risco alto, entre 13 e 14 risco moderado, entre 15 e 18 risco brando e acima deste valor, sem risco (SOUZA; SANTOS; SILVA, 2006; FERNANDES; CALIRI, 2008; MAGNAN; MAKLEBUST, 2009; LUCENA et al., 2011; MENEGON et al., 2012; ROGENSKI; KURCGANT, 2012b).

No Brasil, a Escala de Braden foi traduzida e validada atingindo 94% de sensibilidade, 89% de especificidade e 88% e 94%, respectivamente, para validade preditiva dos testes positivo e negativo (PARANHOS; SANTOS, 1999). Esses dados justificam a opção por

utilizar essa escala para avaliação de risco de UP em hospitais brasileiros (ROGENSKI; KURCGANT, 2012b).

Na avaliação de risco de UP em crianças com idade entre um a cinco anos, utiliza-se frequentemente a Escala de Braden Q. Nessa população, quanto mais imatura for a criança e quanto mais crítico for seu estado de saúde, menos tolerante serão sua pele e estruturas de suporte à pressão, o que aumenta o risco de desenvolver UP. A Escala de Braden Q apresenta sete subescalas de risco para a lesão: nível sensorio-perceptivo, exposição da pele à umidade, nível de atividade, nível de mobilidade, avaliação nutricional, exposição à fricção e cisalhamento, perfusão tecidual e oxigenação (SILVA et al., 2011). Cada subescala é pontuada de 1 a 4, sendo a variação de pontuação total da escala de 7 a 28 pontos. Assim, quanto menor o escore total produzido pela soma dos escores das subescalas, maior o risco de UP. Essa escala foi traduzida e validada por enfermeiras brasileiras que obtiveram valores de consistência interna de 93,6%, correlação intraclassa de 99,5%, apontando uma excelente reprodutibilidade, e valores de correlação de Pearson intraobservador $r=0,9949$ (MAIA et al., 2011).

Considera-se que, além de auxiliar na avaliação do paciente, as escalas de Braden e de Braden Q também subsidiam o enfermeiro em seu processo de raciocínio diagnóstico pois, por meio delas, é possível mensurar objetivamente os fatores de risco para UP e, assim, realizar um diagnóstico acurado com posterior planejamento de intervenções de enfermagem preventivas e de tratamento adequados (SOUZA; SANTOS; SILVA, 2006; LUCENA et al., 2011).

Conforme descrito no *Prevention and Treatment of Pressure Ulcer: Clinical Practice Guideline*, o planejamento das intervenções de enfermagem a serem implementadas na prática clínica são (EUROPEAN...; NATIONAL..., 2009):

- **Controle da umidade** - manter a pele seca e hidratada com cremes à base de ácidos graxos essenciais ou ureia, quando a pele for seca demais; medidas para tratar a incontinência urinária e fecal, utilizando dispositivos coletores ou protetor cutâneo para proteger a pele contra secreção, exsudato e efluentes; higienizar a pele após cada evacuação, entre outros;

- **Otimização da nutrição e hidratação** - estimular, oferecer e auxiliar o paciente durante as refeições principais, lanches e ingestão hídrica; administrar suplementos alimentares por via oral ou através de catéter nasogástrico nos intervalos das refeições regulares, no caso do paciente ser desnutrido ou apresentar suporte nutricional deficiente;

- **Minimização da pressão** - realizar mudança de posição do paciente no leito de duas em duas horas; utilizar dispositivos auxiliares para reposicionamento e transferência do paciente, evitando que o paciente seja arrastado durante a mudança de decúbito ou na transferência e, assim, reduzir a fricção e o cisalhamento; observar áreas vulneráveis da pele como proeminências ósseas; elevar a cabeceira do paciente quando estiver em decúbito dorsal e durante o posicionamento lateral até 30 graus para diminuir o risco do paciente deslizar e causar forças de cisalhamento; restringir o tempo que o paciente permanece confinado à cadeira sem alívio de pressão.

- **Oferecer superfícies de suporte** - usar colchão de poliuretano (piramidal) ou de espuma viscoelástica ou de fluxo de ar, que possibilitam a redistribuição da pressão e favorecem o fluxo sanguíneo e linfático periférico do paciente; proteger as proeminências ósseas como calcâneos, cotovelos; utilizar travesseiros debaixo das pernas para elevar os calcâneos e deixá-los flutuantes, e não utilizar colchões ou almofadas em forma de anel preenchida de ar ou água, pois se sabe que não diminuem a pressão e provocam maceração na pele.

Essas intervenções pressupõem, inicialmente, uma avaliação de fatores de risco, de modo a direcionar o tratamento preventivo conforme os fatores individuais apresentados pelo paciente (MEDEIROS et al., 2009; MAGNAN; MAKLEBUST, 2009; EUROPEAN...; NATIONAL..., 2009; BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010; BULECHEK et al., 2013).

Outras fontes da literatura também apontam intervenções de enfermagem para os pacientes em risco de UP, como as propostas pela NIC, que foram validadas por enfermeiros especialistas de dois hospitais do Sul e Sudeste do Brasil (BAVARESCO; LUCENA, 2012). Pelo estudo, nove intervenções NIC foram validadas como prioritárias: Prevenção de úlcera por pressão; Controle da pressão; Supervisão da pele; Banho; Cuidado da pele: tratamentos tópicos; Cuidados na incontinência urinária; Monitorização dos sinais vitais; Posicionamento e Terapia nutricional (BAVARESCO; LUCENA, 2012).

É importante salientar que a prevenção da UP não se esgota com a implementação das intervenções de enfermagem, pois o enfermeiro deve estar atento à reavaliação do estado da pele e tecidos do paciente, realizando diariamente um julgamento clínico, a fim de evitar o desenvolvimento desse agravo. Estudos mostram que os estágios das UPs I e II podem, muitas vezes, passar despercebidos, e disso decorre a necessidade de atentar para a avaliação e reavaliação diária, preferencialmente com o uso de instrumentos como as escalas preditivas de risco para UP e/ou os resultados propostos pela NOC (BARRETO, 2013).

3.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O PE é um método, dinâmico e multifacetado, que visa à organização e sistematização da assistência com base no raciocínio e no pensamento crítico (ALMEIDA et al., 2008; ALMEIDA et al., 2011; SILVA; LUCENA, 2011). Sua aplicação proporciona o gerenciamento das informações coletadas e a tomada de decisões pelo enfermeiro por meio de ações e intervenções de enfermagem em busca de resultados favoráveis. Atualmente, o PE possui cinco etapas; dentre elas, o DE, que engloba a análise e a síntese dos dados coletados e pode ser descrito pelo uso de um sistema de classificação que define termos padronizados referentes a fenômenos da prática clínica, dependendo da situação, contexto e ambiente de cuidado do paciente (ALMEIDA et al., 2011).

As classificações de enfermagem, além de permitirem um registro qualificado da prática, favorecem o desenvolvimento de sistemas eletrônicos de informação. Elas também proporcionam uma linguagem padronizada, a fim de que os profissionais de enfermagem comuniquem-se entre si, com a população e com outros profissionais da saúde, facilitando o ensino na tomada de decisões clínicas (LINCH, 2011). No entanto, essa linguagem pode sofrer influência dos diferentes contextos sociais, políticos, econômicos e culturais, incluindo peculiaridades de cada cenário de saúde, o que indica a constante necessidade de refinamento (CROSSETTI et al., 2011).

Assim, os termos diagnósticos que começaram a ser desenvolvidos na década de 1970 pela NANDA, denominada NANDA-I em 2002, têm sido atualizados e refinados a partir de estudos de evidências. Essa classificação foi organizada considerando as relações naturais presumidas entre tipos e subtipos e evoluiu de uma lista em ordem alfabética para um sistema de classificação. Atualmente, está estruturada sob forma multiaxial com sete eixos, 13 domínios, 47 classes e 217 DEs (HERDMAN, 2012; NANDA-I, 2013).

O DE está definido pela NANDA-I (2013, p. 588), como:

Um julgamento clínico sobre as respostas/experiências de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. [...] constitui a base para a escolha de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados que o enfermeiro tem responsabilidade.

A NANDA-I realiza eventos bienais, nos quais se reúnem enfermeiros de diferentes partes do mundo para discutir sobre o tema e divulgar as alterações da taxonomia, com as novas inclusões, revisões e/ou exclusões de DEs (ALMEIDA et al., 2011). As últimas versões

da NANDA-I contemplam DEs desenvolvidos a partir de estudos relacionados com a prática clínica de enfermeiros brasileiros, o que representa a crescente iniciativa e busca do aprimoramento de grupos de pesquisa de enfermagem (MELO; CARVALHO; HAAS, 2008; ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2008; BARTH, 2008; JUCHEM; ALMEIDA; LUCENA, 2010). Além disso, ressalta-se que na edição 2012-2014 (HERDMAN, 2012; NANDA-I, 2013) foram acrescentados 16 novos DEs à taxonomia e 11 foram revisados, o que denota o crescimento do conhecimento da prática de enfermagem em todo o mundo e no Brasil, que colaborou com o desenvolvimento de três de novos DEs: Risco para Reação Adversa ao Contraste Iodado (JUCHEM; ALMEIDA; LUCENA, 2010; HERDMAN, 2012; NANDA-I, 2013), Risco de Perfusão Tissular Ineficaz Periférica (SILVA et al., 2006; HERDMAN, 2012; NANDA-I, 2013) e Leite materno insuficiente (VALE et al., 2009; HERDMAN, 2012; NANDA-I, 2013).

Durante as últimas quatro décadas, os métodos de pesquisa se sofisticaram, e o Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos – *Diagnosis Development Committee* (DDC) – da NANDA-I tornou-se responsável pelo refinamento dos DEs existentes e pela análise sistemática dos novos DEs propostos à organização. Assim, as propostas de refinamento ou de novos DEs passam por diversos estágios de apreciação antes de serem aprovadas e instituídas na classificação; são as evidências obtidas pelas pesquisas que oferecem suporte para a aprovação e validação. Por isso, alguns tipos de estudo têm sido necessários e utilizados: as análises de conceitos, as validações de conteúdos e consensuais e as pesquisas sobre acurácia dos DEs, bem como as de elaboração de novos DEs e validação dos mesmos na prática clínica (HERDMAN, 2012; NANDA-I, 2013; LAMONT, 2006; SILVA et al., 2006; MELO; CARVALHO; PELÁ, 2007; GUIRAO-GORIS; DUARTE-CLIMENTS, 2007; ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2008; CHAVES; BARROS; MARINI, 2010; CHAVES; CARVALHO; HASS, 2010; JUCHEM; ALMEIDA; LUCENA, 2010; PREDEBON et al., 2012; PAGANIN; SILVA, 2012; MARTINS et al., 2012).

A NANDA-I realiza eventos bienais, nos quais se reúnem enfermeiros de diferentes partes do mundo para discutir sobre o tema e divulgar as alterações da taxonomia, com as novas inclusões, revisões e/ou exclusões de DEs (ALMEIDA et al., 2011). As últimas versões da NANDA-I contemplam DEs desenvolvidos a partir de estudos relacionados com a prática clínica de enfermeiros brasileiros, o que representa a crescente iniciativa e busca do aprimoramento de grupos de pesquisa de enfermagem (MELO; CARVALHO; HAAS, 2008; ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2008; BARTH, 2008; JUCHEM; ALMEIDA; LUCENA, 2010). Além disso, ressalta-se que na edição 2012-2014 (HERDMAN, 2012; NANDA-I,

2013) foram acrescentados 16 novos DEs à taxonomia e 11 foram revisados, o que denota o crescimento do conhecimento da prática de enfermagem em todo o mundo e no Brasil, que colaborou com o desenvolvimento de três de novos DEs: Risco para Reação Adversa ao Contraste Iodado (JUCHEM; ALMEIDA; LUCENA, 2010b; HERDMAN, 2012; NANDA-I, 2013), Risco de Perfusão Tissular Ineficaz Periférica (SILVA et al., 2006; HERDMAN, 2012; NANDA-I, 2013) e Leite materno insuficiente (VALE et al., 2009; HERDMAN, 2012; NANDA-I, 2013).

Os DEs são compostos de título, definição, fatores relacionados e características definidoras ou fatores de risco, dependendo do tipo. Existem quatro tipos de DE: real, risco, promoção da saúde e síndrome (HERDMAN, 2012; NANDA-I, 2013). Integridade da pele prejudicada e Integridade tissular prejudicada são DEs do tipo real e encontram-se no domínio 11 (Segurança/proteção) e na classe 2 (lesão física). O DE Risco da integridade da pele prejudicada, único diagnóstico de risco para lesões cutâneas, é definido como “Epiderme e/ou derme alteradas” e se encontra também no domínio 11 e na classe 2.

Conforme já exposto, a classificação da NANDA-I está em constante aperfeiçoamento. Assim, para que o DDC aceite, inclua e publique um DE na Taxonomia II, é essencial levar em consideração os sete eixos:

- 1- **Foco do diagnóstico:** elemento principal e essencial, considerado a raiz do DE, pois descreve a “resposta humana”. Pode ser um ou mais substantivos.
- 2- **Sujeito do diagnóstico:** para quem é determinado o DE. Pode ser para o indivíduo, família, grupo ou comunidade.
- 3- **Julgamento:** descritor modificador que limita ou especifica o sentido do foco do DE.
- 4- **Localização:** partes/regiões do corpo e/ou as funções relacionadas (todos os tecidos, órgãos, locais ou estruturas anatômicas).
- 5- **Idade:** idade do sujeito do DE.
- 6- **Tempo:** duração do foco do DE, encontrado no conceito do mesmo.
- 7- **Situação do diagnóstico:** refere-se à realidade ou à potencialidade do DE quanto à sua categorização de tipos: real, risco, promoção da saúde e síndrome.

Assim, na fase final do desenvolvimento de um novo DE é necessário que ele possua, no mínimo, um enunciado, uma definição, características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco, embasados em bibliografia sobre a temática. É essencial, ainda, apontar

exemplos de intervenções e resultados apropriados, levando em consideração os descritos pela NIC e NOC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010; BULECHEK et al., 2013; MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2010; MOORHEAD et al., 2013).

3.3 ESTUDOS DE VALIDAÇÃO

Os estudos de validação são necessários para mensurar a acurácia dos fenômenos observados na prática clínica de enfermagem. Para tanto, os métodos a serem utilizados têm sido discutidos desde os anos 70 e até hoje se buscam alternativas para melhor desenvolvê-los (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Validar um DE significa comprová-lo mediante a identificação de sinais e sintomas em uma determinada situação clínica potencial e/ou real, por meio do processo de raciocínio clínico e julgamento preciso. Sabe-se que é a partir do julgamento das necessidades do indivíduo/família/comunidade que o enfermeiro desencadeia, no seu processo de pensamento, as possíveis providências de resolução dos problemas identificados (LUNNEY, 2008; LUNNEY, 2009). Estudos de validação de DEs são fundamentais para legitimar a sua utilização na prática clínica. Para isso, é necessário buscar evidências que auxiliem na redução da probabilidade de erros no processo diagnóstico e na tomada de decisão quanto às melhores práticas a serem implementadas na assistência, de acordo com os diferentes contextos do cuidado (CROSSETTI et al., 2011; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Além de se verificar a fidedignidade do DE na prática, também se deve levar em consideração a validade do DE em relação ao grau de concordância dos componentes que o estruturam: título, características definidoras (sinais e sintomas), fatores relacionados (etiologia/causa) e fatores de risco. Para tanto, procura-se, atualmente, não somente desenvolver novos DEs, como também refinar os já existentes, visando a uma melhor acurácia.

A NANDA-I está em constante aprimoramento e refinamento dos seus termos diagnósticos e uma das maneiras de fazê-lo são os estudos de validação, considerando-se que o requisito mínimo para um DE estar nessa classificação é a argumentação teórica consistente, com base na literatura e na descrição de casos clínicos reais (HERDMAN, 2012; NANDA-I, 2013). Isso significa que os diagnósticos aprovados para a classificação devem ser refinados, ou seja, validados, de forma a assegurar uma aplicação prática precisa (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Há diferentes métodos para validação de DEs, sendo os mais comuns a análise de conceito (WALK; AVANT, 1988; HOSKINS, 1989), a validação de conteúdo (FEHRING, 1986; WALK; AVANT, 1988; HOSKINS, 1989) a validação de diagnóstico diferencial (FEHRING 1986; FEHRING, 1987) e a validação clínica (GORDON; SWEENEY, 1979; FEHRING 1986; HOSKINS, 1989).

O modelo mais prevalente na literatura para estudos de validação de conteúdo é o de Fehring (1986, 1987, 1994), que se baseia na avaliação de especialistas, *experts* ou peritos, sendo muito utilizado em pesquisas brasileiras (ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2009; CHAVES; CARVALHO; HASS, 2009; CHAVES; BARROS, 2010; MELLO et al., 2011). Serve de exemplo o estudo que desenvolveu e validou o DE “Risco para trauma vascular” a partir de um instrumento composto por título, definição e 51 fatores relacionados, avaliado por 60 enfermeiros *experts*. A validação do conteúdo do título e definição apontou 100% de concordância entre os especialistas, sendo que 28 fatores relacionados foram considerados prioritários ao DE. Por fim, o escore total de 0,77 foi considerado satisfatório para esse tipo de validação (ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2009).

Outro estudo que também utilizou o método de Fehring validou o conteúdo do DE “Memória prejudicada” e propôs a inclusão do fator relacionado “envelhecimento”. A validação foi realizada por 18 enfermeiros *experts* de diferentes regiões do Brasil, os quais avaliaram como “pertinentes” o título e definição do DE, e “adequada” a proposta desse novo fator relacionado “envelhecimento” (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008). De maneira semelhante, outra pesquisa brasileira validou as características definidoras do DE “Proteção ineficaz”, estabelecido para pacientes em tratamento hemodialítico, considerando a opinião de 63 enfermeiros *experts*. Das 18 características definidoras avaliadas, cinco foram consideradas principais e muito relacionadas com a realidade do paciente com doença renal crônica (CAPELLARI; ALMEIDA, 2008).

Alguns pesquisadores (ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2009), após a finalização dos seus estudos, submeteram suas propostas à apreciação do DDC e receberam resultado favorável para inclusão na taxonomia da NANDA-I, tendo implicações na prática clínica de enfermagem e contribuindo com a padronização da linguagem.

Mais recentemente, pesquisadores brasileiros têm proposto um novo método para validação de diagnósticos de enfermagem que mantém a estrutura de validação apresentada pelos métodos tradicionais, como a análise de conceito, validação por especialista e validação clínica, todavia com algumas etapas diferenciadas (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). Esse novo método leva em consideração que os testes de validação de conteúdo geram um baixo

nível de evidência e deixam dúvidas e discussões quanto a três aspectos a determinação do número de especialistas, os critérios para a seleção dos mesmos e a forma de análise de dados. Assim, uma nova abordagem propõe responder, com base científica, a esses três aspectos citados, utilizando testes estatísticos a fim de aumentar a validade e a evidência clínica dos componentes do DE e estimando o tamanho amostral por meio de fórmulas matemáticas para determinar o número de especialistas. Para analisar os dados, propõe o teste binomial, em que a escala *Likert* de cinco pontos é recodificada de forma dicotômica e calcula testes de proporção para verificar a fidedignidade dos dados (SILVA; LOPES; ARAÚJO, 2007; MELO et al., 2011; LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013).

Outro método avançado, proposto por Messick (1995), descreve a metodologia Rasch como alternativa de validação de DE, com a vantagem de validar diagnósticos dimensionais, isto é, os DEs que podem ser “medidos”, de preferência, por uma escala de intervalo. Esse método se fundamenta no conceito geral de validação de construto utilizando a análise de Rasch (VARGAS, 2013).

Portanto, os métodos de validação também têm sido estudados, tanto os referentes à validação diagnóstica, quanto os de intervenções e resultados de enfermagem, com vistas a qualificar a fidedignidade e a tradução real dos dados da literatura na prática aplicada e vivenciada pela enfermagem domiciliar e em instituições de saúde.

4 MÉTODO

Neste capítulo, descreve-se o método empregado na pesquisa.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa trata-se de um estudo de desenvolvimento e validação de conteúdo do DE Risco de úlcera por pressão, com participação de profissionais especialistas de diferentes instituições de saúde brasileiras, realizado em duas etapas: a primeira constou de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), a qual serviu de base para a elaboração do título, definição e fatores de risco do novo DE. A segunda etapa validou o conteúdo dos componentes do DE proposto – título, definição e fatores de risco – a partir da opinião de especialistas.

