

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

TALINE BAVARESCO

**VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O
DIAGNÓSTICO RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA PARA
PACIENTES EM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO**

Porto Alegre

2012

TALINE BAVARESCO

**VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA
O DIAGNÓSTICO RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA PARA
PACIENTES EM 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.

Linha de Pesquisa: Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Amália de Fátima Lucena

Porto Alegre

2012

CIP - Catalogação na Publicação

Bavaresco, Taline

Validação de intervenções de enfermagem para o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada para pacientes em risco de Úlcera por Pressão / Taline Bavaresco. -- 2012.

127 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, 2012.

1. Processos de enfermagem. 2. Diagnóstico de enfermagem. 3. Úlcera de pressão. 4. Cuidados de enfermagem. 5. Estudos de validação. I. Lucena, Amália de Fátima, orient. II. Título.

TALINE BAVARESCO

Validação de intervenções de enfermagem para o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada para pacientes em 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, 19 de março de 2012.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Arnália de Fátima Lucena

Presidente da Banca – Orientadora

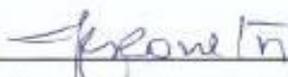
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Alba Lucia Bottura Leite de Barros

Membro da banca

UNIFESP



Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho ao meu pai e a minha mãe,
pelo incentivo constante no
caminho rumo a esta e a tantas
outras conquistas.*

AGRADECIMENTOS

À *Deus*, sempre.

À *Profa. Amália de Fátima Lucena*, pela confiança ao aceitar-me como sua orientanda, pelas suas riquíssimas contribuições ao compartilhar seus conhecimentos ao longo dessa trajetória de aprendizado e, principalmente, pelo carinho demonstrado em todos os momentos.

Às professoras *Maria da Graça Oliveira Crossetti, Miriam de Abreu Almeida e Alba Lucia Botura Leite de Barros*, pelas contribuições em minha qualificação e por aceitarem participar também de minha banca de defesa e contribuírem para o aprimoramento desse trabalho.

Às *enfermeiras do PPTF* do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do *GETRAFE* do Hospital São Paulo, pelo compromisso e valiosa contribuição na construção dessa dissertação.

À *Escola de Enfermagem* da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por dar-me a honra de tornar-me Mestre.

À *Universidade de Caxias do Sul*, em especial, aos meus colegas professores do Curso de Enfermagem pela compreensão, pelo apoio, incentivo e liberação nos diferentes momentos dessa trajetória.

À *minha família*, pelo amor incondicional, em especial minha irmã Tamara, pelas palavras e atitudes de apoio, pela paciência, pelo convívio e pelas contribuições na construção desse trabalho.

Ao *meu namorado*, pelo carinho, pelo amor, pelo incentivo permanente e pela compreensão nos momentos de ausência.

Aos *meus amigos-irmãos* pela compreensão e companheirismo, pelos momentos de descontração e pela parceria em todos os momentos, mesmo que alguns apesar da distância se mostraram sempre presentes.

RESUMO

A úlcera por pressão (UP) é a alteração da integridade cutânea, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão que pode estar em combinação com o cisalhamento e/ou fricção. A qualificação do cuidado aos pacientes em risco para UP tem sido uma constante busca da enfermagem e a aplicação do processo de enfermagem (PE), com o uso de linguagens padronizadas e instrumentos preditivos de risco como a Escala de Braden tem se mostrado importantes. A classificação diagnóstica NANDA-I apresenta o diagnóstico de enfermagem (DE) Risco de Integridade da Pele Prejudicada, que embora não específico para o risco de UP, tem sido aplicado a estes pacientes. Para este DE, a *Nursing Interventions Classification* (NIC) apresenta 51 intervenções de enfermagem ligadas ao mesmo. Porém, até então, não existiam estudos de validação que apontassem as mais específicas para o cuidado ao paciente em risco para UP. Assim, este estudo teve por objetivos validar o conteúdo das intervenções e atividades de enfermagem propostas pela NIC para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, a partir da ligação NIC-NANDA-I, para pacientes adultos em risco de UP e identificar a existência de outras intervenções e atividades de enfermagem não descritas pela NIC, consideradas por enfermeiros como utilizadas no cuidado a estes pacientes. Trata-se de um estudo de validação de conteúdo com base no modelo de Fehring, realizado em dois hospitais brasileiros que possuem grupos de estudo no cuidado à pele, utilizam o PE e protocolos de prevenção e tratamento de UP. O mesmo foi aprovado em Comitê de Ética e Pesquisa sob o número 56/2010. Participaram do estudo 16 enfermeiros *experts*. A coleta de dados utilizou dois instrumentos, em duas etapas. O primeiro destinado à validação das 51 intervenções e o segundo às 220 atividades de enfermagem referentes às intervenções validadas como prioritárias. A análise dos dados foi pela estatística descritiva, com cálculo de média ponderada. Das 51 intervenções, 9(17,6%) foram validadas como prioritárias, com média ponderada $\geq 0,80$; 22(43,1%) como sugeridas, com média ponderada $>0,50$ e $<0,80$ e, 20(39,3%) descartadas com média ponderada $\leq 0,50$. Das 220 atividades de enfermagem, 73(33,2%) foram validadas como prioritárias, 97(44,1%) como sugeridas e 50(22,7%) descartadas, utilizando-se também a média ponderada. As nove intervenções validadas como prioritárias são: *Prevenção de Úlceras de Pressão, Controle de Pressão, Supervisão da pele, Banho, Cuidado com a Pele: tratamentos tópicos, Monitorização de Sinais Vitais, Cuidados na Incontinência Urinária, Posicionamento e Terapia Nutricional*. Como sugestão, os enfermeiros apresentaram a intervenção *Ações Educativas para a Equipe de Enfermagem* que não consta na NIC para o DE estudado. Constatou-se também, que alguns termos devem ser revistos na tradução da NIC para o português, para que a linguagem proposta se aproxime da realidade brasileira. Concluiu-se que o estudo de validação favoreceu a identificação de intervenções e atividades específicas ao cuidado de pacientes em risco de UP, tendo implicações à prática assistencial, ao ensino e à pesquisa de enfermagem.

Palavras-chave: Processos de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Úlcera de pressão. Cuidados de enfermagem. Estudos de validação.

ABSTRACT

Pressure ulcer (PU) is the alteration of skin integrity, usually over a bony prominence, in consequence of pressure or pressure combined with shear and/or friction. Qualification of care for patients in risk for PU has been a constant pursuit of nursing, and the application of nursing process (NP), such as the use of standardized language and predictive risk tools, as the Braden Scale, has proven to be important. The NANDA-I diagnostic classification shows the nursing diagnoses (ND) Risk for Impaired Skin Integrity, which, although not specific for PU, has been applied to these patients. For this ND, the Nursing Interventions Classification (NIC) presents 51 nursing interventions linked to it. However, until now, there weren't validation studies that pointed the most specific for the care of patients at risk for PU. Thus, this study presented as objectives to validate the content of nursing interventions and activities proposed by the NIC for the ND Risk for Impaired Skin Integrity, from connection NIC-NANDA-I, for adult patients at risk for PU, and to identify the existence of other nursing interventions and activities not described by the NIC, considered used by nurses in the care of this patients. It is a content validation study based on the Fehring model, conducted in two Brazilian hospitals which have skin care study groups, using the NP and protocols for prevention and treatment of PU. It was approved by the Ethics and Research Committee under the number 56/2010. Sixteen expert nurses joined the study. Data collection was performed by applying two instruments, in two steps. The first one for the validation of 51 interventions and the second for the 220 nursing activities related to the interventions validated as priorities. Data analysis was carried through by descriptive statistics, with calculation of weighted average. From the 51 interventions, nine (17.6%) were validated as priority, with weighted average ≥ 0.80 , 22 (43.1%) as suggested, with weighted average > 0.50 and < 0.80 , and 20 (39.3%) were discarded with weighted average ≤ 0.50 . Among the 220 nursing activities, 73 (33.2%) were validated as priority, 97 (44.1%) as suggested and 50 (22.7%) were discarded, also by weighted average calculation. The nine validated intervention as priorities are: *Pressure Ulcer Prevention, Pressure Management, Skin Surveillance, Bathing, Skin Care: topical treatments, Vital Signs Monitoring, Urinary Incontinence Care, Positioning and Nutritional therapy*. As suggestion, nurses presented the intervention "*Educational Activities for the Nursing Team*", which does not appear in NIC for the studied NP. It was also found that some terms should be reviewed in the translation of the NIC to Portuguese, so that the proposed language approaches the Brazilian reality. It was concluded that the validation study favored the identification of specific interventions and activities for the care of patients in risk for PU, with implications for healthcare practice, and nursing teaching and researching.

Keywords: Nursing Process. Nursing diagnosis. Pressure ulcers. Nursing care. Validation studies.

RESUMEN

La úlcera por presión (UP) es la alteración de la integridad cutánea por falta de oxigenación de los tejidos a consecuencia de la presión, o de la presión combinada con la cizalladura o/y la fricción. La calificación de los pacientes en riesgo para UP ha sido una búsqueda de la enfermería y la aplicación del proceso de enfermería (PE), que con el uso de lenguajes padronizados e instrumentos de predicción de riesgo como la Escala de Braden se ha mostrado importante. La clasificación diagnóstica NANDA-I presenta el diagnóstico de enfermería (DE) Riesgo de Integridad de la Piel Perjudicada, que sin embargo no específico para UP, ha sido aplicado a estos pacientes. Para este DE, la *Nursing Interventions Classification* (NIC) presenta 51 intervenciones de enfermería unidas al mismo. Sin embargo, hasta ahora, no existían estudios de validación que presentaran las más específicas para el cuidado al paciente en riesgo para UP. Así, este estudio tuvo por objetivos validar el contenido de las intervenciones y actividades de enfermería propuestas por la NIC para el DE Riesgo de Integridad de la Piel Perjudicada, a partir de la ligación NIC-NANDA-I, para pacientes adultos en riesgo de UP e identificar la existencia de otras intervenciones y actividades de enfermería no descritas por la NIC, consideradas por enfermeros como utilizadas en el cuidado a estos pacientes. Se trata de un estudio de validación de contenido con base en el modelo de Fehring, realizado en dos hospitales universitarios brasileños que poseen grupos de estudio en el cuidado de la piel, utilizan el PE y protocolos de prevención y tratamiento de UP. El mismo fue aprobado por el Comité de Ética y Pesquisa bajo el número 56/2010. Participaron del estudio 16 enfermeros *experts*. La recolección de datos fue realizada en dos etapas. El primero contenía 51 intervenciones y el segundo contenía 220 actividades de enfermería referentes a las intervenciones validadas como prioritarias. El análisis de los datos fue hecho por la estadística descriptiva, con cálculo promedio ponderado. De las 51 intervenciones, 9(17,6%) fueron validadas como prioritarias con promedio ponderado \geq que 0,80; 22(43,1%) como sugeridas con promedio ponderado $>0,50$ y $<0,80$ y, 20(39,3%) descartadas con promedio ponderado \leq que 0,50. De las 220 actividades de enfermería 73(33,2%) fueron validadas como prioritarias 97(44,1%) como sugeridas y 50(22,7%) descartadas, utilizando también el promedio ponderado. Las nueve intervenciones validadas como prioritarias son: *Prevención de Úlceras de Presión, Control de Presión, Supervisión de la Piel, Baño, Cuidado con la Piel: tratamientos tópicos, Monitorización de Señales Vitales, Cuidados en la Incontinencia Urinaria, Posicionamiento y Terapia Nutricional*, Como sugerencia los enfermeros presentan la intervención *Acciones Educativas para el Equipo de Enfermería* que no consta en la NIC para el DE estudiado. Se vió también, que algunos términos deben ser revistos en la traducción de la NIC para el portugués, para que el lenguaje propuesto se acerque a la realidad brasileña. Se concluyó que el estudio de validación favoreció la identificación de intervenciones y actividades específicas al cuidado de pacientes en riesgo de UP, trayendo consecuencias a la práctica asistencial, a la enseñanza y a la pesquisa de enfermería.

Palabras-clave: Procesos de enfermería. Diagnóstico de enfermería. Úlcera de presión. Cuidados de enfermería. Estudios de validación.

LISTA DE SIGLAS

DE	Diagnóstico de enfermagem
GETRAFE	Grupo de Estudos em Prevenção e Tratamento de Feridas e Cuidados com Estomas
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
JCAHO	<i>The Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organization</i>
NANDA-I	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classifications</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
NPUAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
PE	Processo de enfermagem
PPTF	Programa de Prevenção de Tratamento de Feridas
SPSS	<i>Programa Statistic for Social Sciences</i>
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UP	Úlcera por pressão
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Modelo de associação entre as condições predisponentes, fatores intrínsecos, extrínsecos e a ocorrência de UP em pacientes hospitalizados. Porto Alegre/RS, 2011.....	24
Figura 2 -	Domínio das intervenções de enfermagem validadas como prioritárias no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre/RS, 2011.....	46
Figura 3 -	Domínio das intervenções de enfermagem validadas como sugeridas no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre/RS, 2011.....	48
Figura 4 -	Domínio das intervenções de enfermagem descartadas no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre/RS, 2011.....	50