4.1.1 Primeira etapa: Revisão Integrativa da Literatura

A RIL é um método amplo de revisão que agrupa os resultados obtidos em pesquisas experimentais e não experimentais, bem como a literatura teórica e empírica sobre um mesmo assunto, com o objetivo de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico. No presente estudo, a RIL foi realizada sobre os temas “Úlcera por pressão e seus fatores de risco”, “Prevenção de UP” e “Diagnóstico de enfermagem e seus elementos (título, definição, fatores de risco)”. Os resultados da revisão embasaram a elaboração da definição do título e dos fatores de risco componentes do DE Risco de úlcera por pressão (HERDMAN, 2012; NANDA-I, 2013).

O método da RIL é composto pelas seguintes etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise, interpretação e apresentação da síntese dos resultados (COOPER, 1982).

4.1.1.1 Formulação do problema

A formulação do problema é a etapa que permite o aprofundamento teórico sobre o tema. Nela, serão definidos os aspectos mais relevantes a serem considerados no estudo, delimitando-se o problema (COOPER, 1982). Para este estudo, a delimitação do problema se

desenvolveu a partir da questão norteadora: “Quais são os fatores de risco para o desenvolvimento da UP e qual a sua definição?”.

4.1.1.2 Coleta de dados

Nesta etapa, foram definidos critérios para a busca de artigos que fizeram parte da RIL, considerando-se os aspectos relacionados com a pesquisa e com a possibilidade de acesso pelo pesquisador (COOPER, 1982). Foram pesquisados artigos em português, inglês e espanhol, publicados de 2002 a 2012, nas bases de dados eletrônicas *LILACS/SCIELO*, *MEDLINE/PubMed Central* e *Web of Science*.

Para a busca efetiva dos artigos foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) *Pressure ulcer*, *Risk factors*, *Nursing diagnosis*, e palavra chave *Prevention & Control*. Além disso, foi utilizado o operador booleano *AND* para refinar a busca dos estudos por meio da união de descritores (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

Assim, na base de dados *LILACS/SCIELO*, utilizando-se os descritores *Pressure ulcer* and *nursing diagnosis* se encontrou um total de três artigos; com *Pressure ulcer* and *Prevention & Control* um total de 30 artigos e com *Pressure ulcer* and *Risk factors* um total de oito artigos. Na base de dados *MEDLINE/PubMed* utilizando-se os descritores *Pressure ulcer* and *Nursing diagnosis* se encontrou um total de 11 artigos; com *Pressure ulcer* and *Prevention & Control* um total de 166 artigos e com *Pressure ulcer* and *Risk factors* um total de 13 artigos. Na base de dados *Web of Science* utilizando-se os descritores *Pressure ulcer* and *Nursing diagnosis* se encontrou um total de 20 artigos; com *Pressure ulcer* and *Prevention & Control* um total de 70 artigos e com os *Pressure ulcer* and *Risk factors* um total de 118 artigos.

Portanto, nessa busca nas bases de dados foram encontrados um total de 439 artigos, sendo 41 na *LILACS/SCIELO*, 190 na *MEDLINE/PubMed* e 208 na *Web of Science*. A seleção das produções para o estudo compreendeu duas etapas: a primeira, a partir da leitura do título e resumo; a segunda, a partir da leitura dos artigos na íntegra, com o objetivo de refinar as informações para responder à questão norteadora do estudo.

Os critérios de inclusão dos artigos no estudo foram os de estarem em acordo com temática do estudo, de forma a atender os objetivos do mesmo e estarem disponíveis *on-line* de forma completa nas bases de dados selecionadas. Em relação aos critérios de exclusão, excluíram-se os artigos que, embora com temática do estudo, não subsidiaram o atendimento dos objetivos do mesmo e os que não estavam disponíveis *on-line* de forma completa nas

bases de dados selecionadas.

4.1.1.3 Avaliação dos dados

Nesta etapa foram avaliadas criticamente as informações dos artigos amostrados, com vistas a responder à questão norteadora da pesquisa (COOPER, 1982). Foram selecionados a partir da leitura dos títulos e resumos 23 artigos da base *Web of Science*, 36 da *MEDLINE/PubMed* e 15 da *LILACS/SCIELO*.

Para o registro das informações foi elaborado um instrumento (APÊNDICE A) que compreendeu os seguintes dados:

- Identificação do artigo: título, país de origem, idioma, autores e titulação, periódico, ano de publicação, volume, número, descritores e fator de impacto ou qualis.
- Objetivo e questão de investigação;
- Metodologia: tipo de estudo, população/amostra, local do estudo e coleta de dados;
- Resultados: definição da UP e fatores de risco;
- Limitações e recomendações do estudo.
- Qualis e/ou fator de impacto da revista

A pesquisadora preencheu um instrumento para cada artigo selecionado, durante e após a leitura criteriosa e na íntegra dos mesmos.

4.1.1.4 Análise e interpretação dos dados

Para a análise dos artigos selecionados e que compuseram a amostra final, elaborou-se um quadro sinóptico geral contemplando as informações extraídas de todos os artigos selecionados relacionadas à questão norteadora (COOPER, 1982), a fim de visualizar e pontuar, de modo objetivo, a convergência ou divergência, bem como a discussão entre os resultados dos estudos analisados. Assim, foram selecionados 21 artigos para compor a amostra, sendo sete artigos da base *Web of Science*, sete da *MEDLINE/PubMed* e sete da *LILACS/SCIELO*. Dentre estes, sete publicados em português, 13 em inglês e um em espanhol.

4.1.1.5 Apresentação dos resultados

Os resultados oriundos da análise sistemática e interpretação dos artigos do quadro sinóptico foram apresentados sob a forma de figuras e quadros (COOPER, 1982).

4.1.2 Desenvolvimento do novo diagnóstico de enfermagem Risco de úlcera por pressão conforme Protocolo para Submissão de Diagnósticos da NANDA-I

Após a análise dos dados encontrados na RIL desenvolveu-se o DE Risco de úlcera por pressão, conforme proposto pelo Protocolo para Submissão de Diagnósticos da NANDA-I. Assim, levaram-se em consideração os sete eixos na NANDA-I: 1) foco do diagnóstico; 2) sujeito do diagnóstico; 3) julgamento; 4) localização; 5) idade; 6) tempo; 7) situação do diagnóstico. Foram elaborados um título e uma definição e se listaram os fatores de risco, embasados na bibliografia sobre a temática. Também foi necessário apontar exemplos de intervenções e resultados apropriados ao DE, conforme descrito pela NIC e NOC (BULECHEK et al., 2013; MOORHEAD et al., 2013).

As etapas para submissão ao DDC da NANDA-I (2013) foram as seguintes:

- 1 – Revisão crítica da edição atual do livro “Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação” e de todos os diagnósticos potencialmente relacionados nessa referência. Consulta às Diretrizes de Envio de Diagnósticos da NANDA-I e às orientações apontadas no *web site* da NANDA-I;
- 2 – Contato com o (a) Presidente do DDC em busca de instruções mais específicas, diretrizes relativas a formato, critérios para designação do nível de evidências e protocolo para envio. Esse contato com o DDC foi feito em 2010 e recebemos aceite para a elaboração do novo DE (ANEXO A);
- 3 – Revisão crítica do glossário da edição atual do livro “Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação”;
- 4 – Decisão quanto ao tipo de diagnóstico a ser desenvolvido;
- 5 – Estabelecimento de um enunciado para o DE;
- 6 – Definição do DE;
- 7 – Identificação dos fatores de risco (diagnóstico de risco);

- 8 – Descrição da bibliografia consultada no formato *American Psychological Association*;
- 9 – Descrição de exemplos de resultados da NOC e intervenções da NIC apropriados ao DE proposto;
- 10 – Envio dos dados por meio eletrônico para análise do DDC.

Por fim, um revisor do DDC enviou sugestões à pesquisadora e indicou as correções e adequações a serem realizadas (HERDMAN, 2012; NANDA-I, 2013).

4.1.3 Segunda etapa: validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de úlcera por pressão

A segunda etapa da pesquisa, após o desenvolvimento do novo DE Risco de úlcera por pressão, constou da Validação de Conteúdo Diagnóstico (VCD), com base no modelo de Fehring (1987), realizada entre junho e setembro de 2013.

Os estudos de VCD têm por objetivo verificar a fidedignidade e a validade de um DE de acordo com a opinião de especialistas. A fidedignidade se refere ao grau de concordância dos elementos que estruturam o DE, ou seja, título, definição, características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco (FEHRING, 1987; CROSSETTI et al., 2011). No caso do DE Risco de úlcera por pressão, foram validados o título, a definição e os fatores de risco.

4.1.3.1 Local

A etapa da VCD foi realizada com especialistas oriundos de cinco hospitais brasileiros da região Sul e um da região Sudeste do Brasil. Esses profissionais participam ou participaram de grupos de estudo e pesquisa na área do cuidado de enfermagem com a pele e utilizam a Escala de Braden como instrumento preditor de risco para UP nos pacientes hospitalizados.

No hospital A, o grupo foi instituído em 1999 e institucionalizado em 2005. É formado por 18 profissionais da saúde, sendo uma enfermeira como coordenadora, 13 enfermeiras representando os diferentes serviços e especialidades do hospital, três médicos, um farmacêutico e um nutricionista. As atividades desenvolvidas são discussões de casos clínicos, apresentação e uso de produtos tecnológicos para a prevenção e tratamento de feridas, realização de consultoria para o cuidado de pacientes com agravo de pele em diferentes

setores do hospital e revisão de protocolos, como o de Prevenção e Tratamento de UP. Os encontros do grupo são quinzenais, com duração de uma hora e trinta minutos.

No hospital B, o grupo foi instituído em 2005, está subordinado à Coordenadoria de Enfermagem e tem a finalidade de estudar, definir e multiplicar as medidas de prevenção e tratamento das UPs. É composto por uma enfermeira coordenadora, três enfermeiras, uma nutricionista, uma assistente social e um fisioterapeuta. As atividades desenvolvidas incluem discussão sobre avaliação das feridas, medidas preventivas ao desenvolvimento de UP e outras complicações de pele, criação e revisões bianuais para adequações dos *guidelines* do Protocolo Assistencial de Úlcera por Pressão. As reuniões acontecem quinzenalmente, com duração de uma hora.

No hospital C, o grupo foi institucionalizado em 2000 e formado por 15 profissionais da saúde: uma enfermeira como coordenadora, 12 enfermeiros, um médico cirurgião cardiovascular e uma nutricionista. As atividades desenvolvidas pelo grupo compreendem realização de consultorias com avaliação e acompanhamento do paciente com lesão de pele, discussões de artigos científicos e realização de estudos de caso, implantação de rotinas relacionadas ao cuidado cutâneo e prevenção de lesões, elaboração e revisão de protocolos como o de Prevenção de UP e de tratamento de feridas, capacitações sobre tipos de curativos, tratamento de feridas e cuidados com ostomizados. As reuniões são quinzenais e com duração de uma hora e meia.

No hospital D, o grupo foi criado em 2002 e institucionalizado em 2006. É formado pela enfermeira coordenadora, 25 enfermeiros, três nutricionistas e dois médicos. As atividades desenvolvidas pelo grupo compreendem a elaboração e revisão de protocolos como o de Prevenção e Tratamento de Feridas, estudos de incidência e prevalência de UP, organização e coordenação de eventos científicos relacionados à temática da pele e tecidos, capacitação dos profissionais da saúde do hospital e avaliação e acompanhamento de feridas nas diversas unidades assistenciais da instituição. As reuniões acontecem semanalmente, com duração de uma hora.

No Hospital E, o grupo foi instituído em 1997, é formado por 22 participantes: uma enfermeira coordenadora, 15 enfermeiros, dois nutricionistas, uma farmacêutica, uma técnica de enfermagem, um médico cirurgião vascular e um cirurgião geral. As reuniões são abertas a enfermeiros e qualquer profissional da instituição. As atividades que o grupo realiza são: atualização de protocolos e procedimentos operacionais padrão, capacitação de profissionais sobre o tema, organização de eventos externos junto à comunidade e meios acadêmicos, elaboração de políticas de educação dos pacientes, realização de consultorias e gestão de

indicadores, atuação no planejamento estratégico na área de pele, testagem de curativos e padronização dos mesmos na instituição. Os encontros acontecem quinzenalmente; no entanto, dependendo da demanda, podem ocorrer semanalmente, com duração de duas horas.

No hospital F, o grupo foi instituído em 1997. Está subordinado à Diretoria de Enfermagem e é definido por um regimento interno, o qual pressupõe uma enfermeira coordenadora, um vice-coordenador e um secretário. Atualmente, conta com 15 enfermeiros que representam cada área do hospital; alguns deles se responsabilizam pela avaliação das feridas e liberação dos produtos na área da prevenção e tratamento das mesmas. As atividades desenvolvidas pelo grupo incluem a discussão de casos clínicos, novos produtos apresentados pelos laboratórios fabricantes, discussão de problemas administrativos internos, criação e revisão dos protocolos sobre o cuidado à pele. O grupo tem encontros semanais, com duração de uma hora.

4.1.3.2 População e amostra

A população foi composta pelos 67 enfermeiros, componentes dos grupos de pele dos seis hospitais escolhidos, os quais possuem experiência clínica no cuidado à pele e feridas e realizam reuniões de estudo e discussão de casos da prática assistencial de forma sistemática, com produção teórica de protocolos para uso em suas instituições.

Para a composição da amostra, utilizou-se inicialmente como base a descrição de Fehring (1987), que diz que um especialista deve ter aproximação com o objeto de pesquisa e com o DE em estudo, além de ter: 1) uma atividade teórica comprovada por titulação (especialização, mestrado ou doutorado) na área de DEs e/ou com o assunto abordado; 2) experiência na prática clínica na área do assunto da pesquisa que está sendo desenvolvida (FEHRING, 1987).

Entretanto, no Brasil ainda há dificuldades para elencar profissionais com esse perfil de especialistas (CARVALHO et al., 2008; JUCHEM et al., 2010) e, por isso, os pesquisadores têm realizado adaptações nesses critérios (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). No caso específico de cuidado à pele e feridas foi necessário ponderar que ainda existem poucas enfermeiras com título de especialista, mas se observa que a atuação da enfermagem na prática tem sido muito importante, principalmente, na prevenção da UP (FERNANDES; TORRES, 2008; MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009; APOLD; RYDRYCH, 2012).

Assim, os critérios para determinar os enfermeiros especialistas na área investigada foram definidos com base em estudos brasileiros de validação de DEs (ARREGUY-SENA,

CARVALHO 2008; CHAVES, CARVALHO, ROSSI; 2008; CAPELLARI; ALMEIDA, 2008; BAVARESCO; LUCENA, 2012). Considerou-se especialista o enfermeiro com conhecimento teórico e científico atrelado à experiência na prática clínica sobre lesões tissulares e que preenchia os seguintes critérios:

- Participar ou ter participado de grupo de estudo no cuidado com a pele e feridas por, pelo menos, um ano;
- Ter prática clínica no cuidado com a pele, especificamente no cuidado a pacientes em risco de UP por, pelo menos, um ano;
- Utilizar protocolo de prevenção e tratamento para UP, com aplicação da Escala de Braden como instrumento preditor de risco;
- Responder o instrumento no prazo estabelecido de 60 dias, período em que foram enviados quatro e-mails aos especialistas lembrando-os do preenchimento e prazo de entrega do instrumento.

Foram excluídos do estudo os enfermeiros que estiveram ausentes do trabalho no período do envio do instrumento do estudo devido a férias, faltas e/ou licenças. Dessa maneira, de um total de 67 enfermeiros convidados a participar do estudo e que receberam o instrumento de coleta de dados, obteve-se um retorno de 24 questionários respondidos no prazo determinado.

4.1.3.3 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio do programa *SurveyMonkey*, ferramenta de questionário *on-line* e gratuito, que possibilita a criação de enquetes e questionários de pesquisa. Após a finalização do questionário elaborado pela pesquisadora, o programa gerou um *link* automaticamente, enviado por *e-mail* aos participantes para que pudessem acessar e responder o instrumento (APÊNDICE B). As respostas foram armazenadas no banco de dados do programa e visualizadas pela pesquisadora através do seu cadastro de *e-mail*, com *login* e senha.

A primeira parte do instrumento continha dados de caracterização e perfil profissional e acadêmico dos especialistas: sexo, tempo de formação, titulação, área e tempo de atuação na instituição, tempo de experiência no cuidado com a pele e feridas, tempo de participação no

grupo de pele, participação em eventos sobre o tema, apresentação de trabalhos e publicação em anais, artigos, livros e capítulos de livro sobre a temática em estudo.

A segunda parte do instrumento foi destinada à validação do conteúdo do DE Risco de úlcera por pressão, em que os especialistas avaliaram o título e a definição do novo DE. Para isso, eles deveriam assinalar com um “x” na escala *Likert* com cinco pontos: 1- discordo veemente; 2- discordo; 3- não sabe; 4- concordo; 5- concordo veemente.

Para a validação dos fatores de risco componentes do DE, com suas respectivas definições operacionais, foi seguido o mesmo processo de uso de escala *Likert* com cinco pontos, em que: 1- Não indica risco para UP; 2- Indica pouco risco para UP; 3- Indica moderado risco para UP; 4- Indica alto risco para UP; 5- Indica altíssimo risco para UP.

Junto ao instrumento de coleta de dados também foi enviada por meio eletrônico uma Folha Informativa (APÊNDICE C) sobre a forma de preenchimento e o retorno do instrumento ao pesquisador. Nesses casos, foi estabelecido que indicassem aceitação de participação na pesquisa após o retorno do instrumento preenchido.

4.1.3.4 Tratamento e análise dos dados

Após o recebimento dos instrumentos respondidos, os dados foram submetidos à análise estatística descritiva. Analisaram-se as variáveis categóricas relacionadas à caracterização da amostra com auxílio do programa *SurveyMonkey* e as variáveis contínuas (média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil) pelo uso do programa IBM SPSS *Statistics* versão 18.0.

Para análise da validação de conteúdo do DE, com base no modelo de Fehring (1987), foram consideradas as seguintes etapas:

1 - Para análise da adequação do título e da definição do DE, foram consideradas as médias atribuídas pelos especialistas em uma escala *Likert* de variação de 1 a 5 pontos, em que: 1 = 0 (discordo plenamente); 2 = 0,25 (discordo); 3 = 0,50 (não sabe); 4 = 0,75 (concordo); e 5 = 1 (concordo plenamente). Considerou-se adequado o consenso de 70% entre os especialistas.

2- Para análise de cada fator de risco do DE, também foram consideradas as médias atribuídas pelos especialistas em uma escala *Likert* de variação de 1 a 5 pontos, em que: 1 = 0 (não indica risco para UP); 2 = 0,25 (indica pouco risco para UP); 3 = 0,50 (indica moderado risco para UP); 4 = 0,75 (indica alto risco para UP); e 5 = 1 (indica

altíssimo risco para UP).

3 - Após o julgamento dos especialistas sobre cada fator de risco, foi obtida a pontuação total da VCD, em que se calcula a média a partir do somatório dos pesos individuais de cada fator, dividindo pelo número total de fatores de risco que obtiveram média maior que 0,50. O fator de risco que recebeu média maior ou igual a 0,80 foi considerado “muito importante”. Essa pontuação significa que os especialistas concordaram que os fatores de risco apontados são muito indicativos para o diagnóstico que está sendo validado. O fator de risco com média inferior a 0,80, mas acima de 0,50 foi indicado como “importante”, e o fator de risco com média igual ou menor que 0,50 foi descartado, pois não foi considerado importante para este DE na opinião dos especialistas.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

No desenvolvimento da RIL se observou as autenticidades das ideias, conceitos e definições dos autores pesquisados, e as citações e referências foram realizadas de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2011).

Na segunda etapa da pesquisa seguiu-se o que preconiza a Resolução 466/2012, que regulamenta as normas éticas para pesquisas envolvendo seres humanos, de forma a assegurar os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade ao indivíduo e às comunidades. Ela ainda preconiza, entre outros preceitos, o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos alvo, bem como a proteção a grupos vulneráveis e incapazes (BRASIL, 2013). Para tanto, os participantes do estudo receberam *on-line*, juntamente com o instrumento de coleta de dados, uma folha informativa com a descrição dos objetivos do estudo e a forma de coleta de dados, destacando-se a garantia de receberem qualquer informação durante toda a pesquisa, com liberdade de se retirarem do estudo a qualquer momento, garantia de privacidade e confidencialidade das respostas, bem como do uso exclusivo destas para fins científicos (APÊNDICE C). Os participantes preencheram o instrumento por meio do *link* enviado aos seus *e-mails*, e a sua devolução foi adotada como forma de garantir o aceite em participar do estudo.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EEUFRGS) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA (GPPG/HCPA), sob o protocolo 13-0034 (ANEXO B).