LISTA DE QUADROS/TABELAS

Quadro 1 -	Intervenções de enfermagem NIC ligadas ao DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada. Porto Alegre/RS, 2011.....	33
Quadro 2 -	Intervenções de enfermagem para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada de acordo com “Ligações entre NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem”. Porto Alegre/RS, 2011.....	35
Quadro 3 -	Contribuições e observações dos enfermeiros <i>experts</i> em relação as atividades de enfermagem e ao título e à definição das intervenções. Porto Alegre/RS, 2011.....	51
Quadro 4 -	Contribuições e observações dos enfermeiros <i>experts</i> em relação as substituições de termos de algumas atividades. Porto Alegre/RS, 2011.....	71
Tabela 1 -	Caracterização da amostra de enfermeiros <i>experts</i> (n=16). Porto Alegre/RS, 2011.....	44
Tabela 2 -	Intervenções de enfermagem validadas como prioritárias para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre/RS, 2011.....	45
Tabela 3 -	Intervenções de enfermagem validadas como sugeridas para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre/RS, 2011.....	46
Tabela 4 -	Intervenções de enfermagem descartadas para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre/RS, 2011.....	48
Tabela 5 -	Número total de atividades de enfermagem validadas para cada intervenção considerada prioritária para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre/RS, 2011.....	52
Tabela 6 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Prevenção de Úlcera de Pressão, validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.....	53
Tabela 7 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Prevenção de Úlcera de Pressão, validadas como sugeridas e as descartadas. Porto Alegre/RS, 2011.....	53

Tabela 8 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Controle da Pressão, validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.....	55
Tabela 9 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Controle da Pressão, validadas como sugeridas e as descartadas. Porto Alegre/RS, 2011.....	56
Tabela 10 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Supervisão da Pele, validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.....	57
Tabela 11 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Supervisão da Pele, validadas como sugeridas. Porto Alegre/RS, 2011.....	57
Tabela 12 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Banho, validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.....	58
Tabela 13 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Banho, validadas como sugeridas e as descartadas. Porto Alegre/RS, 2011.....	59
Tabela 14 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Cuidados da Pele: tratamentos tópicos, validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.....	60
Tabela 15 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Cuidados da Pele: tratamentos tópicos, validadas como sugeridas e as descartadas. Porto Alegre/RS, 2011.	60
Tabela 16 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Monitorização dos Sinais Vitais, validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.....	62
Tabela 17 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Monitorização dos Sinais Vitais, validadas como sugeridas e as descartadas. Porto Alegre/RS, 2011.....	62
Tabela 18 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Cuidados na Incontinência Urinária, validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.....	64
Tabela 19 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Cuidados na Incontinência Urinária, validadas como sugeridas. Porto Alegre/RS, 2011.....	65
Tabela 20 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Posicionamento, validadas como prioritária. Porto Alegre/RS, 2011.....	66
Tabela 21 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Posicionamento, validadas como sugeridas e a descartada. Porto Alegre/RS, 2011.....	67
Tabela 22 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Terapia Nutricional, validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.....	69
Tabela 23 -	Atividades de enfermagem da Intervenção Terapia Nutricional, validadas como sugeridas e as descartadas. Porto Alegre/RS, 2011.....	69

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	20
3 REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1 ÚLCERA POR PRESSÃO: CONCEITO, ESTÁGIOS, ETIOLOGIA E AVALIAÇÃO DE RISCO	21
3.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM E SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO.....	27
3.2.1 <i>Processo de enfermagem</i>	27
3.2.2 <i>Classificação de Diagnósticos de Enfermagem: NANDA-I</i>	29
3.2.3 <i>Classificação de Intervenções de enfermagem: NIC</i>	31
3.3 ESTUDOS DE VALIDAÇÃO.....	36
4 METODOLOGIA.....	38
4.1 DELINEAMENTO	38
4.2 LOCAL	38
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	39
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	40
4.4.1 <i>Primeira etapa</i>	40
4.4.2 <i>Segunda etapa</i>	41
4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	41
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
5 RESULTADOS	43
5.1 PRIMEIRA ETAPA.....	43
5.1.1 <i>Caracterização da amostra</i>	43
5.1.2 <i>Intervenções de enfermagem validadas para o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada</i>	45
5.1.3 <i>Contribuições e observações dos experts no processo de validação das intervenções</i>	50
5.2 SEGUNDA ETAPA.....	51
5.2.1 <i>Atividades das intervenções de enfermagem validadas para o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada</i>	51
5.2.1.1 <i>Atividades da intervenção Prevenção de Úlcera de Pressão</i>	52
5.2.1.2 <i>Atividades da intervenção Controle da Pressão</i>	55
5.2.1.3 <i>Atividades da intervenção Supervisão da Pele</i>	56
5.2.1.4 <i>Atividades da intervenção Banho</i>	58
5.2.1.5 <i>Atividades da intervenção Cuidados da Pele: tratamentos tópicos</i>	59
5.2.1.6 <i>Atividades da intervenção Monitorização dos Sinais Vitais</i>	62
5.2.1.7 <i>Atividades da intervenção Cuidados na Incontinência Urinária</i>	64
5.2.1.8 <i>Atividades da intervenção Posicionamento</i>	66
5.2.1.9 <i>Atividades da intervenção Terapia Nutricional</i>	68
5.2.2 <i>Contribuições e observações dos experts às atividades de enfermagem</i>	71
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	72
7 CONCLUSÕES.....	82
8 RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA	83

REFERÊNCIAS	84
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - 1ª ETAPA	90
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – 2ª ETAPA	99
APÊNDICE C – CARTA INFORMATIVA.....	125
ANEXO A – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.....	126
ANEXO B – APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE.....	127

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem como ciência acumulou conhecimentos ao longo de sua história, fundamentando-se em modelos teóricos e desenvolvendo um método capaz de tornar a dinâmica de suas ações sistematizadas e inter-relacionadas, com vistas a identificar, compreender e descrever as respostas humanas aos problemas de saúde e/ou aos processos vitais, assim como, organizar e implementar ações de cuidado para alcançar os resultados esperados^(1,2). Assim, esse método que orienta o julgamento clínico e a tomada de decisão é denominado **Processo de Enfermagem (PE)**¹, constituindo-se pelas seguintes etapas: investigação ou coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação de intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados apresentados pelo paciente, família ou comunidade diante das condutas adotadas⁽³⁻⁴⁾.

Nas etapas do PE referentes ao diagnóstico, à intervenção e ao resultado podem ser usados termos padronizados descritos pelos sistemas de classificação, que apontam os fenômenos comuns na e para a prática clínica da enfermagem. Atualmente, os sistemas de classificação de linguagem mais conhecidos e utilizados na realidade brasileira são as taxonomias *NANDA-International* (NANDA-I)⁽⁵⁾, *Nursing Interventions Classifications* (NIC)⁽⁶⁾ e *Nursing Outcomes Classification* (NOC)⁽⁷⁾. Estas classificações ao serem utilizadas na prática clínica favorecem a comunicação e a documentação sistemática das ações da enfermagem, sendo que o paciente se beneficia pela continuidade de seus cuidados⁽⁶⁾.

Os cenários de cuidado em que o PE pode ser usado são diversos, com isto algumas especialidades necessitam ser melhor exploradas. Uma das preocupações atuais são as lesões cutâneas, as quais demandam grande parcela de cuidados de enfermagem e tem sido um objeto de discussão, principalmente, no meio hospitalar, devido à necessidade de qualificar a prevenção e o tratamento das mesmas, especialmente das úlceras de pressão (UP). Contudo, a incidência de UP ainda permanece elevada e estas lesões são causa importante de morbimortalidade, afetando a qualidade de vida dos pacientes, além de gerarem custos aos serviços de saúde⁽⁸⁾.

A UP é uma lesão na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea devido à pressão, que pode estar em combinação com cisalhamento e /ou fricção⁽⁸⁻⁹⁾. A imobilidade prolongada devido à paralisia, anestesia geral ou limitações físicas, associada

1 Grifo da autora

com a pressão externa aplicada sobre as proeminências ósseas, pode levar a uma interrupção da circulação, o que causa dano tecidual hipóxico e, finalmente, necrose.

Dentre os fatores de risco que contribuem para a exposição dos pacientes ao desenvolvimento de UP, destacam-se: o déficit de mobilidade e/ou sensibilidade, a fricção e cisalhamento, o edema, a umidade, a idade avançada, as doenças sistêmicas, o uso de alguns medicamentos como, por exemplo, corticóide, antiinflamatório e antibiótico, a deficiência nutricional, o comprometimento neurológico e os distúrbios metabólicos⁽⁹⁾. Portanto, é imprescindível uma assistência de enfermagem integral, de qualidade e realizada continuamente, de forma a identificar estes fatores que podem interferir na integridade da pele e, conseqüentemente, desencadear a ocorrência de uma UP⁽¹⁰⁾.

Para a identificação do risco para UP com maior precisão existem instrumentos preditivos como as escalas de Gosnell, Andersen, Braden, Norton e Waterlow. Dentre estas, a Escala de Braden (EB) é a mais utilizada no contexto brasileiro, por ter sido validada para o português do Brasil com elevados níveis de sensibilidade e especificidade⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A utilização dessa escala proporciona uma precoce e regular estratificação do risco para o desenvolvimento de UP, o que sustenta a adoção de medidas preventivas adequadas como a inclusão de métodos que reduzem os fatores predisponentes à hipoperfusão tecidual, a otimização do estado geral e nutricional do indivíduo e cuidados locais da pele^(11,13).

Ao avaliar o risco para a UP com escalas predictoras, a enfermagem pode planejar e executar intervenções necessárias para amenizá-lo, o que tende a favorecer a diminuição da incidência deste agravo. Estas intervenções devem garantir a continuidade do cuidado prestado e favorecer uma comunicação eficaz entre a equipe de enfermagem.

A seleção de uma intervenção de enfermagem para cada paciente deve estar baseada em uma boa coleta de dados e em um diagnóstico de enfermagem (DE) acurado, levando em conta os resultados esperados. Para a implementação da intervenção é necessário avaliar a sua exequibilidade, a aceitação do paciente e a capacidade do enfermeiro frente à situação⁽⁶⁾.

Portanto, as intervenções de enfermagem devem ser eleitas pelo profissional que deverá ter um DE bem definido frente à situação apresentada pelo paciente, neste caso, o risco de desenvolvimento de UP; bem como, frente ao resultado esperado, ou seja, a prevenção deste evento adverso. A avaliação do risco para UP pode diminuir os seus índices de incidência que ainda são elevados, principalmente, em ambientes hospitalares⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, pois, conforme já descrito, a prevenção desta lesão também tende a amenizar o sofrimento dos pacientes e seus familiares, diminuir os custos advindos desse processo de agravo à saúde, além de colaborar para a qualificação da assistência e da segurança do paciente⁽¹⁷⁾.

Nesse contexto, sabendo-se da importância das intervenções de enfermagem no cenário de cuidado de pacientes em risco para UP, atreladas à metodologia do PE e do uso dos sistemas de classificação e de instrumentos preditivos de risco como a Escala de Braden, surgiu a motivação para a realização deste estudo. Soma-se a isto, a experiência da autora em atividades de cuidado de enfermagem em um serviço de referência para o atendimento de pacientes com danos crônicos, onde muitos deles apresentavam o risco para UP ou já tinham a lesão. Além disto, a mesma também já desenvolveu estudos nesta área por ocasião da elaboração do seu trabalho de conclusão de especialização, quando avaliou a implantação da escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário do interior do RS⁽¹⁸⁾.

Ressalta-se, que o estudo de um sistema de classificação de intervenções de enfermagem como a NIC, pode possibilitar o aprofundamento do seu conhecimento, uma vez que apesar de apresentar diversas intervenções, não há estudos de validação das mesmas no cenário de cuidado a pacientes em risco para UP. Esta classificação também está em fase de expansão e refinamento, o que pode ser observado tanto pelo aprimoramento do conteúdo das suas edições, como pelas publicações acerca da mesma. Em recente busca em base de dados utilizando os termos “*nursing interventions classification and validation study*” foram encontradas 35 publicações⁽¹⁹⁾ sobre a NIC, sendo quatro no Brasil⁽²⁰⁻²³⁾. Nenhuma destas publicações apresenta a UP como uma situação clínica em estudo, o que reforça a intenção desta investigação.

Um dos quatro estudos brasileiros validou as intervenções de enfermagem NIC para os diagnósticos de enfermagem predominantes em pessoas com Diabetes *Mellitus*⁽²⁰⁾. Outro usou a NIC para identificar as atividades utilizadas em uma unidade de alojamento conjunto de um hospital universitário paulista, com o fim de avaliar a carga de trabalho⁽²¹⁾. O terceiro estudo realizou mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem aplicados a pacientes ortopédicos e a NIC⁽²²⁾ e, o quarto, validou o conteúdo das principais intervenções da NIC e dos resultados sugeridos pela NOC para os pacientes cardíacos com o DE Volume de líquidos excessivo⁽²³⁾.

Em outra busca na literatura sobre o cuidado a pacientes em risco para UP, identificou-se estudo que caracterizou este tipo de paciente, bem como os seus diagnósticos de enfermagem, segundo a NANDA-I. Uma das conclusões relatadas foi a de que o diagnóstico Risco de Integridade da pele prejudicada foi menos frequente do que o esperado, uma vez que todos os pacientes foram previamente avaliados pela escala de Braden e apresentavam risco para UP⁽²⁴⁾.

Assim, considera-se importante e necessário o conhecimento das intervenções de enfermagem NIC direcionadas à prevenção de UP, por meio de um processo de validação das mesmas entre enfermeiros brasileiros. Para isto, desenvolveu-se este estudo de validação de conteúdo norteado pelo questionamento: quais as intervenções e atividades de enfermagem descritas pela NIC são consideradas como prioritárias no tratamento do DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada para pacientes adultos em risco de úlcera por pressão?