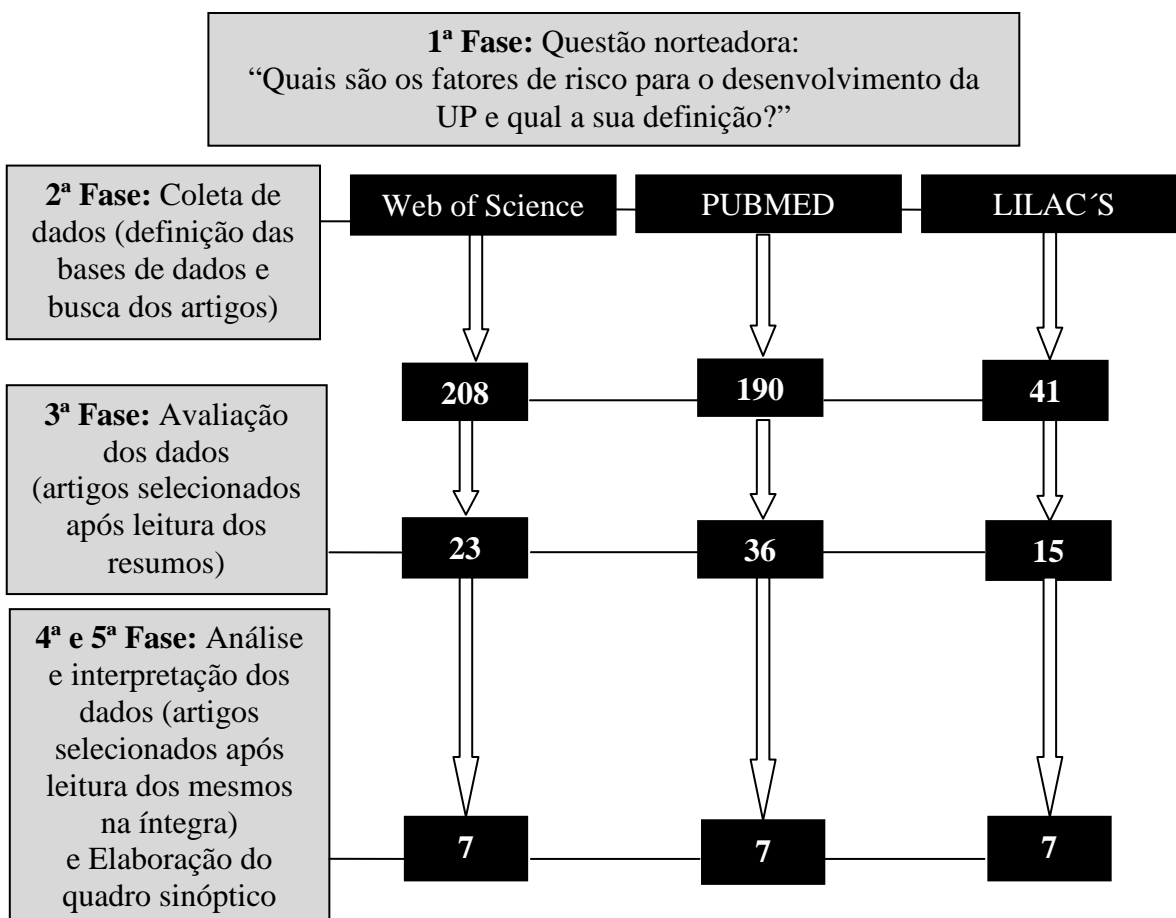
5 RESULTADOS

Os resultados do estudo estão apresentados em duas etapas. A primeira se refere aos resultados da RIL, que embasaram a construção do DE, conforme o indicado pelo Protocolo de Submissão de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I. A segunda etapa apresenta o processo de validação do título, da definição e dos fatores de risco do DE Risco de úlcera por pressão, de acordo com a opinião de enfermeiros especialistas.

5.1 PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Nesta etapa, apresenta-se a análise dos resultados da RIL que subsidiaram a construção do título, definição e dos fatores de risco do DE Risco de úlcera por pressão. A RIL foi realizada conforme logística do fluxograma descrito na Figura 3.

Figura 3 - Fluxograma da RIL. Porto Alegre/RS, 2014.



Fonte: Dados da pesquisa.

A caracterização da amostra dos 21 artigos, em relação ao ano de publicação, origem, tipo de estudo, periódico e seu respectivo Qualis ou Fator de Impacto está no Quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização da distribuição dos artigos científicos amostrados. Porto Alegre/RS, 2014.

Nº	Ano	Origem	Tipo estudo	Periódico	Qualis ou Fator de Impacto
1	2012	Brasil	Transversal	Texto e Contexto	A2
2	2012	Brasil	Coorte prospectivo exploratório	Acta Paul Enferm	A2
3	2012	Estados Unidos	Revisão da Literatura	<i>Critical Care Nurse</i>	A1
4	2012	Estados Unidos	Coorte retrospectivo	<i>American Journal of Critical Care</i>	A1
5	2012	Canadá	Revisão da literatura	<i>Skin Therapy Letter</i>	0.46
6	2012	Índia	Revisão da literatura	<i>Indian Journal of Plastic Sugery</i>	0.26
7	2011	Brasil	Coorte retrospectivo	Rev Gaúcha Enferm	B1
8	2011	Estados Unidos	Descritivo retrospectivo	<i>American Journal of Critical Care</i>	A1
9	2011	Alemanha	Coorte retrospectivo	<i>International Journal of Nursing Studies</i>	A2
10	2011	Alemanha	Coorte retrospectivo	<i>International Journal of Nursing Studies</i>	A2
11	2011	Noruega	Revisão da literatura	<i>Tidsskr Nor Legeforen</i>	-
12	2010	Alemanha	Revisão sistemática da literatura	<i>Deutsches Arzteblatt</i>	0.43

13	2009	Brasil	Transversal	São Paulo Med J.	B1
14	2008	Brasil	Exploratório	Rev Inst Ciênc Saúde	B3
15	2008	Brasil	Artigo de Atualização	Acta Paul Enferm	A2
16	2007	Brasil	Coorte prospectivo	Rev Latino Americana	A1
17	2007	Reino Unido	Coorte prospectivo	<i>International Journal of Nursing Studies</i>	A2
18	2006	Reino Unido	Revisão da literatura	<i>BMJ</i>	A1
19	2006	Estados Unidos	Transversal	<i>J Pediatr Nurs</i>	0.79
20	2005	Chile	Transversal	Revista Chilena de Medicina Intensiva	-
21	2004	Suécia	Prospectivo comparativo	<i>Scandinavian Journal Of Caring Sciences</i>	A2

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os 21 artigos consultados, 12 artigos deles descreveram a definição de UP, conforme quadro sinóptico a seguir (Quadro 3).

Quadro 3 - Artigos que descrevem a definição de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.

DEFINIÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO	Título do artigo	Autores e Ano
Definição: A úlcera por pressão é definida como uma área de dano localizada na pele e tecido subjacente. A UP é causada por um colapso local do tecido mole, como resultado da compressão entre uma proeminência óssea e uma superfície externa.	Pressure ulcers	Grey; Harding(2006)
Definição: A úlcera por pressão é uma área localizada de necrose no tecido ou necrose dos tecidos causada por pressão, tensão e/ou tensão de atrito ao longo de um determinado período de tempo.	Pressure ulcers-prophylaxis and treatment	Knudsen; Tonseth (2011)
Definição: A úlcera por pressão é definida como uma área de necrose de tecido macio localizado com isquemia, provocada por pressão prolongada mais elevada que a pressão capilar, relacionada com a postura que ocorre geralmente sobre uma proeminência óssea.	Pressure ulcers: back to the basics	Agrawal; Chauhan (2012)
Definição: A úlcera de decúbito é uma ferida que se	Decubitus ulcers:	Anders;

desenvolve nas camadas superiores da pele como resultado de uma pressão sustentada externamente aplicada e, em seguida, aumenta sua profundidade para as camadas mais profundas do tecido.	pathophysiology and primary prevention	Heinemann; Leffmann; Leutenegger; Pröfener; Renteln-Kruse (2010)
Definição: A úlcera por pressão é definida como qualquer área da pele ou tecido subjacente que tenha sido danificado por forças de pressão ou pressão em combinação com cisalhamento, que ocorre quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e/ou superfície externa de uma compressão de tempo prolongado.	Patient-specific and surgical characteristics in the development of pressure ulcers	Tschannen; Bates; Talsma; Ying Guo (2012)
Definição: A úlcera por pressão é uma área de lesão localizada na pele e no tecido subjacente causada por pressão, cisalhamento, fricção, e/ou em combinação destas forças.	Relation between pressure, friction and pressure ulcer categories: a secondary data analysis of hospital patients using CHAID methods	Lahmann; Kottner (2011)
Definição: A úlcera por pressão é uma área de danos localizados na pele e do tecido subjacente causada por pressão, cisalhamento, fricção e/ou uma combinação dos mesmos.	Skin alterations of intact skin and risk factors associated with pressure ulcer development in surgical patients: a cohort study	Nixon; Cranny; Bond (2007)
Definição: A úlcera por pressão é uma área de morte celular, localizada na pele e tecidos subjacentes, causada por pressão, cisalhamento, fricção e/ou a combinação desses.	Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos Institucionalizados	Souza; Santos (2007)
Definição: A úlcera por pressão é definida como áreas de necrose tissular, as quais tendem a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por longo período de tempo.	Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco	Freitas; Medeiros; Guedes; Almeida; Galiza; Nogueira (2011)
Definição: A úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele causada pela interrupção sanguínea em uma determinada área, que ocorre devido à pressão aumentada por um tempo prolongado.	A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado	Alves; Belaz; Rodrigues; Ribeiro; Kato; Medina (2008)
Definição: A úlcera por pressão é uma lesão na pele	Análise das	Menegon;

e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, em consequência da pressão, ou pressão em combinação com cisalhamento e/ou fricção.	subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão	Bercini; Santos; Lucena; Pereira; Scain (2012)
Definição: úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente geralmente sobre uma proeminência óssea como resultado da pressão, ou em combinação com pressão e cisalhamento.	Prevention and treatment of pressure ulcers	Sibbald; Goodman; Norton; Krasner; Ayello (2012)

Fonte: Dados da pesquisa.

Todos os 21 artigos selecionados na RIL descreveram os fatores de risco de UP, apresentados no segundo quadro sinóptico (Quadro 4).

Quadro 4 - Artigos que descrevem os fatores de risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.

FATORES DE RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO	Título do artigo	Autores e Ano
Fatores de risco: imobilidade, fricção/cisalhamento são os principais. Outros: idade, tempo de internação, administração de norepinefrina e doenças cardiovasculares.	Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients	Cox(2013)
Fatores de risco: desnutrição, pressão, fricção e imobilidade.	Weight and pressure ulcer occurrence: A secondary data analysis	Kottner; Gefen; Lahmann (2011)
Fatores de risco: escore baixo na Escala de Braden, diminuição do sensório, umidade – incontinência fecal e urinária, anemia, longo tempo de internação, pele desidratada, doenças crônicas, idade avançada.	Risk profile characteristics associated with outcomes of hospital-acquired pressure ulcers: a retrospective review	Alderden; Whitney; Taylor; Zaratkiewicz (2013)
Fatores de risco: Imobilidade, pressão cisalhamento e temperatura do ambiente elevada. Tempo de hospitalização elevado, idade, peso e tratamento cirúrgico.	Immobility – a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study	Lindgren; Unosson; Fredrikson; Ek (2004)
Fatores de risco: doenças críticas e crônicas, idade avançada, desnutrição e anemia.	Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão	Serpa; Santos (2006)
Fatores de risco: alta intensidade e duração da pressão, imobilidade, déficit sensorial, fatores	Avaliação da concordância na	Rogenski; Kurcgant

nutricionais, idade avançada, umidade, fricção e cisalhamento.	aplicação da Escala de Braden	(2011)
Fatores de risco: pressão, cisalhamento, fricção, medicamentos que afetam a mobilidade e consciência, umidade, doenças agudas, cardíacas, alterações vasomotoras, vasoconstrição, dor, hipotensão, hipertermia, nível de consciência diminuído, hipoalbumemia, baixo nível de hemoglobina, desnutrição, obesidade, desidratação, tabagismo.	Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud	Barrientos; Urbina; Ourcilleón; Pérez (2005)
Fatores de risco: idade avançada, déficits nutricionais, imobilidade, fricção, diabetes, excessiva umidade, longo tempo de hospitalização.	Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo	Chacon; Blanes; Hochman; Ferreira (2009)
Fatores de risco: Prematuridade, Imobilidade, desnutrição.	Skin integrity in hospitalized infants and children: a prevalence survey	Noonan C, Quigley S, Curley MA (2006)
Fatores de risco: forças de pressão, cisalhamento e fricção; idade avançada associada a problemas de saúde, como fraturas de quadril, incontinência fecal e urinária, tabagismo, pele seca, condições crônicas sistêmicas e doença terminal; imobilidade; déficits sensoriais; desnutrição; uso de sedativos, analgésicos e anti-hipertensivos e hipoalbumemia.	Pressure ulcers	Grey; Harding(2006)
Fatores de risco: Forças de pressão, cisalhamento e fricção; umidade, infecção bacteriana, neuropatias, desnutrição.	Pressure ulcers-prophylaxis and treatment	Knudsen; Tonseth (2011)
Fatores de risco: Forças de pressão, cisalhamento e fricção, umidade, posição do paciente, imobilidade, fatores neurológicos, fatores metabólicos e nutricionais, edema.	Pressure ulcers: back to the basics	Agrawal; Chauhan (2012)
Fatores de risco: Forças de pressão, cisalhamento e fricção, imobilidade, umidade, intolerância variável do tecido à isquemia, doença arterial oclusiva periférica, deficiência de consciência e percepção, problemas nutricionais, outras comorbidades crônicas do indivíduo.	Decubitus ulcers: pathophysiology and primary prevention	Anders; Heinemann; Leffmann; Leutenegger; Profener; Renteln-Kruse (2010)
Fatores de risco: Idade avançada, pacientes com grande número de cirurgias e com maior tempo em sala de recuperação, doenças crônicas como diabetes, IMC baixo, uso de vasopressores.	Patient-specific and surgical characteristics in the development of pressure ulcers	Tschannen; Bates; Talsma; Ying Guo (2012)
Fatores de risco: pressão, cisalhamento, fricção, imobilidade.	Relation between pressure, friction and pressure ulcer categories: a secondary data	Lahmann; Kottner (2011)

	analysis of hospital patients using CHAID methods	
Fatores de risco: imobilidade, nutrição, fatores que podem afetar a perfusão tissular, condição da pele e idade.	Skin alterations of intact skin and risk factors associated with pressure ulcer development in surgical patients: a cohort study	Nixon; Cranny; Bond (2007)
Fatores de risco: fricção, cisalhamento, umidade, perda da sensibilidade, diminuição da força muscular ou imobilidade, incontinência, hipertermia, anemia, desnutrição proteica, tabagismo e idade avançada.	Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos Institucionalizados	Souza; Santos (2007)
Fatores de risco: fricção, cisalhamento, umidade, redução e/ou perda da sensibilidade e força muscular e imobilidade.	Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco	Freitas; Medeiros; Guedes; Almeida; Galiza; Nogueira (2011)
Fatores de risco: imobilidade, pressões prolongadas, fricção, traumatismo, idade avançada, aparelhos como gesso, umidade alterada da pele, edema, incontinência urinária ou fecal, deficiência de vitamina e desnutrição.	A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado	Alves; Belaz; Rodrigues; Ribeiro; Kato; Medina (2008)
Fatores de risco: pressão, fricção, cisalhamento, umidade, doenças agudas e crônicas, idade avançada, neuropatias, nutrição inadequada, restrição ao leito ou cadeira de rodas, incontinência urinária e/ou fecal, fratura de fêmur, uso de medicamentos sedativos, imobilidade e história de UP.	Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão	Menegon; Bercini; Santos, Lucena; Pereira; Scain (2012)
Fatores de risco: pressão, cisalhamento, fricção, desnutrição, nível de mobilidade, atividade e posicionamento reduzido, umidade e tabagismo.	Prevention and treatment of pressure ulcers	Sibbald; Goodman; Norton; Krasner; Ayello (2012)

Fonte: Dados da pesquisa.

A síntese dos dados extraídos dos artigos apresentados no Quadro 3, que contemplou as diferentes definições de UP, subsidiou a elaboração de uma figura onde se apresentam, resumidamente, as principais definições relacionadas à fisiopatologia e etiologia da UP, a fim de embasar a definição do DE Risco de úlcera por pressão (Figura 4).

Figura 4 - Definições de UP que embasaram a definição do DE Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.



Fonte: Dados da pesquisa.

A síntese das informações dos artigos que descreveram os diferentes fatores de risco de UP, apresentados no segundo quadro sinóptico (Quadros 4), apontou para escolha de 19 fatores de risco à UP (intrínsecos e extrínsecos) componentes do DE Risco de úlcera por pressão (Figura 5).

Figura 5 - Fatores de risco que compõem o DE Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.



Fonte: Dados da pesquisa

5.1.1 Protocolo para Submissão de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I

Com base na RIL, definiu-se o DE Risco de úlcera por pressão e foram elencados os seus principais fatores (intrínsecos e extrínsecos), componentes fundamentais dos DEs da terminologia NANDA-I. Além disso, construíram-se as definições de cada fator de risco, que embasaram a VCD.

Nesse contexto, seguiram-se os passos indicados no Protocolo de Submissão para Novos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, a partir dos dados obtidos na RIL. No formulário, sugere-se que haja uma comparação do DE novo com algum DE já existente na NANDA-I. Por isso, relacionaram-se as informações de dois DEs: o novo, Risco de úlcera por pressão, e o Risco da integridade da pele prejudicada. Ambos foram relacionados com a finalidade de justificar a proposta, tendo em vista a diferença nas suas definições e nos seus fatores de risco (Quadro 5).

Quadro 5 - Protocolo de submissão para o novo diagnóstico de enfermagem da NANDA-I: Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.

RELAÇÃO COM O DIAGNÓSTICO DA NANDA-I	NOVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RECOMENDADO
Risco de integridade da pele prejudicada (00047)	Risco de úlcera por pressão
	Domínio 11: Segurança/Proteção Classe 2: Lesão física
DEFINIÇÃO RELACIONADA	NOVA DEFINIÇÃO RECOMENDADA
Risco de epiderme e/ou derme alteradas.	Risco de dano celular na pele e tecido subjacente, como resultado da compressão dos tecidos moles geralmente sobre uma proeminência óssea, durante um período de tempo capaz de ocasionar isquemia local e consequentemente necrose (NUAP; EPUAP, 2009; TSCHANNEN et al., 2012; AGRAWAL; CHAUHAN, 2012; ANDERS et al., 2010).
FATORES DE RISCO RELACIONADOS	FATORES DE RISCO RECOMENDADOS
EXTERNOS	
Substância química	---
Excreções	---
Extremos de idade	ENVELHECIMENTO: fase na qual acontecem modificações na pele, bem como a redução da eficácia dos sistemas sensorial, nutricional, muscular, respiratório, renal e circulatório, resultando em maior vulnerabilidade de dano celular na pele e tecido subjacente (AGRAWAL; CHAUHAN, 2012; SIBBALD et al., 2012; GREY;

	<p>HARDING, 2006; OLIVEIRA; COSTA; SPEZANI, 2009; FREITAS et al., 2011; ROGENSKI; KURCGANT, 2012; MENEGON et al., 2012; CHACON et al., 2009; COX, 2011; NIXON et al., 2007; SOUZA; SANTOS, 2007; ALDERDEN et al., 2011; LINGREN et al., 2004).</p> <p>PREMATURIDADE: período de nascimento pré-termo definido como aquele cuja gestação termina entre a 20^a e a 37^a semanas. Nesta fase, as funções da pele do bebê ainda estão em desenvolvimento e se encontra ainda muito frágil, por isso há maior risco de lesão e se sujeita a forças de abrasão com pressão, cisalhamento e fricção, podendo resultar em maceração da pele e ulceração (NOONAN; QUIGLEY; CURLEY, 2006)</p>
Pele úmida	---
Hipotermia	----
Fatores mecânicos (forças abrasivas, pressão, contenção)	<p>CISALHAMENTO: é uma força exercida em paralelo ao longo da pele e/ou superfície de contato, em que a pele e o tecido subcutâneo permanecem estacionários e há um movimento oposto dos tecidos mole e subjacente (por exemplo, músculo e fáscia). Esse movimento plano forte intertecidos resulta em alongamento e “rasgamento” dos vasos sanguíneos e, conseqüentemente, redução do fluxo sanguíneo e oxigenação tecidual, estase e necrose do tecido isquêmico (por exemplo: um paciente sentado numa cadeira desliza para baixo quando a cabeça de um leito aumenta mais de 30°) (AGRAWAL; CHAUHAN, 2012; SIBBALD et al., 2012; GREY; HARDING, 2006; BARRIENTOS et al., 2005; MENEGON et al., 2012; COX, 2011; SOUZA; SANTOS, 2007; ALDERDEN et al., 2011; ALDERDEN et al., 2011)</p> <p>FRICÇÃO: é uma força de resistência ao movimento numa direção paralela, em relação ao limite de duas superfícies (quando um paciente é arrastado através do leito, por exemplo). Essa força de atrito pode levar à formação de bolhas intraepidérmicas, que por sua vez levam a erosões superficiais da epiderme e, conseqüentemente, à ulceração (AGRAWAL; CHAUHAN, 2012; SIBBALD et al., 2012; GREY; HARDING, 2006; KNUDSEN; TONSETH, 2011; BARRIENTOS et al., 2005; MENEGON et al., 2012; COX, 2011; SOUZA; SANTOS, 2007; ALDERDEN et al., 2011; ALDERDEN et al., 2011).</p> <p>PRESSÃO: força por unidade de área exercida perpendicularmente na pele e/ou superfície de contato, capaz de causar dano celular na pele e tecido subjacente. A alta pressão continuada conduz à diminuição do fluxo sanguíneo capilar, à oclusão de vasos sanguíneos e vasos</p>

	linfáticos e isquemia tecidual (ARAÚJO et al., 2010; AGRAWAL; CHAUHAN, 2012; SIBBALD et al., 2012; GREY; HARDING, 2006; KNUDSEN; TONSETH; 2011; MENEGON et al., 2012; SOUZA; SANTOS, 2007; ALDERDEN et al., 2011; ALDERDEN et al., 2011).
Umidade	UMIDADE: estado no qual a pele está preenchida de vapor de água ou levemente molhada, normalmente decorrente da transpiração, urina, fezes ou exsudato de feridas. Quando a pele é exposta à tensão, pressão ou fricção, pode causar maceração (amolecimento das camadas superiores) e alteração do ambiente químico cutâneo (pH alterado), resultando em ulceração (AGRAWAL; CHAUHAN, 2012; ANDERS et al., 2010; KNUDSEN; TONSETH; 2011; MENEGON et al., 2012; SOUZA; SANTOS, 2007).
Imobilização física	IMOBILIDADE: impossibilidade de reposicionar o corpo, sem auxílio, devido à supressão de movimentos resultante de condições clínicas ou cirúrgicas do paciente (paralisia, anestesia, sistemas de retenção motora, por exemplo). Assim, o corpo não consegue fazer ajustes posturais em resposta à pressão prolongada. Se o paciente não se mover por um tempo prolongado devido à imobilização, a pressão aplicada sobre as superfícies do corpo aumenta, ocasionando elevação da pressão capilar no interior do tecido, interrupção resultante da circulação, ou seja, hipoxemia e, por fim, necrose (TSCHANNEN et al., 2012; AGRAWAL; CHAUHAN, 2012; ANDERS et al., 2010; GREY; HARDING, 2006; BARRIENTOS et al., 2005; ROGENSKI; KURCGANT, 2012; MENEGON et al., 2012; CHACON et al., 2009; COX, 2011; KOTTNER et al., 2011; NIXON et al., 2007; SOUZA; SANTOS, 2007; ALDERDEN et al., 2011; LINGREN et al., 2004)
Radiação	----
Secreções	----
INTERNOS	
Mudança de pigmentação	----
Mudança no turgor da pele	DESIDRATAÇÃO: é um distúrbio decorrente da perda de água e eletrólitos para o meio extravascular (vascular e intersticial) ou intracelular. A perda do líquido vascular prejudica as funções vitais de circulação e, consequentemente, a diminuição da oxigenação para os tecidos. Além disso, o déficit de líquido provoca diminuição no turgor da pele, tornando-a cada vez mais frágil e com as proeminências ósseas mais salientes, o que, somado com as forças de abrasão (fricção, pressão, cisalhamento) provoca maior risco de ulceração (BARRIENTOS et al., 2005; ALDERDEN et al., 2011). EDEMA: é um acúmulo anormal de líquido no

	<p>compartimento extracelular intersticial ou nas cavidades corporais devido ao aumento da pressão hidrostática, diminuição da pressão oncótica (pressão das proteínas no plasma), aumento da permeabilidade vascular e diminuição da drenagem linfática. Um tecido edematoso tem uma circulação comprometida e é pobre em nutrientes. Quando o fluido tecidual aumenta e extravasa para fora das células, aumenta a pressão sobre os vasos sanguíneos e, portanto, diminuem o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos, favorecendo a ulceração (AGRAWAL; CHAUHAN, 2012).</p>
Hipertermia	<p>HIPERTERMIA: elevação da temperatura corporal acima do ponto de regulação térmica, mais frequentemente secundária à ineficiência dos mecanismos de dissipação do calor ou por produção excessiva de calor com dissipação compensatória insuficiente, capaz de comprometer o metabolismo ou homeostasia do corpo humano. Temperaturas superiores a 41°C induzem desnaturação enzimática, alteração da função celular, instabilidade nas membranas celulares e alteração das vias metabólicas dependentes de O₂, causando diminuição da oxigenação aos tecidos (BARRIENTOS et al., 2005).</p>
Fatores de desenvolvimento	<p>TABAGISMO: a nicotina reduz a hemoglobina funcional, causa disfunção pulmonar, aumento da adesão de plaquetas e vasoconstrição arterial, diminuindo assim a oxigenação tecidual e favorecendo a isquemia e ulceração (SIBBALD et al., 2012; ROGENSKI; KURCGANT, 2012).</p>
Estado nutricional desequilibrado (por exemplo, obesidade e desnutrição)	<p>DESNUTRIÇÃO: deficiência de proteínas e vitaminas necessárias para suprir as necessidades metabólicas do organismo. No emagrecimento, a musculatura se torna hipotrófica e o panículo adiposo escasso ocasionando ruptura da pele e, devido à deficiência dos nutrientes, ocorre alteração da cicatrização tissular, da reação inflamatória e da função imune quando exposta à pressão. (Baixo índice de massa corporal IMC <20) (SERPA, SANTOS; 2008; SIBBALD et al., 2012; AGRAWAL; CHAUHAN, 2012; BARRIENTOS et al., 2005; MENEGON et al., 2012; CHACON et al., 2009; KOTTNER et al., 2011; NIXON et al., 2007; ALDERDEN et al., 2011).</p> <p>BAIXO NÍVEL DE ALBUMINA SÉRICA: A albumina é a proteína mais abundante do plasma e dos líquidos extracelulares e tem importância na determinação da pressão coloidosmótica do plasma, exercendo função de proteína de transporte (cálcio, ácidos graxos de cadeia longa, medicamentos, dentre outros). É uma das proteínas séricas utilizadas para determinação do</p>

	<p>estado nutricional, e sua baixa concentração causa alterações da pressão oncótica e, conseqüentemente, edema, o que compromete a difusão de oxigênio e nutrientes para os tecidos, predispondo à hipóxia e morte celular (ALVES et al., 2008; SIBBALD et al., 2012; BARRIENTOS et al., 2005).</p> <p>OBESIDADE: excesso de proteínas e calorias necessárias para suprir as necessidades metabólicas do organismo (alto índice de massa corporal, IMC > 30). Na obesidade, o paciente está com o peso corpóreo em torno de 20% ou mais do peso ideal, o que provoca um isolamento térmico excessivo, e pode causar uma redução das perdas de calor normais e provocar maior dificuldade de mobilização desses pacientes, causando lesão do tecido (SERPA, SANTOS; 2008; SIBBALD et al., 2012; AGRAWAL; CHAUHAN, 2012; BARRIENTOS et al., 2005; CHACON et al., 2009).</p>
Fatores imunológicos	---
Circulação prejudicada	<p>CIRCULAÇÃO PREJUDICADA: É a redução do fluxo sanguíneo através dos vasos arteriais, venosos ou linfáticos, havendo uma diminuição do transporte das células de defesa, da pressão capilar, do fornecimento de oxigênio e de nutrientes aos tecidos, contribuindo para isquemia e necrose tecidual, principalmente em proeminências ósseas ou cartilagem, que possuem apenas uma cobertura fina de tecido subcutâneo e finos vasos sanguíneos (ANDERS et al., 2010).</p> <p>DIMINUIÇÃO DA OXIGENAÇÃO TISSULAR: A difusão de oxigênio entre capilar sanguíneo e tecido varia de acordo com as necessidades metabólicas tissulares. Assim, quando há diminuição da oxigenação tissular, devido a patologias respiratórias, ocorre diminuição da tensão de oxigênio para a troca de gases tissulares. Por isso, devido a esse processo, o tecido sofre desvitalização, provocando isquemia e necrose celular (AGRAWAL; CHAUHAN, 2012; SIBBALD et al., 2012; GREY; HARDING, 2006; NIXON et al., 2007)</p> <p>DIMINUIÇÃO DA PERFUSÃO TISSULAR: A perfusão tecidual é a quantidade de fluxo sanguíneo exigida pelos tecidos corporais, que se modifica constantemente de acordo com a necessidade metabólica do tecido. Quando os vasos sanguíneos falham em se dilatar em resposta à necessidade de fluxo sanguíneo, a perfusão tecidual diminui, resultando em isquemia (suprimento sanguíneo deficiente para algum tecido do corpo) e necrose tecidual com risco de ulceração (NIXON</p>

	et al., 2007). ANEMIA: diminuição da quantidade de hemoglobina na corrente sanguínea, a qual é responsável pelo transporte de oxigênio para células e tecidos. A diminuição de oxigênio para os fibroblastos, células responsáveis pela cicatrização dos tecidos, reduz a formação de colágeno e aumenta a suscetibilidade do tecido ao precipitar isquemia e necrose (SIBBALD et al., 2012; AGRAWAL; CHAUHAN, 2012; ALDERDEN et al., 2011).
Estado metabólico prejudicado	---
Sensações prejudicadas	SENSAÇÕES PREJUDICADAS: perda total ou parcial de um estímulo interno ou externo que provoca uma reação no corpo, alterando a percepção sensorial do paciente. Esse déficit sensorial, associado com a pressão tecidual, diminui a percepção da dor e mobilização (AGRAWAL; CHAUHAN, 2012; GREY; HARDING, 2006).
Medicamentos	---
Fatores psicogenéticos	---
Proeminências ósseas	---

Fonte: NANDA-I, 2013.

A última etapa a ser preenchida no protocolo de submissão de novos DEs é a de sugestão de intervenções de enfermagem, conforme terminologia da NIC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010; BULECHEK et al., 2013), e de resultados de enfermagem, conforme a NOC (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2010; MOORHEAD et al., 2013), para o DE proposto. Dessa maneira, indicaram-se as intervenções de enfermagem para a prevenção de UP validadas recentemente em estudo brasileiro (BAVARESCO; LUCENA, 2012). Entre os resultados da NOC, foram elencados os também validados em estudo brasileiro (BARRETO, 2013), de acordo com o Quadro 6.

Quadro 6 - Intervenções e Resultados de enfermagem para o DE Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.

Intervenções de enfermagem – NIC	Resultados de enfermagem - NOC
1. Prevenção de úlcera por pressão (3540)	1. Integridade tissular: pele/mucosas (1101)
2. Controle da pressão (3500)	2. Estado nutricional (1004)
3. Supervisão da pele (3590)	3. Consequências da imobilidade: fisiológico (0204)
4. Banho (1610)	
5. Cuidado da pele: tratamentos tópicos (3584)	
6. Cuidados na incontinência urinária (0612)	
7. Monitorização dos sinais vitais (6680)	

8. Posicionamento (0840)	
9. Terapia nutricional (1120)	

Fonte: NANDA-I, 2013; Bavaresco; Lucena (2012); Barreto (2013).

A proposta de submissão do novo DE completa, a ser incluído no domínio 11 (Segurança/proteção) e na classe 2 (lesão física), foi concluída e enviada no mês de maio de 2013 ao DDC, a fim de obter a aprovação e inclusão na edição do próximo livro da taxonomia da NANDA-I. No final do ano de 2013 recebeu-se notificação de que o DE estará na nova edição da NANDA-I, acrescido de algumas alterações sugeridas pelo DDC e por uma pesquisadora norte-americana que também estudou e desenvolveu este DE.

5.2 SEGUNDA ETAPA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Nesta etapa, apresenta-se a análise dos resultados da VCD dos componentes do DE Risco de úlcera por pressão – título, definição e fatores de risco – a partir da opinião de especialistas.

5.2.1 Caracterização da amostra

A amostra constou de 24 enfermeiros especialistas, sendo 23 (95,8%) do sexo feminino, com atuação na área de enfermagem por um tempo mediano de 63,5 (20,75 - 183) meses, enquanto que o tempo mediano de participação em grupos de estudo sobre pele e feridas foi de 48 (16,5 - 72) meses. Em relação à titulação dos participantes, houve 14 (58,3%) especialistas, quatro (16,7%) mestres e dois (8,3%) doutores. Apenas quatro participantes tinham somente a graduação. A área de atuação prevalente foi a clínica assistencial com 13 (54,2%) enfermeiros especialistas.

No que se refere à participação dos enfermeiros em eventos sobre a temática de prevenção e tratamento de UP, três (12,5%) deles realizaram de 10 a 20 horas de atividade, enquanto 18 (75%) deles participaram em mais de 40 horas de atividade. Além disso, outro dado identificado foi o de que sete (29,2%) deles apresentaram trabalhos e/ou palestra sobre lesões de pele e/ou UP em eventos de 10 a 20 horas de duração.

Dois (8,3%) especialistas publicaram mais de três trabalhos em anais de eventos científicos e um (4,2%) especialista publicou mais de dois artigos científicos. Em relação à publicação de capítulo e/ou livro sobre a temática em estudo, cinco (20,8%) deles possuíam pelo menos uma publicação (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra de enfermeiros especialistas (n=24). Porto Alegre/RS, 2014.

Variável (n=24)	N (%)
Titulação	
Doutor	2 (8,3)
Mestre	4 (16,7)
Especialista	14 (58,3)
Graduação	4 (16,7)
Área de atuação	
Clínica assistencial	13 (54,2)
Ensino de enfermagem	1 (4,2)
Coordenação de enfermagem	5 (20,8)
Outro	5 (20,8)
Tempo de trabalho na área da enfermagem (em meses) †	63,5 (20,75-183)
Tempo de participação em Grupo de Pele (em meses) †	48 (16,5-72)
Participação em curso sobre Úlcera por pressão/Lesões de pele	
Até 10 horas	1 (4,2)
De 10-20 horas	3 (12,5)
De 20-30 horas	1 (4,2)
De 30-40 horas	1 (4,2)
Mais de 40 horas	18 (75)
Apresentação de trabalhos em seminários/congressos/cursos sobre Úlcera por Pressão	
Até 10 horas	5 (20,8)
De 10-20 horas	7 (29,2)
De 20-30 horas	1 (4,2)
De 30-40 horas	2 (8,3)
Mais de 40 horas	2 (8,3)
Publicações	
Anais de congressos	
1	3 (12,5)
2	2 (8,3)
Mais de 3	3 (12,5)
Artigos	
1	1 (4,2)
2	1 (4,2)
3	1 (4,2)
Mais de 3	2 (8,3)
Capítulos e/ou livros	
1	5 (20,8)
2	1 (4,2)

Fonte: Dados da pesquisa.

† mediana (25%-75%)

5.2.2 Título, definição e fatores de risco validados para o diagnóstico de enfermagem Risco de úlcera por pressão

Nesta segunda etapa, foram submetidos à validação de conteúdo o título, a definição e os fatores de risco componentes do DE Risco de úlcera por pressão.

O título e a definição foram validados considerando-se os resultados que indicavam a alternativa “concordo plenamente”, correspondente a uma média $\geq 0,80$ (Tabela 2).

Tabela 2 – Título e Definição validados por especialistas para o DE Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.

Componentes do DE Risco de UP	Média
Título	0,92
Definição	0,87

Fonte: Dados da pesquisa.

Validou-se um total de 19 fatores de risco de UP para o DE proposto. Dentre estes, sete (36,8%) foram validados como “muito importante”, com média $\geq 0,80$ (Tabela 3).

Tabela 3 – Sete fatores de risco de UP validados como “muito importante” para o DE Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.

Fatores de risco de UP validados como “muito importante”	Média
Imobilidade	0,97
Pressão	0,90
Cisalhamento	0,90
Fricção	0,89
Umidade	0,88
Desnutrição	0,84
Sensações prejudicadas	0,82
Total	7 (36,8%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Onze (57,8%) fatores de risco foram validados como “importante”, com média $> 0,5$ e $< 0,8$ (Tabela 4).

Tabela 4 - Onze fatores de risco de UP validados como “importante” para o DE Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.

Fator de risco de UP validado como “importante”	Média
Circulação prejudicada	0,78
Diminuição da perfusão tissular	0,78
Desidratação	0,77
Diminuição da oxigenação tissular	0,74
Edema	0,72
Obesidade	0,70
Anemia	0,69
Prematuridade	0,69
Baixo nível de albumina sérica	0,68
Envelhecimento	0,67
Tabagismo	0,54
Total	11 (57,8%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Apenas um fator de risco – “hipertermia” – foi descartado, tendo recebido média ≤ 50 .

Finalizando-se, apresenta-se o DE Risco de úlcera por pressão que foi desenvolvido e validado neste estudo (Quadro 7).

Quadro 7- Descrição do DE Risco de úlcera por pressão. Porto Alegre/RS, 2014.

Risco de úlcera por pressão	
Domínio: Segurança/proteção	
Classe: Lesão Física	
Definição - Risco de dano celular na pele e tecido subjacente, como resultado da compressão dos tecidos moles geralmente sobre uma proeminência óssea, durante um período de tempo capaz de ocasionar isquemia local e consequentemente necrose.	
Fatores extrínsecos	Fatores extrínsecos
Pressão	Imobilidade
Cisalhamento	Umidade
Fricção	Envelhecimento
	Prematuridade

	Sensações prejudicadas
	Baixo nível de albumina sérica
	Desnutrição
	Obesidade
	Edema
	Anemia
	Diminuição da perfusão tissular
	Diminuição da oxigenação tissular
	Desidratação
	Tabagismo
	Circulação prejudicada
	* Hipertermia (Fator de risco não validado pelos especialistas).

Fonte: Dados da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

O novo DE Risco de úlcera por pressão foi desenvolvido com base na RIL, que possibilitou a construção de sua definição e a identificação de seus principais fatores de risco. Selecionaram-se 21 artigos que foram analisados e utilizados para este estudo. Verificou-se que a maioria das publicações ocorreu nos anos de 2011 (28,5%) e 2012 (24%). A origem dos artigos foi variada, todavia, houve uma predominância de estudos brasileiros (33%), seguidos por americanos (19%) e alemães (14%). Em relação ao tipo de estudo, 28,5% deles foram de revisão da literatura, 19% transversais e 19% de coorte retrospectivo. Também, encontrou-se diversidade de periódicos, sendo que a revista brasileira mais prevalente foi a *Acta Paulista de Enfermagem* (Qualis A1), com dois (9,5%) artigos publicados. Dentre os periódicos internacionais, o *International Journal of Nursing Studies* (Qualis A2), teve três (14%) publicações. Entende-se que a multivariada encontrada, tanto quanto a origem de estudos e de periódicos pode estar relacionada ao interesse de diversos centros no mundo sobre a UP. Observou-se também que o Qualis dessas revistas mostrou alto nível de impacto, ou seja, A1 e A2, predominantemente. Entretanto, o tipo de estudo mais frequente foi o de revisão de literatura (retrospectiva, sistemática, integrativa), que não possui um nível de evidência tão elevado, demonstrando que a enfermagem ainda necessita aprofundar a pesquisa clínica.