2 OBJETIVOS

Validar o conteúdo das intervenções e atividades de enfermagem propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem Risco de Integridade da Pele Prejudicada, a partir da ligação NIC – NANDA-I, para pacientes adultos em risco de úlcera por pressão.

Identificar a existência de outras intervenções e/ou atividades de enfermagem não descritas pela NIC, consideradas pelos enfermeiros *experts*² como utilizadas no cuidado aos pacientes adultos com o diagnóstico de enfermagem Risco de Integridade da Pele Prejudicada, em risco de úlcera por pressão.

² *Expert* – pessoa que tem habilidade ou prática especial, sendo considerado um perito ou experto em determinada área, o qual lhe permite participar de estudos de validação na qualidade de juiz⁽²⁵⁾.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta seção está descrito o conceito, a etiologia, a classificação de UP e sua incidência, as escalas de avaliação de risco para este agravo, os fatores de risco intrínsecos, extrínsecos e as condições predisponentes relacionados à sua ocorrência e, por último, o cuidado de enfermagem aos pacientes em risco para UP, baseado na aplicação do processo de enfermagem e nos sistemas de classificação de diagnóstico e intervenções de enfermagem, bem como alguns estudos de validação sobre os elementos da prática de enfermagem. A revisão da literatura sobre estes pontos forneceu base teórica e científica para esta investigação.

3.1 ÚLCERA POR PRESSÃO: CONCEITO, ESTÁGIOS, ETIOLOGIA E AVALIAÇÃO DE RISCO

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano em relação a sua extensão, sendo também, a primeira linha de defesa do nosso corpo contra patógenos, pois confere proteção contra agressões do meio ambiente, abrasões, perda de líquidos e eletrólitos, substâncias nocivas, além de funcionar como um isolante térmico. Com todas estas funções desempenhadas pela pele é notória a importância da manutenção de sua integridade, uma vez que ela é fundamental à vida humana e ao perfeito funcionamento fisiológico do organismo⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Nas unidades hospitalares são atendidos indivíduos em estado de saúde com necessidades cada vez mais complexas, reflexo do avanço tecnológico que proporciona melhores condições de atendimento à saúde, além do aumento da expectativa de vida. Nestas condições, estes indivíduos são mais susceptíveis às complicações que põem em risco a sua segurança como infecções hospitalares, erros relacionados ao processo de administração de medicamentos e lesões na integridade da pele, dentre outras. Quanto às lesões de pele, especialmente a UP, é considerada um problema importante para o cuidado de enfermagem, o que requer instrumentos que permitam a identificação do risco para este agravo e o controle preventivo efetivo, não só da lesão, mas também da possibilidade de recidiva da mesma⁽¹¹⁻¹²⁾.

A UP é uma lesão localizada de necrose celular que tende a se desenvolver quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por prolongado período de tempo, pois decorre da compressão e consequente falta de oxigenação e nutrição dos tecidos (pele, mucosas e tecidos adjacentes), associada à diminuição da mobilidade^(12,16-17,28).

Em virtude disto, a UP é uma lesão que frequentemente acomete pacientes crônicos graves, agudos e/ou, hospitalizados assim como indivíduos institucionalizados por longos períodos, seja pelos inúmeros fatores de risco a que estão expostos ou pelo seu cuidado ineficiente. Trata-se da perda da integridade cutânea que se instala, principalmente, em locais aonde há proeminências ósseas, devido à pressão. Isto faz com que haja comprometimento da circulação, o que produz morte tecidual com necrose celular, que pode ser superficial ou profunda. O período crítico de isquemia, que pode causar danos sob pressão, varia bastante entre as pessoas, situando-se entre 30 e 240 minutos. Além da pressão aplicada externamente, a tolerância do tecido para a isquemia é variável⁽²⁸⁾.

No Brasil, estudos estimam que a incidência de UP no ambiente hospitalar varia de 2,7% a 29,5% e, em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de 10,62% a 62,5%; nas unidades de clínica médica a incidência gira em torno de 42,6% e nas unidades cirúrgicas 39,5%^(15,27-29). Em estudo que teve como objetivo implementar a Escala de Braden em uma Unidade de Terapia Intensiva, a incidência encontrada foi de 25,67%, achado que se aproxima do encontrado por outro estudo que obteve uma incidência de 31%, sendo que a maioria (60,9%) das ocorrências foi observada na primeira semana (até sete dias) de internação na UTI^(18,30).

As UPs se localizam com maior frequência nas regiões isquiática (24%), sacrococcígea (23%), trocantérica (15%) e calcânea (8%). Outras áreas incluem maléolos laterais (7%), cotovelos (3%), região occipital (1%) e região escapular^(28,31).

As UP são classificadas em estágios, conforme o acometimento das camadas da pele e tecidos^(8,28):

- estágio 0 – pele íntegra: sem área avermelhada, sem lesão.
- estágio I – área avermelhada: pele intacta, presença de eritema que não retorna ao normal após a remoção da pressão. Precursor da ulceração de pele, indicativo de lesão na microcirculação.
- estágio II – rompimento da pele, flictemas: lesão parcial da pele, envolvendo epiderme, derme ou ambas. A úlcera é superficial e, clinicamente, aparece como abrasão, bolha ou cratera rasa.

- estágio III – rompimento da pele, expondo o subcutâneo: lesão total da pele, envolvendo dano ou necrose da camada subcutânea, mas não completa. A úlcera apresenta-se, clinicamente, como uma cratera profunda, com ou sem comprometimento dos tecidos subjacentes.

- estágio IV – rompimento da pele, expondo o músculo: grande destruição, com presença de tecido necrótico ou dano de músculos, ossos ou estruturas de suporte (por exemplo, tendões e cápsula articular).

- úlceras não estagiáveis – perda total do tecido: lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta totalmente por esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou por necrose de coagulação (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão.

- suspeita de lesão tissular profunda – pele intacta: área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta, decorrente de dano a tecido mole, devido à pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio em comparação ao tecido adjacente.

A UP é causada por uma associação de fatores extrínsecos e intrínsecos ao paciente que podem determinar em maior ou menor grau o desenvolvimento da lesão. Dentre os fatores de risco intrínsecos merece destaque as alterações na mobilidade, sensibilidade, umidade, turgor e elasticidade da pele, estado nutricional, idade avançada, temperatura elevada e estado cognitivo. Quanto aos fatores extrínsecos, sobressaem-se a força de pressão no corpo e a mobilização inadequada, além das condições inapropriadas das roupas da cama e do colchão^(16,32). Desta multicausalidade, existem dois determinantes críticos, a intensidade e a duração da pressão, que estão associados à percepção sensorial, ao estado nutricional, à mobilidade, à atividade, a tolerância da pele à umidade, à fricção e ao cisalhamento^(16,32-33).