O primeiro quadro sinóptico (Quadro 3) apresenta 12 (57%) artigos que descrevem tanto uma definição para UP, quanto seus fatores de risco. Na amostra, foram encontrados quatro (33,3%) artigos de revisão da literatura, três (25%) de coorte retrospectivo, dois (16,6%) de coorte prospectivo, um (8,3%) de revisão sistemática da literatura, um (8,3%) transversal e um (8,3%) exploratório. Comparando-se esses achados com os de uma revisão sistemática com 13 estudos publicados no período de 2007 a 2012, a qual também descreveu os fatores de risco e as medidas preventivas de UP, observou-se que a maioria dos estudos eram do tipo transversal, seguido por coorte prospectivo, exploratório, revisão da literatura e descritivo comparativo, de maneira semelhante aos do estudo atual. Os estudos também retrataram a prática de enfermagem no cuidado ao paciente em risco de UP, com descrição de intervenções preventivas (COQUEIRO; BRITO, 2013).

Em outra revisão sistemática, realizada por pesquisadores americanos, foram buscados artigos que descrevessem os tipos de estratégias de intervenções e os resultados para pacientes em risco de UP. A coleta foi realizada em seis bases de dados eletrônicas no período de 1990 a 2009, com seleção de 39 artigos. Dentre esses, estudos randomizados, ensaios clínicos controlados, estudos de coorte, revisões sistemáticas de bibliografias e *sites* da internet de

agências de financiamento (SOBAN et al., 2011). Essa pesquisa utilizou estudos americanos, seguida por irlandeses, canadenses, ingleses, australiano, israelense, turco, finlandês e italiano. Na presente RIL, a maioria dos estudos foram brasileiros e americanos, seguidos por alemães, canadenses, ingleses, noruegueses, suecos, indianos e chilenos. Esses dados representam a diversidade de centros mundiais que pesquisam a UP e que promovem conhecimento científico para a prática e educação de enfermagem, com vistas a qualificar o cuidado para o paciente com UP ou em risco de desenvolvê-la.

As definições de UP descritas pelos 12 artigos apontados no quadro sinóptico 3 contemplam diferentes elementos, os quais foram retratados na figura 4: “dano localizado na pele e tecido subjacente: necrose de tecido macio localizado com isquemia; pressão prolongada mais elevada que a pressão capilar; compressão sobre uma proeminência óssea e lesão causada por pressão, cisalhamento ou fricção. Esses elementos, associados à fisiopatologia da UP, serviram de base para a elaboração da definição do novo DE Risco de úlcera por pressão: “risco de dano celular na pele e tecido subjacente, como resultado da compressão dos tecidos moles geralmente sobre uma proeminência óssea, durante um período de tempo capaz de ocasionar isquemia local e, conseqüentemente, necrose”.

Essa definição foi corroborada pela definição de UP do *Prevention and Treatment of Pressure Ulcer: Clinical Practice Guideline*, que muitos estudos apontam como Padrão Ouro (PADULA; OSBORNE; WILLIAMS, 2008; EUROPEAN...; NATIONAL..., 2009; BAUMGARTEN et al., 2009; SOBAN et al., 2011; ASHBY et al., 2012; PETERSON et al., 2013; SCHLÜER; SCHOLS; HALFENS, 2014). Nesse guia, a UP é considerada uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção (EUROPEAN...; NATIONAL..., 2009).

De maneira semelhante, encontrou-se estudo realizado em Lisboa que utilizou referências de *guidelines* da NPUAP e EPUAP e literatura de livros e artigos, definindo a UP como “um dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada” (PEREIRA; SOARES, 2012). Um estudo americano que também utilizou *guidelines* da NPUAP e EPUAP definiu a UP como “áreas localizadas de destruição de tecidos causadas por compressão do tecido mole entre uma proeminência óssea e uma superfície externa, por um período de tempo prolongado” (PADULA; OSBORNE; WILLIAMS, 2008).

A definição utilizada em um estudo brasileiro e gaúcho, também embasada nas diretrizes da NPUAP e EPUAP, considera a UP como “lesão na pele ou tecido subjacente

resultante da pressão associada à força de atrito” (ZAMBONATO, ASSIS, BEGHETTO, 2013). Já em pesquisa realizada no nordeste brasileiro, também com referência nos *guidelines* internacionais, a UP é descrita como “uma área localizada de morte celular, que se desenvolve quando a pele e/ou tecido mole são comprimidos, geralmente sobre uma proeminência óssea, como resultado de pressão ou de uma combinação entre esta com fricção e cisalhamento” (SILVA et al., 2013).

As definições propostas pelos estudos apontados anteriormente corroboram as apresentadas pelos 12 artigos da RIL (Quadro 3) que embasaram a definição do DE Risco de úlcera por pressão. Para desenvolvê-la, levou-se em consideração tanto a fisiopatologia da UP, quando se descreve ser um “dano celular na pele e tecido subjacente [...] geralmente sobre uma proeminência óssea, [...] capaz de ocasionar isquemia local e conseqüentemente necrose”; quanto a sua etiologia, quando se descreve ser “resultado da compressão dos tecidos moles”.

Para a seleção dos principais fatores de risco do novo DE Risco de úlcera por pressão, utilizaram-se os dados descritos nos 21 artigos da RIL, uma vez que todos eles citaram pelo menos um fator de risco para UP (Quadros 3). Os fatores de risco mais prevalentes nos estudos, exemplificados na Figura 5, foram agrupados em “Fatores extrínsecos” – pressão, cisalhamento e fricção – e “Fatores intrínsecos” – imobilidade, umidade, sensações prejudicadas, estado nutricional (desnutrição, obesidade), tabagismo, diminuição da perfusão tissular, diminuição da oxigenação tissular, anemia, desidratação, hipoalbumemia, hipertermia, edema, envelhecimento, prematuridade e circulação prejudicada.

Sabendo-se que a UP é uma ferida complexa e de origem multifatorial, considera-se que, quanto maior o número de fatores de risco presentes no indivíduo, maior será o desafio para a prevenção e por isso, mais acurado e detalhado deve ser o diagnóstico e o plano de cuidados que o enfermeiro deve realizar. Primeiramente, verificou-se que os fatores de risco extrínsecos identificados como prevalentes nos estudos componentes da RIL, como a pressão, o cisalhamento e a fricção, têm seu efeito relacionado à intensidade, duração e tolerância dos tecidos do indivíduo a esse tipo de forças abrasivas. A pressão prolongada causa distorção dos tecidos moles e resulta na destruição do tecido mais próximo do osso; por isso, a forma cônica da UP, com comprometimento maior nas zonas mais profundas, ou seja, no tecido ósseo. As forças de fricção e cisalhamento produzem uma sobrecarga mecânica intensa nas partes moles e, com isso, a pele não se move livremente, causando rompimento dos vasos sanguíneos e dificultando o fluxo de oxigênio, levando à isquemia tecidual (WALTON-GEER, 2009; PETERSON et al., 2013).

Dentre os fatores intrínsecos, relacionados às condições clínicas e/ou cirúrgicas do paciente, destacaram-se como prevalentes a imobilidade, os extremos de idade (prematividade, idoso), o estado nutricional (desnutrição e obesidade), a umidade, o baixo nível de perfusão e oxigenação tecidual, o baixo nível de hemoglobina sérica, a desidratação, a hipertermia, as anomalias circulatórias, o tabagismo e o edema. Por serem diversos, considera-se de extrema relevância que o enfermeiro avalie atentamente o estado geral do paciente, com a identificação dos fatores determinantes para o desenvolvimento da UP e sua evolução em tamanho e profundidade. Pacientes com estado geral muito comprometido em função de comorbidades já instaladas têm um aporte sanguíneo deficitário para nutrir derme e epiderme, pois a oxigenação dos tecidos prioriza, primeiramente, os órgãos vitais como cérebro, coração, pulmão, etc.; por essa razão, constata-se maior prevalência de UP em pacientes em estado crítico, os quais demandam medidas de prevenção instaladas desde o início da internação (SALES; BORGES; DONOSO, 2010; SOUZA et al., 2010; LUCENA et al., 2011; SILVA et al. 2011; BENOIT; MION, 2012; CHACON et al., 2013; PETERSON et al., 2013).

Portanto, é fundamental conhecer e avaliar os fatores de risco para UP, a fim de diminuir e até extirpar das instituições de saúde e domiciliares essa “epidemia” que atinge, principalmente, a população idosa portadora de doenças crônico-degenerativas, como as neurológicas, metabólicas e cardiovasculares, trazendo prejuízos não apenas ao bem-estar e à saúde do indivíduo afetado, mas também à família e à sociedade.

Uma revisão sistemática conduzida por pesquisadores alemães apontou que em pacientes críticos existe uma diferença significativa no que diz respeito à idade, ao tempo de permanência e ao desenvolvimento da UP. Os autores destacaram que 97% das úlceras ocorreram em pacientes que permanecem internados por mais de sete dias (SHAHIN; DASSEN; HALFENS, 2008). Além disso, estudos apontam que é na população idosa que se encontram 70% de todas as UPs (DONINI et al., 2005).

Outra revisão sistemática realizada na Inglaterra com o objetivo de identificar o impacto das UPs e de seus tratamentos sobre a qualidade de vida dos idosos apontou que as UPs têm um impacto significativo na qualidade de vida do indivíduo e causam efeitos nocivos de ordem física, social, psicológica e de saúde em geral, além de causar ônus substancial ao portador da lesão (GORECKI et al., 2009).

A partir desses resultados, é possível reconhecer que o conhecimento dos fatores de risco da UP é essencial para detectar as causas internas e externas precipitantes da lesão, instituir medidas profiláticas e direcionar intervenções nos pacientes mais vulneráveis. Nesse

contexto, salienta-se a importância do uso das escalas preditoras de risco de UP. A avaliação objetiva da presença ou não dos fatores de risco de UP, com atribuição de escores que traduzem o maior ou menor grau de risco a que o paciente está exposto, facilita tanto o diagnóstico quanto o tratamento dos pacientes. Pesquisas sobre o uso das escalas têm sido realizadas e comprovam melhora no cuidado aos pacientes em risco e/ou diminuição da incidência ou prevalência de UP (MENEGON et al., 2012; ZAMBONATO; ASSIS; BEGHETTO, 2013; ROGENSKI; KURCGANT, 2012b; FERNANDES; TORRES, 2008).

Um estudo espanhol de revisão sistemática e meta-análise buscou identificar as escalas de risco de UP que têm sido utilizadas no contexto dos cuidados críticos e determinar quais delas são validadas em função, em validade preditiva, em capacidade preditiva e em confiabilidade. Foram identificados 255 artigos que apontavam o uso de 16 diferentes escalas; a Escala de Braden foi a mais testada em UTIs, com os melhores parâmetros de validade e capacidade preditiva (GARCÍA-FERNÁNDEZ et al., 2013).

Utilizando-se de dados de pacientes avaliados com a Escala de Braden, um estudo brasileiro identificou a pontuação das subescalas e as associou aos motivos de internação hospitalar, às comorbidades e às características demográficas de pacientes adultos hospitalizados. Os resultados demonstraram que a maioria dos pacientes eram mulheres, idosos, portadores de doenças cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas. Os escores verificados pelas subescalas demonstram que os pacientes estavam acamados, com mobilidade e atividade limitadas, além da nutrição alterada, além de apresentarem problemas de fricção e/ou cisalhamento e alteração da percepção sensorial e umidade. Esses dados possibilitaram ampliar o conhecimento dos pacientes mais vulneráveis e instituir os cuidados preventivos para essa população com base em protocolos (MENEGON et al., 2013).

Somados ao uso das escalas, os protocolos institucionais (MENEGON et al., 2007), o indicador de qualidade assistencial de UP (MOURA et al., 2009; SANTOS et al., 2013) e os programas de melhoria de qualidade assistencial também direcionam a avaliação dos fatores de risco de UP e o cuidado aos pacientes mais vulneráveis, além de direcionar estratégias de educação continuada e permanente dos profissionais de enfermagem.

A fim de exemplificar a importância do uso desses programas, buscou-se na literatura um estudo comparativo e transversal, realizado em um hospital universitário sueco, que teve por objetivo comparar a prevalência de UP antes e após um programa de melhoria da qualidade assistencial. Essa pesquisa foi realizada a partir de registros eletrônicos de saúde de 612 pacientes hospitalizados em 2002 e 632 em 2006. Os resultados apontam taxas de 23,9 %

em 2002, e 22,9% em 2006. A utilização de colchões de redução de pressão e o aumento da frequência para reposicionamento do paciente determinou diminuição das UPs. Os fatores de risco identificados nos pacientes que desenvolveram UP foram: idade avançada, imobilidade, incontinência urinária/fecal e maior tempo de permanência na hospitalização. Embora a incidência de UP não tenha diminuído significativamente, o programa instituído propiciou o uso de medidas preventivas logo no início da internação (GUNNINGBERG; STOTTS, 2008). Portanto, reitera-se a necessidade de desenvolver e utilizar tecnologias avançadas no cuidado a pacientes com UP ou em risco.

Na sequência do presente estudo, após a construção da definição e dos principais fatores de risco do DE Risco de úlcera por pressão, o Protocolo de Submissão para Novos Diagnósticos da NANDA-I foi preenchido e enviado ao DDC. Além de preencher o título, a definição e os fatores de risco do DE no protocolo, relacionou-se o mesmo com o DE Risco de integridade da pele prejudicada, a fim de justificar a necessidade da criação do novo DE, pois, conforme já dito, o DE Risco de integridade da pele prejudicada é direcionado às lesões de pele em geral, e a UP é de causa multifatorial e afeta, além da pele, o tecido adiposo, muscular e ósseo. Também foram indicados intervenções e resultados de enfermagem propostos pela NIC e NOC para o novo DE, bem como a localização do mesmo no domínio 11 (Segurança/proteção) e na classe 2 (lesão física).

Nesse processo, verificou-se um aumento de publicações de estudos brasileiros sobre validação de conteúdo e clínica, além de estudos sobre acurácia diagnóstica que são sugeridos pelos sistemas de classificação NANDA-I, NIC, NOC. Algumas dessas pesquisas brasileiras também se transformaram em propostas de submissão de novos DEs (ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2009; JUCHEM; ALMEIDA; LUCENA, 2010), além de sugestões de novos fatores relacionados ou características definidoras para algum DE já existente na NANDA-I (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008; CAPELLARI; ALMEIDA, 2008; CHAVES; BARROS; MARINI, 2010).

Após a submissão do protocolo, ocorreu a etapa da VCD (FEHRING, 1987) do DE Risco de úlcera por pressão, na qual se buscou determinar a validade do conteúdo do mesmo na prática de enfermagem a partir da opinião de enfermeiros especialistas de diferentes grupos de cuidado à pele e tecidos. A VCD, além de ser reconhecida e considerada pela NANDA-I de extrema relevância, comprovou a necessidade e o conteúdo do novo DE proposto para a melhoria do cuidado ao paciente em risco para UP.

A definição dos critérios para a escolha dos especialistas, com inclusão de diferentes hospitais, foi de extrema relevância, pois demonstrou que a diferença local e cultural que pode

existir entre eles não influenciou na compreensão dos enfermeiros em relação à fisiopatologia e aos fatores de risco de UP, uma vez que houve semelhança nas opiniões. A formação acadêmica, o conhecimento e a experiência clínica, provavelmente, favoreceram um julgamento acurado dos fatores de risco de UP na avaliação da VCD.

Os dados da validação do título Risco de úlcera por pressão e da definição “Risco de dano celular na pele e tecido subjacente, como resultado da compressão dos tecidos moles geralmente sobre uma proeminência óssea, durante um período de tempo capaz de ocasionar isquemia local e conseqüentemente necrose” obtiveram médias ≥ 80 pontos, ou seja, considerados na escala *Likert* como “concordo plenamente”.

A pontuação referente ao título do DE obteve nota máxima, demonstrando plena concordância, contemplando de forma clara os diferentes eixos essenciais de um DE, conforme a NANDA-I: 1 - foco do diagnóstico (no caso, “úlcera por pressão”); 2 - sujeito diagnóstico (quando não enunciado, passa a ser o indivíduo automaticamente); 3 – julgamento (combinado no conceito diagnóstico; no caso, UP); e 7 - situação do diagnóstico (contemplada pela categoria de risco).

Na validação da definição do DE, observa-se uma média de 90% de consenso entre os especialistas, o que demonstra clareza e objetividade, com base na fisiopatologia e etiologia da UP.

Após a validação do título e definição, validaram-se os fatores de risco de UP (listados nas tabelas 3 e 4). Sete fatores de risco, quase um terço da amostra, foram considerados pelos especialistas como “muito importantes” com média ≥ 80 pontos: imobilidade, pressão, cisalhamento, fricção, umidade, desnutrição e sensações prejudicadas.

O fator de risco imobilidade foi validado com média de 0,979, sendo o de maior pontuação e concordância dentre os especialistas, demonstrando ser um dos principais fatores a aumentar a vulnerabilidade do paciente à UP. Sabe-se que a mobilidade diminuída propicia um maior tempo de pressão na pele, favorecendo a isquemia tecidual e a atuação da fricção e cisalhamento, com conseqüente possibilidade de rompimento da pele e início da ulceração (LINDGREN; UNOSSON; FREDRIKSON, 2004; BAUMGARTEN et al., 2009; PETERSON et al., 2013). Corroborando essa ideia, um estudo transversal e exploratório com 43 idosos em risco de UP hospitalizados em unidades clínicas de um hospital brasileiro apontou, na subescala “atividade” da Escala de Braden, que cerca de 39,5% desses pacientes estavam acamados ou confinados à cadeira; na subescala “mobilidade”, 60% dos pacientes estavam totalmente imóveis ou bastante limitados, o que justifica o risco desses idosos para desenvolver UP (FRANÇA; MELO; ARAÚJO, 2013).

Os fatores de risco relacionados às forças de tensão, pressão e cisalhamento, foram validados com média de 0,906, e a fricção, com média de 0,896. Essas forças externas não atuam de maneira isolada e causam a diminuição do fornecimento sanguíneo à pele e tecidos. Quando associadas aos fatores intrínsecos do paciente (como imobilidade, má nutrição, baixa perfusão e oxigenação tissular), causam rompimento da pele devido à isquemia, aumentando gradativamente o desenvolvimento da UP caso não exista intervenção de prevenção. O reposicionamento do paciente, o uso de colchões de poliuretano ou de ar, a utilização de curativo protetor de proeminências ósseas e a avaliação constante da umidade são exemplos de intervenções preventivas à UP (RIDLING et al., 2011; LAHMANN; KOTTNER, 2011).

A literatura aponta também que fatores extrínsecos não são por si só suficientes para o desenvolvimento da UP. Por isso, os fatores intrínsecos são considerados determinantes para seu desenvolvimento, e os que mais contribuem para isso são a mobilidade e a perfusão tecidual do paciente deficiente (FERNANDES; TORRES, 2008; APOLD; RYDRYCH, 2012; BENOIT; MION, 2012; COQUEIRO; BRITO, 2013).

Com o objetivo de determinar a incidência de UPs em pacientes idosos submetidos à cirurgia de fratura de quadril e de identificar fatores de risco associados, um estudo americano selecionou 658 idosos com fratura de quadril e idade superior a 65 anos hospitalizados em nove hospitais de Baltimore no período de 2004 a 2007. Para cada participante do estudo, um exame físico específico da pele foi realizado por uma enfermeira treinada, que verificava a presença de fatores de risco e/ou a presença de UP durante 21 dias, para um total de 11 avaliações por paciente. Os resultados apontaram que 208 (32%) pacientes desenvolveram uma ou mais UPs; esses pacientes, em sua maioria acamados, apresentavam pelo menos uma doença grave, comorbidades associadas, estado nutricional pobre, histórico de incontinência urinária/fecal e estado cognitivo mais prejudicado no início do estudo do que o dos participantes sem UP. A incidência cumulativa de UP aos sete, 14, 21 e 32 dias desde o início da internação foi de 15,7%, 27,6%, 30,7%, e 36,1%. Assim, considerou-se que as UPs surgem nas primeiras semanas nos indivíduos com fratura de quadril e aumentam em número e em grau (I, II, III ou IV) quanto maior o período de hospitalização, devido, principalmente, à imobilidade e à presença de outros fatores precipitantes de UP (BAUMGARTEN et al., 2009).

Também se sabe que a imobilidade e, conseqüentemente, as forças de tensão estão presentes com grande frequência em pacientes acometidos por doenças neurológicas, como acidente vascular encefálico, lesão traumática da medula espinhal e traumatismo raquimedular, devido às sensações prejudicadas e à falta de mobilidade fácil no leito ou

cadeira. Um estudo brasileiro que teve por objetivo determinar o risco de adquirir UP em pacientes internados com lesão traumática da medula espinhal em um HU apontou 49,1% (n=30) dos pacientes com UP na hospitalização; além disso, os pacientes que apresentaram UP foram avaliados com risco muito elevado (45,9%) na Escala de Braden, verificando-se que eram pacientes acamados, com baixa mobilidade e com a presença de problema de fricção e cisalhamento, alta umidade, nutrição pobre e percepção sensorial alterada (BARROS et al., 2013). Esses dados clínicos corroboram a validação dos fatores de risco descritos neste estudo e, ressaltam, mais uma vez, a necessidade do cuidado de enfermagem direcionado para a instalação precoce de medidas preventivas de UP, como o reposicionamento do corpo e a diminuição da pressão sobre o mesmo, principalmente nas saliências ósseas (HOFF et al., 2012).

Na sequência da explanação sobre os fatores de risco validados, observou-se que a umidade recebeu média de 0,88, sendo considerada um fator “muito importante” para o desenvolvimento da UP. A exposição da pele à umidade, principalmente à urina e fezes, associada às forças de abrasão como fricção e cisalhamento, predispõe ao aumento da irritação, causando maceração e ulceração e, quando já instalada a UP, o prognóstico é negativo quanto à cicatrização (ANDERS ET AL., 2010; MENEGON et al., 2013; ZAMBONATO; ASSIS; BEGHETTO, 2013). Estudos mostram que 50% dos indivíduos que residem em lar de idosos são incontinentes e possuem alguma combinação com prejuízo cognitivo e físico, o que limita sua capacidade de se deslocar ao vaso sanitário e por isso, em sua maioria, usam fraldas, que favorecem a umidade perineal e anal (AL-SAMARRAI et al., 2007); conseqüentemente, esses indivíduos estão mais vulneráveis à UP.

O fator de risco “sensações prejudicadas” foi validado com média de 0,823. A diminuição das sensações acontece devido a doenças que desencadeiam esse prejuízo, como as neurológicas, ou pelo uso de analgésicos e sedativos, que além de reduzir a sensação ao estímulo físico, prejudicam a mobilidade, porque reduzem o estímulo normal de dor, levando o paciente a não aliviar a pressão prolongada (AGRAWAL; CHAUHAN, 2012; COQUEIRO; BRITO, 2013).

O fator de risco “desnutrição” foi validado com média de 0,844. No emagrecimento, a musculatura se torna hipotrófica e o panículo adiposo escasso ocasiona ruptura da pele. Com a deficiência dos nutrientes ocorre também alteração da cicatrização tissular, da reação inflamatória e da função imune quando exposta à pressão. A desnutrição também pode estar associada com o baixo peso, indicado pelo baixo índice de massa corporal (IMC <20), que favorece a proeminência óssea; associada à pressão, ela pode desencadear UP

(BARRIENTOS et al., 2005; NIXON et al., 2007; SERPA, SANTOS; 2008; CHACON et al., 2009; KOTTNER et al., 2011; ALDERDEN et al., 2011; SIBBALD et al., 2012; AGRAWAL; CHAUHAN, 2012; MENEGON et al., 2012).

Um estudo de coorte que correlacionou a incidência de UP com o estado nutricional e a capacidade funcional de 130 pacientes internados em dois hospitais brasileiros descreveu uma incidência de UP de 19,2% (n=25) e identificou que os pacientes acamados apresentaram 7,5 vezes mais chance de apresentar úlceras (19/50; 38,0%) do que os que deambulavam (6/80; 7,5%; OR=7,5; IC95%: 2,7-20,7; p<0,001). A incidência de úlcera nos pacientes gravemente desnutridos (20/49; 40,8%) foi 10 vezes maior que nos pacientes considerados não gravemente desnutridos (5/81; 6,1%; OR=10,4 IC95%: 3,6-30,5; p<0,0001) (PERRONE et al., 2011). Esses resultados comprovam, mais uma vez, que a incidência de UP está diretamente correlacionada com a desnutrição e com a restrição ao leito dos pacientes internados e corrobora a validade desses fatores de risco, conforme opinião dos especialistas participantes do presente estudo.

Onze fatores de risco foram considerados “importantes” pelos especialistas, com média > 50 e < 80 pontos: circulação prejudicada, diminuição da perfusão tissular, desidratação, diminuição da oxigenação tissular, edema, obesidade, anemia, prematuridade, baixo nível de albumina sérica, envelhecimento e tabagismo.

O fator de risco “circulação prejudicada” foi validado com média de 0,78. O prejuízo na circulação periférica conduz a uma redução da pressão capilar local, com impacto negativo na nutrição dos tecidos pela deficiente irrigação sanguínea periférica, com probabilidade de hipóxia, anóxia e isquemia tecidual. A vasoconstrição periférica pode estar relacionada com doenças cardiovasculares periféricas, doenças hepáticas, anemia, hipertensão arterial, diabete mellitus, insuficiências renal e respiratória, infecções concomitantes, lesões ortopédicas, uso de medicamentos, entre outros fatores (DUQUE et al., 2009). Por isso, esse fator de risco merece atenção e tem sido descrito nas pesquisas sobre UP (LUCENA et al., 2011; APOLD; RYDRYCH, 2012; BENOIT; MION, 2012; COQUEIRO; BRITO, 2013), principalmente, em idosos, que possuem um sistema circulatório prejudicado devido às características próprias da senescência.

O fator de risco “desidratação” foi validado com média de 0,771. A desidratação prejudica as funções vitais de circulação, diminuindo a oxigenação aos tecidos. Sabe-se ainda que o déficit de líquido provoca diminuição no turgor da pele, tornando-a cada vez mais frágil, o que, somado às forças de abrasão (fricção, pressão, cisalhamento), aumenta o risco de ulceração (BARRIENTOS et al., 2005; ALDERDEN et al., 2011).

O fator de risco “tabagismo” foi validado com média de 0,542. A nicotina presente nos cigarros provoca vasoconstrição e por isso, impede que o fluxo sanguíneo ocorra de forma normal, prejudicando a oxigenação e a perfusão dos tecidos, o que favorece a necrose e a ulceração. Sobre isso, encontrou-se um estudo de caso controle no Reino Unido que avaliou a resposta reativa cutânea após instalação de pressões na região sacra, a fim de identificar as diferenças da reatividade do fluxo sanguíneo em um grupo de indivíduos fumantes e não fumantes. Fizeram parte do estudo um grupo de nove mulheres fumantes saudáveis (caso) e nove não fumantes (controle), pareadas por idade, sexo, índice de massa corporal (IMC) e tempo no ciclo menstrual, com idade de 19 a 27 anos e IMC de 24,1. O fluxo sanguíneo e a temperatura da pele foram medidos por *laser* Doppler e todos os voluntários foram convidados a abster-se de exercer trabalho excessivo e comer ou consumir bebidas que contivessem cafeína ou álcool por duas horas antes de ir ao laboratório. Fumantes também foram convidados a abster-se de fumar por, pelo menos, duas horas antes do estudo. Os voluntários se mantiveram em repouso de 10 minutos para se aclimatarem à temperatura ambiente (19,5°C a 22°C) e permaneceram na posição ventral, com a área do sacro exposta. A sonda que mede a fluxometria por *laser* Doppler foi colocada em contato com a pele, e a linha de base do fluxo sanguíneo e a temperatura da pele foram registradas continuamente durante 10 minutos, enquanto uma superfície rígida fazia pressão na região sacra. Após, cargas de 500g de *laser* foram aplicadas com intervalos de dois minutos. A superfície rígida foi então removida da pele, e as medições continuaram durante mais 10 minutos ou até que o fluxo de sangue retornasse aos níveis basais. No final da experiência, foi medida a espessura da pele no sacro utilizando ultrassonografia. Os resultados apontaram que houve uma redução significativa na taxa de recuperação de pico do fluxo sanguíneo duração da resposta nos tabagistas (61,2 s \pm 34,7 s) em comparação com os não fumadores (111,4 \pm 53 s, $p < 0,05$), ou seja, os fumantes possuem maior probabilidade de formar isquemia tecidual em comparação aos não fumantes (NOBRE et al., 2003). Esses dados inferem que a UP está relacionada fortemente com os riscos vasculares proporcionados pelo fumo, reforçando o que foi validado pelos especialistas do presente estudo.

O fator de risco “edema” foi validado com média de 0,729. O edema é um acúmulo anormal de líquido em que há um aumento da permeabilidade vascular e diminuição da drenagem linfática e, por isso, o tecido fica com circulação comprometida e pobre em nutrientes. Quando o fluido tecidual aumenta e extravasa para fora das células, a pressão sobre os vasos sanguíneos aumenta e, portanto, diminuem o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos, favorecendo a ulceração (AGRAWAL; CHAUHAN, 2012).

O fator de risco “obesidade” foi validado com média de 0,708. Na obesidade ocorre a formação do tecido adiposo, que diminui a vascularização da superfície da pele, o que pode favorecer a isquemia nos tecidos e desenvolvimento de UP, quando alguma área do seu corpo está submetida à pressão. Associado a isso, o indivíduo obeso poderá ter outras comorbidades como o diabetes mellitus, o que pode torná-lo ainda mais vulnerável à UP (BARRIENTOS et al., 2005; SERPA, SANTOS; 2008; SIBBALD et al., 2012; AGRAWAL; CHAUHAN, 2012; CHACON et al., 2009).

O fator de risco “diminuição da oxigenação tissular” foi validado com média de 0,740, e “diminuição da perfusão tissular” com 0,781. A diminuição da perfusão e oxigenação tecidual reduz a taxa de metabolismo e energia do tecido, predispondo à hipoxemia e disfunção orgânica. Estudos apontam que, nessa situação, o paciente está mais predisposto à UP devido ao déficit de perfusão e oxigenação, o que pode ocorrer em situações como trauma, perda de sangue e infecção (CHACON et al., 2013).

O fator de risco “baixo nível de albumina sérica” foi validado com média de 0,688. A albumina é a proteína mais abundante do plasma, utilizada para determinação do estado nutricional. Sua baixa concentração causa alterações da pressão oncótica e formação de edema, o que compromete a difusão de oxigênio e nutrientes para os tecidos, predispondo à hipóxia e morte celular (BARRIENTOS et al., 2005; ALVES et al., 2008; SIBBALD et al., 2012).

O fator de risco “anemia” foi validado com média de 0,698. Consiste na diminuição da quantidade de hemoglobina na corrente sanguínea, a qual é responsável pelo transporte de oxigênio para células e tecidos. A diminuição de oxigênio para os fibroblastos, células responsáveis pela cicatrização dos tecidos, reduz a formação de colágeno e aumenta a suscetibilidade do tecido ao precipitar isquemia e necrose (CHAUHAN, 2012; ALDERDEN et al., 2011; SIBBALD et al., 2012; AGRAWAL, 2012). Ao encontro disso, um estudo que descreveu o perfil dos pacientes com UP em UTI de um hospital público de São Paulo apontou, entre outros fatores, que o resultado dos exames laboratoriais apresentavam média de albumina de 2,7, glicemia 169,7, hemoglobina 9,5, leucócitos 14.8888 e Proteína C Reativa 79,2 (CHACON et al., 2013). Esses dados, relacionados às taxas de albumina sérica e hemoglobina, demonstram a influência dos mesmos no risco de UP.

O fator de risco “prematividade” foi validado com média de 0,698. Sabe-se que a pele da criança prematura (idade entre a 20ª e a 37ª semana de gestação) é frágil e que os sistemas fisiológicos não estão completamente formados. Há deficiências na oxigenação e vascularização da pele e tecidos, bem como na integridade da pele, sendo que qualquer

rompimento ou ulceração pode levar à infecção sistêmica e aumento da morbidade. Além disso, os recém-nascidos hospitalizados em UTIs necessitam, muitas vezes, de ventilação mecânica, monitorização cardiológica e suporte nutricional, o que dificulta a mudança de posição, favorecendo o aumento da pressão e o cisalhamento nas áreas mais vulneráveis e, conseqüentemente, o desenvolvimento da UP.

Um estudo multicêntrico americano realizado em nove UTIs pediátricas, com amostra de 5.346 crianças, demonstrou incidência de UP de 10,2%, sendo as localizações mais comuns nas nádegas, pescoço, períneo, occipital, sacro, ombros e testa. As UPs também foram mais prevalentes em crianças que permaneceram pelo menos quatro dias internadas, e as intervenções terapêuticas que aumentaram o risco de UP incluíram o uso de dispositivos ventilatórios e a ventilação mecânica convencional. As intervenções de enfermagem básicas que foram associadas com menor risco de desenvolvimento de UP foram: reposicionar o paciente a cada duas horas, uso de rolos de manta e almofadas, uso de um lençol para reposicionamento, uso de superfícies de redução de pressão (colchões de espuma ou poliuretano, almofadas de gel) (RIDLING et al., 2011).

No Brasil, um estudo realizado no Rio de Janeiro com o objetivo de avaliar as condições da pele do recém-nascido pré-termo hospitalizado na UTI Neonatal e traçar um perfil diagnóstico de possíveis lesões de pele, utilizando a aplicação do instrumento Estado da Pele do Neonato, demonstrou que 58% da amostra apresentaram algum tipo de lesão de pele; dentre essas, 25% foram as UPs (RODRIGUES, 2011).

O fator de risco “envelhecimento” foi validado com média de 0,677. Sabe-se que a população idosa é considerada de risco por apresentar declínios em suas funções biológicas, psíquicas e sociais, além de desenvolver doenças crônico-degenerativas que causam prolongado tempo de hospitalização e, após, de reabilitação. Com o avançar da idade, a pele se torna mais seca devido à diminuição de glândulas sudoríparas e sebáceas, ocorre a diminuição da vascularização e de propriedades como percepção da dor e da resposta inflamatória, além de haver alterações hemodinâmicas e atrofia muscular, que tornam as estruturas ósseas mais proeminentes (BANDEIRA, 2010; LINCK; CROSSETTI, 2011; SANTOS et al., 2013). Quando esses fatores são associados às condições mórbidas e a outros fatores de risco de UP (como as alterações na mobilidade e nutricionais, incontínências anal e urinária), a predisposição para desenvolver UP aumenta.

Em estudo sueco com a finalidade de identificar a prevalência de UP, risco de mortalidade e o uso de medidas preventivas em um grupo de pacientes hospitalizados, com uma amostra de 258 pacientes, os resultados apontaram a prevalência da UP em 23% dos

casos, sendo a maioria de grau I (n = 39). Houve associação significativa entre idade avançada e UP. Quando associadas UP e mortalidade, analisadas por meio de regressão logística, os pacientes com UP tiveram um risco aumentado (3,6 vezes maior) de morrer dentro dos próximos 21 meses em comparação com aqueles sem a UP. Isso indica que o avanço da idade pode aumentar o risco de UP, e que a ocorrência desta aumenta o risco de morrer, independentemente da idade (LEIJON; BERGH; TERSTAPPEN, 2013).

Um estudo paulista identificou que a prevalência média de UP em idosos que vivem em instituições de longa permanência é de 10,95%, e que as condições apresentadas pelos pacientes na admissão foram: hipertensão, doenças cardiovasculares e respiratórias, distúrbios neurológicos, demência senil, doença de Alzheimer, diabetes mellitus, neoplasia (CHACON et al., 2009). Essa pesquisa demonstra que a idade avançada predispõe à vulnerabilidade para uma série de doenças, bem como a UP.

O fator de risco “hipertermia”, embora não validado pelos especialistas como importante, uma vez que apresentou média < 50, encontra-se na literatura como um fator que favorece o comprometimento do metabolismo do corpo, a instabilidade de funções enzimáticas e a alteração das vias metabólicas dependentes de oxigênio, causando diminuição da oxigenação aos tecidos. Isso, associado a outros fatores concomitantes como imobilidade, desnutrição ou obesidade e extremos de idade (prematuridade ou envelhecimento), torna o risco de UP iminente (BARRIENTOS et al., 2005, PRAZERES et al., 2009).

A validação de conteúdo dos elementos do novo DE, realizada por enfermeiros especialistas, demonstrou que o título, a definição e 18 dentre os 19 fatores de risco foram considerados importantes para compor este DE, de onde se infere que poderá auxiliar no julgamento clínico e no cuidado ao paciente em situação de risco de UP. Sabe-se que a UP se inicia silenciosamente e é como um *iceberg*, muito danosa em profundidade e discreta na superfície. Assim, o novo DE específico para esta situação clínica, que define e aponta de forma clara os fatores de risco para UP, se usado de maneira acurada no processo diagnóstico, após anamnese e exame físico detalhados, norteará o enfermeiro para elencar intervenções preventivas que permitam chegar ao resultado favorável do não desenvolvimento da lesão.

Entende-se que os sistemas de classificação de linguagem padronizada – como NANDA-NIC-NOC – são instrumentos que favorecem a qualificação do processo de enfermagem, auxiliam no raciocínio clínico e viabilizam a melhor prática da enfermagem no âmbito da assistência direta ao paciente, na comunicação, registro e gerenciamento do cuidado.

7 CONCLUSÕES

O novo DE Risco de úlcera por pressão foi desenvolvido a partir da necessidade identificada na prática clínica, e acredita-se que ele pode favorecer o julgamento acurado sobre o risco de UP a que o paciente está exposto. Para tanto, foram desenvolvidos todos os componentes do DE (título, definição e fatores de risco) a partir da RIL e, posteriormente da validados conforme a opinião de especialistas na área de cuidado à pele. Os resultados obtidos fornecem subsídio para a promoção do conhecimento científico na área de enfermagem dermatológica e favorecem o raciocínio e a decisão clínica do enfermeiro no cuidado desse tipo de paciente, norteados o seu plano de intervenções para a prevenção da UP.

O título do DE identifica o foco do diagnóstico com a representação do problema de saúde potencial, ou seja, a UP. A definição do DE teve base na fisiopatologia da UP, conforme a literatura atual e o conceito considerado “Padrão Ouro” apresentado pelos órgãos internacionais NPUAP e EPUAP.

Em relação aos fatores de risco, buscaram-se os que estão diretamente associados ao desenvolvimento da UP e que o enfermeiro deve ter conhecimento, a fim realizar avaliação e intervenção corretas. Os fatores de risco identificados foram: pressão, cisalhamento e fricção, imobilidade, umidade, sensações prejudicadas, estado nutricional (desnutrição, obesidade), tabagismo, diminuição da perfusão tissular, diminuição da oxigenação tissular, anemia, desidratação, hipoalbumemia, hipertermia, edema, envelhecimento, prematuridade e circulação.

O DE desenvolvido foi enviado ao DDC de acordo com o Protocolo de Submissão de Novos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, e aguarda-se a sua publicação na próxima edição da taxonomia. Espera-se que a publicação desse DE na NANDA-I favoreça a qualificação da assistência de enfermagem aos pacientes com essa vulnerabilidade, uma vez que a UP gera problemas físicos e emocionais aos acometidos por ela, bem como repercute negativamente na qualidade do cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem. Pensa-se que o uso de uma terminologia diagnóstica adequada a esse tipo de situação clínica permitirá um raciocínio e julgamento clínico mais focado e acurado e, conseqüentemente, um cuidado melhor planejado e com resultados positivos.

Considerou-se a RIL como uma metodologia relevante para o desenvolvimento do DE Risco de úlcera por pressão, pois a partir de suas etapas se identificaram estudos consistentes e atuais sobre a UP, os quais permitiram melhor visualização e aprofundamento do conhecimento. A VCD possibilitou o refinamento dos componentes do DE (título, definição e

fatores de risco) a partir do conhecimento dos enfermeiros especialistas. Além disso, considerou-se a utilização do questionário *on line*, reproduzido pelo programa gratuito *SurveyMonkey*, uma ferramenta facilitadora e rápida que auxiliou a pesquisadora na coleta de dados da VCD, corroborando a ideia de que o uso da tecnologia da informação favorece o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde e possibilita a sua reprodução futura.

Dentre as limitações do estudo está o fato de que é possível que outros descritores também pudessem ter sido utilizados na coleta de dados dos artigos para RIL, com diferentes elementos para a elaboração da definição e da escolha dos fatores de risco para UP. Também considerou-se como limitador o curto tempo para a elaboração e submissão do DE ao *DDC* da *NANDA-I*, tendo em vista que a taxonomia se atualiza de dois em dois anos.