Além dos fatores intrínsecos relacionados ao paciente e aos extrínsecos já citados, existem ainda, os que estão ligados ao ambiente institucional e à equipe multiprofissional envolvida na assistência do paciente, ou seja, ao processo de trabalho da organização do cuidado (Figura 1)⁽³²⁾.

Figura 1 - Modelo de associação entre as condições predisponentes, fatores intrínsecos, extrínsecos e a ocorrência de UP em pacientes hospitalizados. Porto Alegre/RS, 2011.



Fonte: Paiva, 2008⁽³²⁾.

Esse processo de trabalho envolve os aspectos administrativos e organizacionais das instituições, aos equipamentos e materiais disponíveis, ao uso de protocolos de cuidado e, principalmente, ao conhecimento dos profissionais de saúde que estão envolvidos na qualidade da assistência. Disto se depreende que a avaliação da pele, que tem por objetivo inicial a determinação do risco do paciente para desenvolver a UP, constitui-se na primeira medida a ser tomada para a prevenção da lesão e que o desenvolvimento ou não desta depende de todos os fatores associados⁽¹²⁻¹³⁾. Em vista disto, as instituições de saúde tem usado diferentes estratégias, como a formação de grupos de estudo do cuidado com a pele, bem como a elaboração de protocolos preventivos e de tratamento para UP⁽¹⁷⁾.

A importância dada ao tema revela-se como marco a partir de 1987, quando o governo norte-americano criou um órgão para avaliação e credenciamento dos serviços de saúde – *The Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organization (JCAHO)* – o qual estabeleceu que a UP se constitui em um indicador de qualidade do cuidado, tornando-se, assim, um parâmetro para avaliação dos serviços de saúde^(11,34). Assim, a prevenção é mais importante do que as propostas de tratamento, visto que o custo é menor e o risco para o paciente é inexistente.

Devido às consequências da UP, em 1992, os organizadores da *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* criaram diretrizes para previsão, prevenção e tratamento da mesma. Estas são divididas em quatro tópicos: avaliação do risco para desenvolvimento de UP; cuidados com a pele e tratamento precoce (medidas preventivas); redução da carga mecânica e utilização de superfícies de suporte e educação^(8,35).

As intervenções preventivas para UP se referem à atenção constante às alterações da pele; identificação dos pacientes de alto risco; manutenção da higiene do paciente e leito; atenção à mudança de decúbito, remoção e redistribuição das áreas de pressão do corpo aliviando a pressão e massagem de conforto, minimização das forças de fricção e cisalhamento, além de outras medidas como a movimentação passiva dos membros, deambulação precoce, recreação, secagem e aquecimento da comadre antes do uso no paciente, uso de creme hidratante para evitar o ressecamento da pele, uso de colchões que redistribuem o peso corporal, coxins para apoio do corpo, uso de coberturas especiais para as lesões e, orientação ao paciente e família. Além disto, o monitoramento constante das condições nutricionais e da ingestão hídrica do paciente é essencial^(14,16-18).

No intuito de predizer o risco de UP com maior precisão, criaram-se várias escalas de risco. Nos Estados Unidos as mais utilizadas são a de Norton e a de Braden. No Brasil, a escala de Braden tem sido mais aplicada, uma vez que foi traduzida e validada para o português. Trata-se de uma escala que tem comprovado os seus elevados níveis de sensibilidade e especificidade na avaliação do risco para o desenvolvimento de UP^(11-12,29,36).

A Escala de Braden avalia e contabiliza os fatores etiológicos que contribuem para a compressão prolongada e para a redução da tolerância tecidual à compressão, por meio de suas seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Três delas medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão – percepção sensorial, atividade e mobilidade; e, três mensuram a tolerância do tecido à pressão – umidade, nutrição, fricção e cisalhamento^(28,43).

A subescala percepção sensorial mede a capacidade de sentir e, conseqüentemente, de aliviar o desconforto. A sensação de pressão ou desconforto faz com que a pessoa mude de posição ou solicite auxílio para fazer pequenas ou grandes mudanças de seu corpo. A incapacidade para sentir ou reconhecer a pressão ou o desconforto aumenta o risco para o desenvolvimento de UP^(12,36-37).

As subescalas atividade e mobilidade são usadas para avaliar a frequência e a duração da atividade ou troca de posição. Mobilidade é a habilidade para aliviar a pressão, por meio dos movimentos do paciente no próprio leito, enquanto que a atividade mede a frequência dos movimentos fora do leito^(12,36-37).

A subescala nutrição avalia o padrão usual de consumo alimentar por meio do controle da ingestão diária da refeição oferecida, salientando a quantidade de proteínas, ingestão de líquidos, necessidade e aceitação de suplementos alimentares e utilização de alimentação por sonda ou nutrição parenteral total^(12,36-37).

A subescala umidade mede o grau de umidade a que a pele está exposta. Incontinência urinária ou anal, drenagem de feridas, perspiração e resíduos de alimentos são potenciais fontes de umidade^(12,36-37).

A subescala fricção e cisalhamento avalia a habilidade do paciente em se movimentar ou ser auxiliado nas movimentações, deixando a pele livre do contato com a superfície da cama ou da cadeira durante as movimentações^(12,36-37).

As primeiras cinco subescalas são pontuadas de um (mais favorável ao risco) a quatro (menos favorável ao risco) e a sexta subescala é pontuada de um a três. A pontuação mais baixa indica maior risco para desenvolver UP⁽³⁶⁻³⁷⁾. O escore total indicará a presença ou não do risco de UP e pode variar de 6 a 23, sendo que quanto menor o escore maior será o comprometimento apresentado e, conseqüentemente, maior a exposição ao risco para desenvolver UP. A pontuação pode ser classificada considerando valores ≤ 9 como altíssimo risco, 10 a 12 como alto risco, 13 a 14 como risco moderado, 15 a 18 como baixo risco e valores de 19 a 23 como ausência de risco para o desenvolvimento de UP^(11,38). Todavia, hoje já se sabe que além do escore total também é necessário ser considerado o escore obtido em cada uma das seis subescalas, pois se um deles for muito baixo, talvez seja suficiente para determinar o risco de UP⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

Sabendo-se disso, cada instituição poderá estabelecer um escore que determinará a sua população de risco, exemplo é o caso do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que utiliza o escore menor ou igual (\leq) a 13, enquanto que o Hospital São Paulo adota a pontuação descrita no parágrafo anterior^(17,39).

O uso da Escala de Braden pelo enfermeiro na avaliação do risco do paciente à UP ou de recidiva desta lesão tem sido observado em diversos estudos^(12,18,24), com o objetivo de identificar os pacientes mais vulneráveis a este tipo de agravo. Todavia, pensa-se que a sua aplicação de forma regular e sistemática, também pode fornecer elementos importantes para o estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem acurado e para a seleção das intervenções mais adequadas a cada caso⁽²⁴⁾.