Apesar disso, acredita-se que os resultados desta pesquisa retratam um avanço a ser implementado na prática assistencial, no ensino e na pesquisa de enfermagem, uma vez que a identificação dos fatores de risco de UP, por meio de um diagnóstico específico, embasa a implementação e a avaliação de intervenções preventivas impactando positivamente nos resultados de saúde. Ressalta-se ainda, que no ensino de enfermagem, o uso dos elementos deste DE poderão contribuir para a construção de um raciocínio lógico sobre esta situação clínica de cuidado, além de poder ser mais explorados em novas pesquisas, como as de aplicação deste DE em ambiente real de cuidado e de validação clínica do mesmo.

REFERÊNCIAS

- AGRAWAL, K.; CHAUHAN, N. Pressure ulcers: back to the basics. **Indian J. Plast. Surg.**, Mumbai, v. 45, no. 2, p. 244-254, 2012.
- AL-SAMARRAI, N.R. et al. Introducing a new incontinence management system for nursing home residents. **J. Am. Med. Dir. Assoc.**, New York, v. 8, no. 4, p. 253-261, Jan. 2007.
- ALDERDEN, J. et al. Risk profile characteristics associated with outcomes of hospital-acquired pressure ulcers: a retrospective review. **Crit. Care Nurse**, Aliso Viejo, v. 31, no. 4, p. 30-43, 2011.
- ALMEIDA, M. A. et al. Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 707-711, jul./ago. 2008.
- ALMEIDA, M. A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 319 p.
- ALVES, A. R. et al. A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 397-402, 2008.
- ANDERS, J. et al. Decubitus ulcers: pathophysiology and primary prevention. **Dtsch. Arztebl. Int.**, Cologne, v. 107, no. 21, p. 371-382, 2010.
- ANSEMI, M. L.; PEDUZZI, M.; FRANÇA JUNIOR, I. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 257-264, 2009.
- APOLD, J.; RYDRYCH, D. Preventing device-related pressure ulcers using data to guide statewide change. **J. Nurs. Care Qual.**, Hagerstown, v. 27, no. 1, p. 28-34, jan/mar. 2012.
- ARAÚJO, C. R. D. et al. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em úlcera por pressão. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 359-364, jul./set. 2010.
- ARAÚJO, T. M. et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 671-676, jul./ago. 2011.
- ARREGUY SENA, C. **A trajetória de construção e validação dos diagnósticos de enfermagem: trauma vascular e risco para trauma vascular relacionado ao procedimento de punção venosa periférica**. 2002. 280 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-04102011-100032/pt-br.php>>. Acesso em: 05 out. 2012.
- ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E. C. Risco para trauma vascular: proposta do diagnóstico e validação por peritos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 71-78, jan/fev. 2008.

ASHBY, R. L. et al. A pilot randomized controlled trial of negative pressure wound therapy to treat grade III/IV pressure ulcers [ISRCTN69032034]. **Trials**, London, v. 13, no. 119, [16 p.], July 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 6023**: informação e documentação- referências - elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 14724**: informação e documentação - trabalhos acadêmicos- apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

BANDEIRA, I. C. **Fragilidade em idosos: uma revisão integrativa**. 2010. 47 f. Monografia (Graduação em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

BARRETO, L. N. M. **Resultados de enfermagem para o diagnóstico integridade tissular prejudicada em adultos com úlcera por pressão**: validação por consenso. 2013. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

BARRIENTOS, C. et al. Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. **Rev. Chil. Med. Intens.**, Santiago, v. 20, n. 1, p. 12-20, 2005.

BARROS, M. A. et al. Avaliação do risco e prevenção de úlcera por pressão em pacientes com lesão medular. **Rev. Pesqui. Saúde**, São Luís, v. 14, n. 1, p. 49-54, jan.-abr. 2013.

BARTH, Q. C. M. **Diagnósticos de enfermagem de débito cardíaco diminuído e volume excessivo de líquidos: validação clínica em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada**. 2008. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14149/000659628.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 out. 2012.

BAVARESCO, T.; LUCENA, A.F. Nursing intervention classifications (NIC) validated for patients at risk of pressure ulcers. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1109-1116, nov.-dez. 2012.

BAUMGARTEN, M. et al. J. Pressure ulcers in elderly patients with hip fracture across the continuum of care. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Malden, v. 57, no. 5, p. 863-870, May 2009.

BENOIT, R.; MION, L. Risk factors for pressure ulcer development in critically ill patients: a conceptual model to guide research. **Res. Nurs. Health**, New York, v. 35, no. 4, p. 340-362, Aug. 2012.

BERGSTROM, N. et al. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. **Nurs. Res.**, Rockville, v. 36, no. 4, p. 205-210, 1987.

BLANES, L. et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Camilo. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 182-187, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

BULECHEK, G. M. et al. **Nursing interventions classification (NIC)**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2013.

CAPELLARI, C. **Validação de conteúdo das características definidoras dos diagnóstico de enfermagem proteção ineficaz em pacientes em tratamento hemodialítico**. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/10976>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

CAPELLARI, C.; ALMEIDA, M. A. Nursing diagnosis ineffective protection: content validation in patients under hemodialysis. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 415-422, set. 2008.

CARSON, D. et al. Development of pressure ulcer program across a university health system. **J. Nurs. Care Qual.**, Hagerstown, v. 27, no. 1, p. 20-27, 2012.

CARVALHO, E. C. et al. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 235-240, 2008.

CARVALHO, E. C.; KUSUMOTA, L. Processo de enfermagem: resultados e conseqüências da utilização para a prática de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. Especial-Nefrologia, p. 554-557, 2009.

CHACON, J.M.F. et al. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 127, n. 4, p. 211-215, 2009.

CHACON, J. M. F. et al. Aspectos epidemiológicos do paciente com úlcera por pressão na unidade de terapia intensiva do pronto-socorro de um hospital de ensino de São Paulo. **Saúde Coletiva Digital**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 14-19, 2013.

CHAVES, E.H.B; de BARROS, A.L.B.; MARINI, M. Aging as a related factor of the nursing diagnosis Impaired Memory: A content validation. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, Philadelphia, v. 21, p. 14-20, 2010.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; HASS, V. J. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 264-70, 2010.

- CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L.A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev. Eletr. Enf.**, [Internet], Goiânia, v. 10, n. 2, p. 513-520, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a22.htm>>. Acesso em 24 nov. 2013.
- COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Rev. Educ. Res.**, Washington, v. 52, no. 2, p. 291-302, 1982.
- COQUEIRO, J. M.; BRITO, S. R. Múltiplos fatores de riscos e estratégias preventivas das úlceras por pressão: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 7, n. 10, p. 6215-6222, out. 2013.
- COSTA, I. G. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 693-700, dez. 2010.
- COX, J. Predictors of Pressure Ulcers in Adult Critical Care Patients. **Am. J. Crit.Care**, New York, v. 20, no. 5, p. 364-374, 2011.
- CREMASCO, M. F. et al. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, nesp, p. 897-902, 2009.
- CROSSETTI, M. O. G. et al. Validação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. In: ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F.; FRANZEN, E.; LAURENT & Cols, M. C. (Org.) **Processo de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 89-99.
- CUDDIGAN, J. E.; BERLOWITZ, D. R.; AYELLO, E. A. Pressure ulcers in America: prevalence, incidence, and implications for the future. An executive summary of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Monograph. **Adv. Skin Wound Care**, Philadelphia, v. 4, no. 4, p. 208-215, 2001.
- DICCINI, S.; CAMADURO, C.; IIDA, L. I. S. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 205-209, 2009.
- DOMANSKY, R.C.; BORGES, E.L. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012, 270p.
- DONINI, L. M. et al. Cormobidite, frailty, and evolution of pressure ulcers in geriatrics. **Med. Sci. Monit.**, Roma, v. 11, no. 7, p. 326-336, jul. 2005.
- DUQUE, H. et al. **Manual de boas práticas - úlceras de pressão: uma abordagem estratégica**. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda, 2009. 126 p.
- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP). Londres-United Kingdom (UK). Disponível em: <<http://www.epuap.org/about>>. Acesso em: 31 jan. 2014.
- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington, DC, 2009.

FAUSTINO, A. M. et al. The knowledge of nurses about new descriptors for classification of pressure ulcers: descriptive study. **Online Braz. J. Nurs.**, Niterói, v. 9, no. 1, 2010.

FEHRING, R. Validating diagnostic labels: standardized methodology. In: HURLEY, M. E. (ed) **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the sixth conference**. St. Louis: Mosby, 1986. p. 183-190.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart Lung**, St. Louis, v. 16, no. 6, p. 625-629, 1987.

FEHRING, R. The Fehring model. In: CAROLL-JOHNSON, R. M., PAQUETTE, M. (eds) **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: Lippincott, 1994, p. 55-62.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J..The effect of educative interventions on the pressure ulcer prevention knowledge of nursing professionals. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 305-311, 2008.

FERNANDES, N. C. S.; TORRES, G. V. Incidência e fatores de risco de úlceras de pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 304-310, jul/set. 2008.

FERNÁNDEZ, F. P. G. et al. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en unidades de cuidados críticos: revisión sistemática con metaanálisis. **Gerokomos**, Madrid, v. 24, no. 2, p. 82-89, 2013.

FRANÇA, S. P. S.; MELO, J. S.; ARAÚJO, L. S. Risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos. **Rev. Enferm. UFPE** (on line), Recife, v. 7, n. 1, p. 755-762, mar. 2013.

FREITAS, M. C. et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 143-150, 2011.

GALLAGHER, P. et al. Prevalence of pressure ulcers in three university teaching hospitals in Ireland. **J. Tissue Viability**, Salisbury, v. 17, no. 4, p. 103-109, 2008.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão Sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, mai/jun. 2004.

GoPubMed. Disponível em: [http://<www.gopubmed.com>](http://www.gopubmed.com). Acesso em: 24 dez. 2012.

GORDON, M; SWEENEY, M. A. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. **Adv. Nurs. Sci.**, Germantown, v. 2, no. 1, p. 1-15, Oct. 1979.

GORECKI, C. et al. European Quality of Life Pressure Ulcer Project group. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. **J. Am. Geriatr. Soc.**, New York, v. 57, no. 7, p. 1175-1183, July 2009.

- GOSNELL, D. J. Assessment tool to identify pressure ulcers scores. **Nurs. Res.**, New York, v. 22, no. 1, p. 55-58, Jan./Feb. 1973.
- GREY, J. E.; HARDING, K. G. Pressure ulcers. **BMJ**, Malden, v. 332, no. 7539, p. 472-475, 2006.
- GUNNINGBERG, L.; STOTTS, N. A. Tracking quality over time: what do pressure ulcer data show? **Int. J. Qual. Health Care**, Oxford, v. 20, no. 4, p. 246-253, 2008.
- GUIRAO-GORIS, J. A.; DUARTE-CLIMENTS, G. The expert nurse profile and diagnostic content validity of sedentary lifestyle: the Spanish validation. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, Philadelphia, v. 18, p. 84-92, 2007.
- HERDMAN, H.T. **NANDA-International nursing diagnoses: definitions and classification, 2012-2014**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. 515p.
- HOFF, J. M. et al. Pressure ulcers after spinal cord injury. **Tidsskr. Nor Laegeforen**, Chistiania, v. 132, no. 7, p. 838-839, abr. 2012.
- HOSKINS, L. M. Clinical validation methodologies for nursing diagnosis research. In: CARROLL-JONHNSON, R. M. (ed). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the eighth conference**. Philadelphia: Lippincott, 1989. p.126-131.
- HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.
- JUCHEM, B. C.; ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. Novos diagnósticos de enfermagem em imagenologia: submissão à NANDA International. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 480-486, maio/jun. 2010.
- JUCHEM, et al. Standards to select the experts for validation studies of nursing diagnosis, outcomes and interventions in Brazil. In: INTERNATIONAL CONGRESS AENTDE/NANDA-I, 2010, Madri. **Anais...** Madri, 2010. p. 937-940. 1 CD-ROM.
- KNUDSEN, C. W., TONSETH, K. A. Pressure ulcers: prevention and treatment. **Tidsskr. Nor Legeforen**, Chistiania, v. 131, no. 5, p. 464-467, 2011.
- KOTTNER, J.; GEFEN, A.; LAHMANN, N. Weight and pressure ulcer occurrence: A secondary data analysis. **Int. J. Nurs. Stud.**, Oxford, v. 48, no. 11, p. 1339-1348, 2011.
- LAHMANN, N.A.; KOTTNER, J. Relation between pressure, friction and pressure ulcer categories: a secondary data analysis of hospital patients using CHAID methods. **Int. J. Nurs. Stud.**, Oxford, v. 48, no. 12, p. 1487-1494, 2011.
- LAMONT, S. C. Supportive role performance: Development of a new wellness diagnosis. **Int. J. Nurs. Stud.**, Oxford, v. 17, no. 1, p 40-41, 2006.
- LEIJON, S.; BERGH, I.; TERSTAPPEN, K. Pressure ulcer prevalence, use of measures, and mortality risk in an acute care populations: a quality improvement project. **Wound Ostomy Continance Nurs. J.**, St. Louis, v. 40, no. 5, p. 469-474, Oct. 2013.

LENZ, C.; CRUZ, I. The use scale for risk assessment in pressure ulcer on admission of high complexity customer in the ICU as one of nursing care's instruments - systematic review of literature. **J. Spec. Nurs. Care**, Niterói, v. 2, no. 1, p. 1-11, May 2009.

LINCH, G. F. C. **Validação do quality of diagnoses, interventions and outcomes (Q-DIO) para uso no Brasil e nos Estados Unidos da América**. 2012. 106 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/56238>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

LINDGREN, M.; UNOSSON, M.; FREDRIKSON, M.; EK, A.C. Immobility: a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. **Scand. J. Caring Sci.**, Stockholm, v. 18, no. 1, p. 57-64, 2004.

LINCK, C.L.; CROSSETTI, M. G. O. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n 2, p. 385-393, jun. 2011.

LISBOA, C. R. **Risco para úlcera por pressão em idosos institucionalizados**. 2010. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-83TEZL>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

LOPES; MVO; SILVA, V.M.; ARAÚJO, T.L. Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. In: NANDA International Inc; Herdman TH, Carvalho EC, organizadores. **PRONANDA- Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2013. p. 85-129. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância)

LUCENA, A. F. et al. **Risco para desenvolvimento da úlcera de pressão (UP), medido pela escala de Braden, incidência de UP, diagnósticos e cuidados de enfermagem**. Projeto de pesquisa científica aprovado em Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)- Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sob o protocolo nº 08-319, 2008.

LUCENA, A. F. et al. Clinical profile and Nursing Diagnosis of Patients at Risk of Pressure Ulcers. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 523-530, maio/jun. 2011.

LUNNEY M. Critical need to address accuracy of nurses' diagnosis. **Online J. Issues Nurs.**, Malden, v. 13, no. 1, [cerca de 12p]. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANA-Periodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/AccuracyofNurses-Diagnoses.asas>>. Acesso em: 29 jun. 2010.

LUNNEY, M. Levantamento de dados, julgamento clínico e diagnósticos de enfermagem: como determinar diagnósticos precisos. In: NANDA-International. (Org.) **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 29-48.

LYDER, C. Pressure ulcer prevention and management. **JAMA**, Chicago, v. 289, no. 2, p. 223-226, 2003.

MAGNAN, M. A.; MAKLEBUST, J. The nursing process and pressure ulcer prevention: making the connection. **Adv. Skin Wound Care**, Springhouse, v. 22, no. 2, p. 83-92, Feb. 2009.

MAIA, A. C. A. R. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 406-414, 2011.

MARTINS, Q. C. S. et al. Definições conceituais e operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem débito cardíaco diminuído. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 2, p. 420-433, 2012.

MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 223-228, 2009.

MELO, A. S.; CARVALHO, E. C.; PELÁ, N. T. R. Proposed Revisions for the Nursing Diagnoses Sexual Dysfunction and Ineffective Sexuality Patterns. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, Philadelphia, v. 18, no. 4, p. 150-155, Sept. 2007.

MELO, A. S.; CARVALHO, E. C.; HAAS, V. J. Características definidoras validadas por especialistas e as manifestadas por pacientes: estudo dos diagnósticos Disfunção sexual e Padrões de sexualidade ineficazes. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 951-958, 2008.

MELO, R. P. et al. Risk for decreased cardiac output: validation of a proposal for nursing diagnosis. **Nurs. Crit. Care**, London, v. 16, no. 6, p. 287-294, Nov./Dec. 2011.

MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de *experts* para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 424-431, abr/jun. 2011.

MENEGON, D. B. et al. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlceras de pressão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 61-64, 2007.

MENEGON, D. B. et al. Diagnósticos de enfermagem com base no sistema tegumentar. In: SILVA, E. R. R.; LUCENA, A. F. (Org.) **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 259-282.

MENEGON, D. B. et al. Análise das subescalas de braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis; v. 21, n. 4, p.: 854-861, out-dez. 2012.

MESSICK, S. Validity of psychological assessment. Validation of inferences from person's responses and performances as scientific inquiry into score meaning. **Am. Psychol.**, Washington, v. 50, no. 9, p. 741-749, 1995.

MIYAZAKI, M. Y.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1203-1211, nov/dez. 2010.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M.; SWANSON, E. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MOORHEAD, S. et al.. **Nursing outcomes classification (NOC): measurement of health outcomes**. 5. ed. Philadelphia: Elsevier, 2013.

MOURA, G. M. S. S. et al. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 136-140, mar. 2009.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). Conceito e classificação de úlcera por pressão: atualização do NPUAP. **Revista Estima**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 43-44, 2007.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). Washington - United States of America (USA). Disponível em: <http://_www.npuap.org>. Acesso em: 10 jan. 2014.

NANDA-INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 606 p.

NIXON, J.; CRANNY, G.; BOND, S. Skin alterations of intact skin and risk factors associated with pressure ulcer development in surgical patients: a cohort study. **Int. J. Nurs. Stud.**, Oxford, v. 44, no. 5, p. 655-663, 2007.

NOBRE, M.; VOEGELI, D.; CLOUGH, G. F. A comparison of cutaneous vascular responses to transient pressure loading smokers and no smokers. **J. Rehabil. Res. Dev.**, Washington, v. 40, no. 3, p. 283-288. May-June 2003.

NOONAN, C.; QUIGLEY, S.; CURLEY, M. A. Skin integrity in hospitalized infants and children: a prevalence survey. **J. Pediatr. Nurs.**, Philadelphia, v. 21, no. 6, p. 445-453. Dec. 2006.

PADULA, C. A.; OSBORNE, E.; WILLIAMS, J. Prevention and early detection of pressure ulcers in hospitalized patients. **Wound Ostomy Continence Nurs. J.**, St. Louis, v. 35, no. 1, p. 65-75, 2008.

PAGANIN, A.; SILVA, E. R. R. A Clinical Validation study of impaired physical mobility of patients submitted to cardiac catheterization. **Int. J. Nurs. Knowl.**, Malden, v. 23, no. 3, p. 159-162, Oct. 2012.

PARANHOS W. Y.; SANTOS V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 33, nesp., p. 191-206, 1999.

PEREIRA, S. M.; SOARES, H. M. Úlceras por pressão: percepção dos familiares acerca do impacto emocional e custos intangíveis. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n. 7, p. 139-148, 2012.

PERRONE, F. et al. Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 431-438, maio/jun. 2011.

PETERSON, M. J. et al. Caruso. Patient repositioning and pressure ulcer risk: monitoring interface pressures of at-risk patients. **J. Rehabil. Res. Dev.**, Washington, v. 50, n. 4, p. 477-488, 2013.

PRAZERES, S. **Tratamento de feridas: teoria e prática**. Porto Alegre: Moriá Editora, 2009. 377 p.

PREDEBON, C. M. et al. Evaluation of pain and accuracy diagnostic in hospitalized children. **Int. J. Nurs. Knowl.**, Malden, v. 23, p. 106-113, 2012.

RIDLING, D. et al. Protecting fragile skin: nursing interventions to decrease development of pressure ulcers in Pediatric intensive care. **Am. J. Crit. Care**, Aliso Viejo, v. 20, no. 1, p. 26-34, Jan. 2011.

ROCHA, A. B. L.; BARROS, S. M. O. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 143-50, abr./jun. 2007.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 643-648, 2008.

RODRIGUES, C. A. S. **Avaliação da integridade cutânea do recém-nascido prematuro**. 46 f. Relatório final (Trabalho de conclusão de curso especialização no Hospital Federal de Bonsucesso)- Hospital Bonsucesso, Bonsucesso, 2011.

ROGENSKI, N. M. B.; SANTOS, V. L. C. G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 474-480, jul/ago. 2005.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 333-339, mar/abr. 2012a.

ROGENSKI, N. M. B., KURCGANT, P. Avaliação da concordância na aplicação da escala de Braden. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 24-28, 2012b.

SALES, M. C. M.; BORGES, E. L.; DONOSO, M. T. V. Risco e prevalência de úlceras por pressão em uma unidade de internação de um hospital universitário de Belo Horizonte. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 4, p. 566-575, out/dez. 2010.

- SANTOS, C. T. **Indicador de qualidade assistencial e processo de enfermagem como ferramentas de qualificação para o cuidado ao paciente com úlcera por pressão.** 2011, 53 f. Monografia (Graduação em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/35962>>. Acesso em: 05 nov. 2012.
- SANTOS, C. T. et al. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 111-118, 2013.
- SCHLÜER, A. B.; SCHOLS, J. M.; HALFENS, R. J. Risk and associated factors of pressure ulcers in hospitalized children over 1 year of age. **J. Spec. Pediatr. Nurs.**, Philadelphia, v. 19, no. 1, p. 80-89, Jan. 2014.
- SERPA, L. F., SANTOS, V. L. C. G. Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 367-369, 2008.
- SHAHIN, E. S. M.; DASSEN, T.; HALFENS, R. J. G. Pressure ulcer prevalence and incidence in intensive care patients: a literature review. **Nurs. Crit. Care**, London, v. 2, no. 13, p. 71-79, 2008.
- SIBBALD, R. G. et al. Prevention and treatment of pressure ulcers. **Skin Therapy Lett.**, Vancouver, v. 17, no. 8, p. 4-7, 2012.
- SILVA, R. C. G. et al. Ineffective peripheral tissue perfusion: clinical validation in patients with hypertensive cardiomyopathy. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, Philadelphia, v. 17, no. 2, p. 97-107, Apr. 2006.
- SILVA, E. R. R.; LUCENA, A. F. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas.** Porto Alegre: Artmed, 2011. 259 p.
- SILVA, R.C.L. et al. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem.** São Caetano do Sul: Yendis, 2011. 728p.
- SILVA, V. M.; LOPES, M. V. O.; ARAÚJO, T. L. Nursing diagnoses in children with congenital heart disease: a survival analysis. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, Philadelphia, v. 18, no. 4, p. 131-141, Oct. 2007.
- SILVA, M. L. N. et al. Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: análise da incidência e lesões instaladas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 5, p. 938-44, 2013.
- SOBAN, L. M. et al. Preventing pressure ulcers in hospitals: a systematic review of nurse-focused quality improvement interventions. **Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.**, Oakbrook Terrace, v. 37, no. 6, p. 245-252, June 2011.
- SOUZA, D. M. S. T.; SANTOS, V. L. D. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 958-964, set-out. 2007.

SOUSA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA, L. D. Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 279-284, 2006.

SOUZA, T. S. et al. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 470-476, maio-jun. 2010.

TSCHANNEN, D.; BATES, O.; TALSMA, A.; GUO, Y. Patient-specific and surgical characteristics in the development of pressure ulcers. **Am. J. Crit. Care**, Aliso Viejo, v. 21, no. 2, p. 116-124, 2012.

VALE, I. N. et al. Fatores relacionados à falência da lactogênese: revisão da literatura. **Online Braz. J. Nurs.**, Niterói, v. 8, n. 3, dez. 2009.

VAN GILDER, C. et al. Results of the 2008-2009 international pressure ulcer prevalence survey and a 3-year, acute care, unit-specific analysis. **Ostomy Manage.**, King of Prussia, v. 55, no. 11, p. 39-45, 2009.

VARGAS, L.C.O. Métodos para validação de diagnósticos de enfermagem: modelo Rasch In: NANDA International Inc.; HERDMAN, T.H., CARVALHO, E.C., organizadores. **PRONANDA- Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2013. p 101-124.

WALKER, L.O., AVANT, K.C. **Strategies for theory construction in nursing**. 2nd ed. Connecticut: Appleton-Century-Crofts. 1988.

WALTON-GEER, P. S. Prevention of pressure ulcers in the surgical patient. **AORN J.**, Denver, v. 89, no. 3, p. 538-552, Mar. 2009.

ZAMBONATO, B. P.; ASSIS, M. C. S.; BEGHETTO, M. G. Associação das subescalas de Braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 21-28, 2013.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

1. Caracterização da Amostra

Data: _____

Nome: _____

Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino

Nível de instrução:

() 1. Doutorado () 2. Mestrado () 3. Especialização () 4. Graduação

Área da especialização: _____

Hospital que trabalha: _____

Área atual de atuação: () 1. Enfermagem assistencial
() 2. Coordenação de enfermagem
() 3. Outro. Qual? _____

Tempo de trabalho na área de atuação (meses): _____

Tempo de participação no grupo de pele (meses): _____

Participação em curso/palestra referente à prevenção de úlcera por pressão / cuidados com a pele:

() não

() sim, especificar quantas horas: () até 10h
() de 10 a 20h
() de 20 a 30h
() 30 a 40h
() mais de 40h

Apresentação de trabalho/palestra em evento sobre lesões de pele/ feridas e úlcera por pressão (Congresso, Fóruns, Semana Acadêmica, Seminários, entre outros)

() não

() sim, especificar quantas horas: () até 10h
() de 10 a 20h
() de 20 a 30h
() 30 a 40h
() mais de 40h

Publicação de trabalho em Anais de eventos científicos sobre a temática úlcera por pressão

() não

() sim, especificar quantas horas: () até 10h
() de 10 a 20h
() de 20 a 30h
() 30 a 40h
() mais de 40h

Publicação de artigo sobre a temática úlcera por pressão

() não

() sim: Quantidade: () 1

- 2
- 3
- mais de 3

Referência das publicações de artigos: _____

Publicação de livros e/ou capítulo de livro sobre a temática úlcera por pressão

- não
- sim: Quantidade: 1
- 2
- 3
- mais de 3

Referência das publicações de livros ou capítulo de livro _____

2. Validação do diagnóstico de enfermagem Risco de úlcera por pressão: título, definição e fatores de risco

Inicialmente, assinale na escala *Likert* a nota de 1 (um) a 5 (cinco) pontos, para avaliação do título e da definição do Diagnóstico de Enfermagem *Risco de úlcera por pressão* de acordo com o descrito a seguir:

- 1: Discordo plenamente
- 2: Discordo
- 3: Não sabe
- 4: Concordo
- 5: Concordo plenamente

Após, assinale na escala *Likert* a nota de 1 (um) a 5 (cinco) pontos, de acordo com o grau em que cada fator listado indica risco para o desenvolvimento da úlcera por pressão, sendo assim, apropriados ou não para compor o DE *Risco de úlcera por pressão*, considerando:

- 1: Não indica risco para UP
- 2: Indica pouco risco para UP
- 3: Indica moderado risco para UP
- 4: Indica alto risco para UP
- 5: Indica altíssimo risco para UP

Por fim, reiteramos que quaisquer dúvidas referentes ao preenchimento do questionário poderão ser sanadas através de contato com a pesquisadora responsável.

	Escala <i>Likert</i>				
	1: Discordo plenamente	2: Discordo	3: Não sabe	4: Concordo	5: Concordo plenamente
Título do Diagnóstico de Enfermagem: Risco de úlcera por pressão					
Definição: Risco de dano celular na pele e tecido subjacente, como resultado da compressão dos tecidos moles geralmente sobre uma proeminência óssea, durante um período de tempo capaz de ocasionar isquemia local e conseqüentemente necrose.					
	Escala <i>Likert</i>				
Fatores de risco	1: Não indica risco para UP	2: Indica pouco risco para UP	3: Indica moderado risco para UP	4: Indica alto risco para UP	5: Indica altíssimo risco para UP
1. Imobilidade: impossibilidade de reposicionar o corpo, sem auxílio, devido à supressão de movimentos resultante de condições clínicas ou cirúrgicas do paciente (ex. paralisia, anestesia, sistemas de retenção motora). Assim, o corpo não consegue fazer ajustes posturais em resposta à pressão prolongada. Se o paciente não mover-se por um tempo prolongado devido à imobilização, a pressão aplicada sobre as superfícies do corpo aumenta, ocasionando elevação da pressão capilar no interior do tecido, interrupção resultante da circulação, ou seja, hipoxemia e, por fim, necrose.					
2. Pressão: força por unidade de área exercida perpendicularmente na pele e/ou superfície de contato, capaz de causar dano celular na pele e tecido subjacente. A alta pressão continuada conduz a diminuição do fluxo sanguíneo capilar, a oclusão de vasos sanguíneos e vasos linfáticos, e					

isquemia tecidual.					
3. Cisalhamento: é uma força exercida em paralelo ao longo da pele e/ou superfície de contato, onde a pele e o tecido subcutâneo permanecem estacionários e há um movimento oposto dos tecidos mole e subjacente (ex. músculo e fáscia). Esse movimento plano forte intertecidos resulta em alongamento e “rasgamento” dos vasos sanguíneos, e conseqüentemente, redução do fluxo sanguíneo e oxigenação tecidual, estase e necrose do tecido isquêmico (por exemplo, quando um paciente sentado numa cadeira desliza para baixo quando a cabeça de um leito aumenta mais de 30°).					
4. Fricção: é uma força de resistência ao movimento numa direção paralela, em relação ao limite de duas superfícies, por exemplo: quando um paciente é arrastado através do leito. Essa força de atrito pode levar à formação de bolhas intraepidérmicas, que por sua vez levam a erosões superficiais da epiderme e conseqüentemente à ulceração.					
5. Umidade: estado no qual a pele está preenchida de vapor de água ou levemente molhada, normalmente decorrente da transpiração, urina, fezes ou exsudato de feridas. Quando a pele é exposta à tensão, pressão ou fricção pode causar maceração (amolecimento das camadas superiores) e alteração do ambiente químico cutâneo (pH alterado), resultando em ulceração.					
6. Sensações Prejudicadas: perda total ou parcial de um estímulo interno ou externo que provoca uma reação no corpo alterando a percepção sensorial do paciente. Esse déficit sensorial associado com a pressão tecidual diminui a percepção a dor e mobilização.					
7. Desidratação: é um distúrbio decorrente da perda de água e eletrólitos para o meio extravascular (vascular e intersticial) ou intracelular. A perda do líquido vascular prejudica as funções vitais de circulação e, conseqüentemente, a diminuição da oxigenação para os tecidos. Além disso, o déficit de líquido provoca diminuição no turgor da pele, tornando-a cada vez mais frágil e com as					

<p>proeminências ósseas mais salientes, o que somado com as forças de abrasão (fricção, pressão, cisalhamento) provoca maior risco de ulceração.</p>					
<p>8. Desnutrição: deficiência de proteínas e vitaminas necessárias para suprir as necessidades metabólicas do organismo. No emagrecimento a musculatura se torna hipotrófica e o panículo adiposo escasso ocasionando ruptura da pele, e devido à deficiência dos nutrientes ocorre alteração da cicatrização tissular, da reação inflamatória e da função imune quando exposta à pressão. (Baixo índice de massa corporal IMC <20).</p>					
<p>9. Obesidade: excesso de proteínas e calorias necessárias para suprir as necessidades metabólicas do organismo. (Alto índice de massa corporal IMC > 30) Na obesidade, o paciente está com o peso corpóreo em torno de 20% ou mais do peso ideal, o que provoca um isolamento térmico excessivo, e pode causar uma redução das perdas de calor normais e, também, provoca maior dificuldade de mobilização desses pacientes causando lesão do tecido.</p>					
<p>10. Anemia: diminuição da quantidade de hemoglobina na corrente sanguínea, a qual é responsável pelo transporte de oxigênio para células e tecidos. A diminuição de oxigênio para os fibroblastos, células responsáveis pela cicatrização dos tecidos, reduz a formação de colágeno e aumenta a suscetibilidade do tecido ao precipitar isquemia e necrose.</p>					
<p>11. Baixo nível de albumina sérica (Hipoalbumina): A albumina é a proteína mais abundante do plasma e dos líquidos extracelulares e tem importância na determinação da pressão colóido-osmótica do plasma, exercendo função de proteína de transporte (cálcio, ácidos graxos de cadeia longa, medicamentos, dentre outros). É uma das proteínas séricas utilizadas para determinação do estado nutricional e sua baixa concentração causa alterações da pressão oncótica e, conseqüentemente, edema, o que compromete a difusão de oxigênio e</p>					

nutrientes para os tecidos, predispondo a hipóxia e morte celular.					
12. Envelhecimento: fase na qual acontecem modificações na pele, bem como a redução da eficácia dos sistemas sensorial, nutricional, muscular, respiratório, renal e circulatório, resultando em maior vulnerabilidade de dano celular na pele e tecido subjacente.					
13. Prematuridade: período de nascimento pré-termo definido como aquele cuja gestação termina entre a 20 ^a e a 37 ^a semanas. Nesta fase as funções da pele do bebê ainda estão em desenvolvimento e a se encontra ainda muito frágil, por isso há maior risco de lesão e se sujeita a forças de abrasão com pressão, cisalhamento e fricção podem resultar em maceração da pele e ulceração.					
14. Tabagismo : a nicotina reduz a hemoglobina funcional, causa disfunção pulmonar, aumento da adesão de plaquetas e vasoconstrição arterial, diminuindo assim a oxigenação tecidual e favorecendo a isquemia e ulceração.					
15. Edema: é um acúmulo anormal de líquido no compartimento extracelular intersticial ou nas cavidades corporais devido ao aumento da pressão hidrostática, diminuição da pressão oncótica (pressão das proteínas no plasma), aumento da permeabilidade vascular e diminuição da drenagem linfática. Um tecido edematoso tem uma circulação comprometida e é pobre em nutrientes. Quando o fluido tecidual aumenta e extravasa para fora das células, aumenta a pressão sobre os vasos sanguíneos e portanto, diminui o fluxo sanguíneo e oxigenação dos tecidos, favorecendo à ulceração.					
16. Circulação Prejudicada: É a redução do fluxo sanguíneo através dos vasos arteriais, venosos ou linfáticos, em que há uma diminuição do transporte das células de defesa, da pressão capilar, do fornecimento de oxigênio e de nutrientes aos tecidos, contribuindo para isquemia e necrose tecidual, principalmente em proeminências ósseas ou cartilagem em que possuem apenas uma cobertura fina de					

tecido subcutâneo e finos vasos sanguíneos.					
<p>17. Diminuição da perfusão tissular: A perfusão tecidual é a quantidade de fluxo sanguíneo exigida pelos tecidos corporais, que modifica-se constantemente de acordo com a necessidade metabólica do tecido. Quando os vasos sanguíneos falham em se dilatar em resposta às necessidade de fluxo sanguíneo, diminui a perfusão tecidual e resulta em isquemia (suprimento sanguíneo deficiente para algum tecido do corpo) e necrose tecidual com risco de ulceração.</p>					
<p>18. Diminuição da oxigenação tissular: A difusão de oxigênio entre capilar sanguíneo e tecido varia de acordo com as necessidades metabólicas tissulares. Assim, quando há diminuição da oxigenação tissular, devido a patologias respiratórias, ocorre diminuição da tensão de oxigênio para a troca de gases tissulares, por isso devido a esse processo o tecido sofre desvitalização, provocando isquemia e necrose celular.</p>					
<p>19. Hipertermia: elevação da temperatura corporal acima do ponto de regulação térmica, mais frequentemente secundária à ineficiência dos mecanismos de dissipação do calor ou por produção excessiva de calor com dissipação compensatória insuficiente, capaz de comprometer o metabolismo ou homeostasia do corpo humano. Temperaturas superiores a 41°C induzem desnaturação enzimática, alteração da função celular, instabilidade nas membranas celulares e alteração das vias metabólicas dependentes de O₂, causando diminuição da oxigenação aos tecidos.</p>					

APÊNDICE C – FOLHA INFORMATIVA

Título da pesquisa: **Desenvolvimento e Validação de Conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de úlcera por pressão**

Pesquisadores:

Enf. Mestranda Cássia Teixeira dos Santos; Prof. Dra. Amália de Fátima Lucena (Pesquisadora Responsável).

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Telefone de contato: Cássia (51-99558277)

A presente pesquisa tem por objetivo validar o conteúdo do novo diagnóstico de enfermagem, submetido à *NANDA-International* no domínio Segurança/proteção, denominado: **Risco de úlcera por pressão**.

Para sua participação na pesquisa, será necessário o preenchimento de um questionário contendo dados sobre a sua formação profissional e produção científica, cujos dados serão utilizados para caracterizar a amostra dos participantes do estudo. Além disto, você preencherá uma escala *Likert* de cinco pontos, para pontuar sobre a importância dos componentes do diagnóstico de enfermagem em validação.

O tempo para responder o questionário eletrônico é de aproximadamente 20 minutos e, em até 60 dias, a partir do preenchimento completo você deverá selecionar a tecla enviar, pois assim a pesquisadora o receberá automaticamente.

Não são conhecidos riscos decorrentes da participação nesta pesquisa. Como benefício você estará contribuindo para o avanço do conhecimento da enfermagem e com possibilidade de qualificação da assistência ao paciente em risco de úlcera por pressão.

Ao enviar a resposta do questionário você estará concordando em participar da pesquisa e autorizando a utilização dos dados fornecidos para fins científicos, resguardando sua identidade. Você tem a garantia de receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa, e tem a liberdade de retirar seu consentimento ou deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar. Você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que aprovou este estudo sob o protocolo 13-0034, pelo telefone (51) 3359-7640.

**ANEXO A – PARECER SOBRE O DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE
CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO PARA ÚLCERA POR
PRESSÃO PELO DIAGNOSIS DEVELOPMENT COMMITTEE DA NANDA-I**

-----Original Message-----

From: "Fátima Lucena - Gmail" <afatimalucena@gmail.com>

Sent: Monday, May 2, 2011 01:14

To: ddc@nanda.org

To the Diagnosis Development Committee – DDC

My name is Amália de Fátima Lucena, I'm a PhD professor at the Nursing School of the Federal University of Rio Grande do Sul - Brazil, a researcher at the "Study and Research Group for Adult and Elderly Nursing Care" (GEPECADI- CNPq) and a regular member of NANDA International. We do clinical research on content validation, nursing diagnosis, nursing interventions and nursing outcomes. With my research group, I have been coordinating a major project funded by FIPE (incentive fund university hospital research) about pressure ulcers. Preliminary results have indicated the need to create a specific nursing diagnosis for pressure ulcers, since the diagnosis of risk for skin integrity, impaired skin integrity and impaired tissue integrity are broad and do not show a specific factors or risk associated with this health problem.

Thus, we propose the creation of two new diagnoses: Risk for pressure ulcers and Pressure ulcers. We also believe that this type of injury requires specific assessment and nursing care. Therefore, we would like to know if there are already studies in this area, because we intend to start this study in Brazil.

Thank you, Amália de Fátima Lucena

----- Original Message -----

From: NANDA-I Diagnosis Development Committee

To: Fátima Lucena - Gmail

Sent: Wednesday, May 04, 2011 4:11 AM

Subject: RE: Brazilian proposal of two new diagnoses

Dear Amália de Fátima Lucena,

Thank you for your inquiry. We agree with you. Impaired Skin Integrity and Impaired Tissue Integrity are too broad, and we should have more specific terms. As long as I know, nobody is working on these diagnoses.

However, you might want to stop creating a new term, Pressure Ulcer. Pressure Ulcer is an established medical term included in the ICD-10, and all members of healthcare team share the meaning of this concept. As you can see in the current newsletter, DDC confirmed that "We do not rename medical diagnoses or terms to create actual nursing diagnoses."

<http://www.nanda.org/Resources/CurrentNewsletter/DiagnosisDevelopmentReport.aspx>

You do not have to rename "Pressure Ulcer," but we definitely need to create a term "Risk for Pressure Ulcer." Since you are separating the phenomena of pressure ulcer from the impaired skin or tissue integrity, I encourage you to review and refine the current nursing diagnoses as well. If we keep the current diagnoses as they are, and just add new terms, nurse will be very confused about which nursing diagnoses to use.

We look forward to receive your submissions. If you have further questions, please let us know.

Shigemi Kamitsuru, PhD, RN
NANDA International
Chair, Diagnosis Development Committee
ddc@nanda.org
Nurse Consultant, Kango Laboratory
Tokyo, Japan

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA INSTITUIÇÃO



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 130034

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

AMÁLIA FÁTIMA LUCENA

CÁSSIA TEIXEIRA DOS SANTOS

Título: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 12 de março de 2013.


Prof. Flávio Kapczinski
Coordenador GPPG/HCPA