3.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM E SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO

3.2.1 Processo de enfermagem

O Processo de Enfermagem (PE) indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas, ou seja, a adoção de um determinado método ou modo de fazer e pensar, que orienta o julgamento e a tomada de decisão em relação ao diagnóstico, à intervenção e ao resultado de enfermagem^(1,4,41). O modo como ele é aplicado à prática profissional é dinâmico e tem se modificado ao longo do tempo, seja pela influência da evolução do conhecimento ou pelos diferentes cenários da prática assistencial. Assim, são descritas três gerações distintas do PE⁽¹⁻²⁾.

A primeira geração, compreendida entre o período de 1950 a 1970, enfatizava a identificação e a resolução dos problemas do paciente, além de se estruturar em um modelo que utilizava quatro etapas: coleta de dados, planejamento, implementação e avaliação. Na segunda geração, compreendida no período de 1970 a 1990, o PE deixa de ter uma conotação linear e lógica, com foco na solução de problemas e assume características de um processo dinâmico e multifacetado, pautado no raciocínio e pensamento crítico. Assim, este passa a ser constituído por cinco etapas, acrescentando o diagnóstico de enfermagem. Nesta geração, os enfermeiros iniciaram o desenvolvimento dos estudos dos sistemas de classificação que apresentam uma linguagem padronizada à enfermagem. A terceira geração compreendida de 1990 até os dias atuais está voltada aos resultados apresentados pelos pacientes decorrentes das intervenções de enfermagem. O modelo de PE nesta geração está sendo utilizado no ensino, na pesquisa e na prática clínica, permitindo à profissão nomear e documentar suas ações^(1,4,42).

As cinco etapas do PE iniciam-se pela investigação, que se constitui na coleta de informações para determinar o estado de saúde do indivíduo, família ou comunidade, obtidas pela realização da entrevista e do exame físico, o que torna possível a identificação das respostas humanas aos problemas de saúde e/ou aos processos vitais reais ou potenciais⁽⁴⁾.

A segunda etapa é o diagnóstico de enfermagem (DE), ou seja, a interpretação dos dados coletados e a identificação das necessidades do ser humano, família ou comunidade que precisa do cuidado de enfermagem, por meio do julgamento e pensamento crítico. O DE pode ser descrito com o uso de uma taxonomia diagnóstica como a NANDA-I e o mesmo fornece a

base para o planejamento e a execução de intervenções de enfermagem, com vistas a obter os melhores resultados⁽³⁻⁴⁾.

A terceira etapa é o plano assistencial, onde são programadas as intervenções diante do DE estabelecido, a partir de metas traçadas e de resultados esperados. Uma vez definido o plano assistencial, as intervenções de enfermagem prescritas são implementadas, o que se configura na quarta etapa do PE. Nestas etapas também é possível se utilizar linguagem padronizada da NOC e da NIC para descrever os resultados esperados e as intervenções, respectivamente^(4,6).

A quinta etapa é a avaliação das mudanças que ocorrem em quem se encontra sob as intervenções de enfermagem. Nesta fase, verifica-se o resultado obtido, assim como a necessidade ou não de coletar novos dados, identificar outros diagnósticos de enfermagem e/ou implementar outras intervenções^(4,7). Os resultados podem ser descritos e mensurados usando-se a NOC pela segunda vez.

Conforme já escrito, a evolução do conhecimento modificou o PE e o seu aprimoramento levou à necessidade do uso de linguagens padronizadas para registrar as etapas de diagnóstico, intervenção e a avaliação do resultado. Estas linguagens evoluíram para os sistemas de classificação de termos padronizados de enfermagem, os quais auxiliam a sistematizar a assistência ao paciente, organizam, individualizam e qualificam o cuidado^(6,42).

A classificação de diagnóstico de enfermagem NANDA-I, a de intervenções *Nursing Interventions Classifications* (NIC) e a de resultados *Nursing Outcomes Classification* (NOC), todas de origem norte-americana, foram traduzidas para o português do Brasil e são as mais frequentemente utilizadas em pesquisas, na prática clínica assistencial e no ensino de enfermagem⁽⁵⁻⁷⁾.

Estas classificações são relativamente recentes na enfermagem e o seu uso requer raciocínio clínico. Sem o uso das mesmas, a linguagem para expressar os julgamentos, as intervenções e a avaliação feita pelos enfermeiros é livre e não possibilita uma comunicação padronizada entre os profissionais. As classificações de enfermagem podem ser entendidas como ferramentas que qualificam o PE, instrumento para a prática clínica dos enfermeiros, mapas que representam alguns dos elementos do território dessa profissão, que torna mais fácil a sua compreensão⁽⁴²⁻⁴³⁾.

A utilização dessas linguagens uniformizadas também permitem maior expressividade e concretude à enfermagem, pois seus termos nomeiam os principais elementos de sua prática, os quais são usados em diferentes etapas do processo de raciocínio e julgamento clínico^(5,42). O seu uso também favorece a avaliação das competências e dos custos de recursos humanos e

de materiais, além de serem importantes para o desenvolvimento dos sistemas informatizados. Em síntese, pode-se dizer que elas auxiliam a ordenar e a qualificar o ambiente de trabalho, a comunicação entre os profissionais de enfermagem e entre estes com os de outras áreas da saúde, além de facilitarem o avanço da base de conhecimentos da enfermagem^(5-7,42,44).

A NIC é objeto de investigação neste estudo, tendo como ponto de partida um dos diagnósticos de enfermagem descritos pela NANDA-I.

3.2.2 Classificação de Diagnósticos de Enfermagem: NANDA-I

A NANDA-I é uma classificação de termos diagnósticos apresentados em um sistema taxonômico sob forma multiaxial. Na última edição traduzida para o português do Brasil, apresenta 13 domínios, 46 classes e 201 diagnósticos de enfermagem⁽⁵⁾.

O termo diagnóstico de enfermagem (DE) é definido como “*um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais, que se constitui na base para a seleção das intervenções para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável*”⁽⁵⁾.

O DE da NANDA-I tem os seguintes componentes: o *título*, o nome do diagnóstico; *definição*, descrição clara e precisa do mesmo; *características definidoras*, indícios e inferências que se agrupam como manifestações de um diagnóstico real e de promoção da saúde; *fatores de risco*, fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, família ou comunidade a um evento insalubre; *fatores relacionados*, antecedentes, contribuintes ou associados a um DE real⁽⁵⁾.

A NANDA-I apresenta atualmente quatro tipos de diagnósticos: o *diagnóstico real* descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade, sendo sustentado pelas características definidoras. O *diagnóstico de promoção da saúde* é definido pelo julgamento clínico da motivação e do desejo de uma pessoa, família ou comunidade de aumentar o seu bem-estar. Os diagnósticos de bem-estar, antes apresentados na classificação, foram convertidos para este tipo. O *diagnóstico de síndrome* é um conjunto ou grupo de sinais e sintomas que quase sempre ocorrem juntos. O *diagnóstico de risco* descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em indivíduo, família ou comunidade vulnerável, sendo apoiado em fatores de risco^(5,45).

De acordo com esta estrutura taxonômica e com o tema desta investigação, ou seja, o risco dos pacientes à UP e as intervenções mais apropriadas para a prevenção deste agravo à saúde, identificou-se que o DE que melhor traduz esta situação de vulnerabilidade é o Risco de Integridade da Pele Prejudicada (00047)³, que se encontra no domínio 11 denominado Segurança/proteção, na classe 2, denominada Lesão física.

O domínio Segurança/proteção inclui conceitos diagnósticos sobre estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico, conservação contra perdas e proteção da segurança e da ausência de perigos. Nele, a classe Lesão física é definida como dano ou ferimento ao organismo⁽⁵⁾. Este domínio contempla conceitos que remetem a duas das funções da pele, segurança e proteção e, ainda, quanto à lesão física, que pode ser relacionada com a UP.

O DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada está definido como *risco de alteração na epiderme ou derme*^(5,45). Para que este DE possa ser identificado com maior acurácia a NANDA-I orienta o uso de um instrumento padronizado de avaliação de risco⁽⁵⁾. Este instrumento pode ser, por exemplo, a Escala de Braden, que avalia o risco a que um indivíduo está exposto à UP, agravo clínico importante que acomete, principalmente, pacientes crônicos, acamados por períodos de tempo prolongado, institucionalizados e/ou hospitalizados^(11,39). Nota-se que o DE em questão não é específico para determinar o risco para UP, mas sim para qualquer risco à integridade da pele, conforme sua definição.

Os fatores de risco apresentados para esse DE estão divididos em externos e internos. Os externos são excreções, extremos de idade, fatores mecânicos (pressão, contenção e imobilização), hipertermia, hipotermia, imobilização física, pele úmida, radiação, secreções e substância química. Os fatores internos são circulação prejudicada, estado nutricional desequilibrado, fatores de desenvolvimento, imunológicos e psicogênicos, medicamentos, mudanças na pigmentação, no estado metabólico e no turgor da pele, proeminências ósseas e sensações prejudicadas⁽⁵⁾.

Vários desses fatores apresentados pela NANDA-I também são descritos na literatura e apontados na Escala de Braden como importantes preditivos para a UP⁽²⁷⁾. Um ponto importante a ser considerado pelo enfermeiro diagnosticador é o de que, dependendo da presença de um ou de outro fator de risco para este DE, as intervenções de enfermagem poderão ser estabelecidas de forma diferente^(32,36). Outro aspecto relevante a ser considerado pelos enfermeiros é a possibilidade de se ter um DE que defina o risco para a UP, o que

³ Código atribuído pela NANDA-I para este DE⁽⁵⁾.

poderia favorecer a prática clínica, uma vez que esta situação é comum e exige intervenções de cuidado direto e específico aos pacientes sob sua responsabilidade, podendo ser desenvolvidas, na maioria das vezes, de forma autônoma. Considerando esta hipótese, um grupo de pesquisadores brasileiros já encaminhou uma proposta de criação do DE Risco para úlcera por pressão, o qual se encontra em fase de estudo e construção.

Assim, o papel de diagnosticador do enfermeiro, com o uso de competências e habilidades do pensamento e raciocínio crítico, reforça a necessidade de aprimoramento de estudos sobre diagnósticos em populações específicas, a fim de torná-los mais acurados^(2,43,46), visto que após a identificação do DE é necessário traçar um resultado a ser alcançado, o que implica em selecionar intervenções apropriadas.

Para auxiliar nestas etapas do PE, em que o enfermeiro estabelece os resultados a serem atingidos e as intervenções a serem implementadas, o mesmo pode-se valer dos sistemas de classificação de intervenções (NIC) e de resultados (NOC), conforme já citados. Ambos também organizados sob uma estrutura taxonômica⁽⁶⁻⁷⁾.

Nesta investigação, realizar-se-á uma validação de algumas intervenções da NIC a partir das ligações existentes entre ela e a NANDA-I. Essas ligações são definidas como a relação ou associação entre um DE e uma intervenção de enfermagem, que tem por objetivo minimizar ou solucionar o problema, no caso, a UP. Elas também podem facilitar a fundamentação diagnóstica e a tomada de decisão clínica pelo enfermeiro, por meio da identificação das intervenções de enfermagem e assim, atingir os resultados traçados.

3.2.3 Classificação de Intervenções de enfermagem: NIC

A NIC foi desenvolvida a partir de um projeto de pesquisa que se utilizou de diferentes métodos. Em suas etapas de construção, utilizaram-se estudos de validação com enfermeiros *experts* em cada área de especialidade, o que garantiu a sua abrangência atual⁽⁶⁾.

A NIC publicada pela primeira vez em 1997 e traduzida para o português apenas em 2004, apresenta como foco as intervenções do enfermeiro na execução de sua prática profissional⁽⁶⁾. Estas intervenções são definidas como “*qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente*”, as quais são formadas por uma lista de atividades que irão tratar os fatores relacionados ou fatores de risco e as características definidoras (sinais e

sintomas) de um DE estabelecido⁽⁶⁾. Assim, o enfermeiro pode, ainda, acrescentar alguma outra atividade que julgue necessária, desde que coerente com a definição da intervenção^(6,47).

As intervenções da NIC incluem tanto cuidados diretos, ou seja, tratamentos realizados por meio da interação com o paciente, os quais incluem ações no âmbito fisiológico e psicossocial, bem como, as ações práticas, de apoio e aconselhamento para a vida. Já os cuidados indiretos se constituem de tratamentos ao paciente realizados a distância, com ações voltadas ao gerenciamento do ambiente. Estas intervenções estão inseridas dentro de um domínio e de uma classe e são compostas por título, definição e um código numérico padrão⁽⁶⁾.

A 5ª edição da NIC está apresentada em seis partes: construção e o uso da classificação, taxonomia das intervenções de enfermagem, a classificação, as intervenções essenciais para áreas de especialidades de enfermagem, o tempo estimado e nível de formação necessária para a realização das intervenções NIC e os apêndices. Segue estruturada em sete domínios (numerados de 1 a 7): Fisiológico básico, Fisiológico complexo, Comportamental, Segurança, Família, Sistema de saúde e Comunidade. Estes domínios possuem 30 classes, que são identificadas por letras, com 542 intervenções e mais de 12 mil atividades, cada qual com um código numérico de quatro dígitos⁽⁶⁾.

A NIC, nas suas últimas edições, apresentava um capítulo que continha as ligações de suas intervenções com os DE da NANDA-I. Todavia, na 5ª edição, ou seja, a última disponível identificou-se a ausência deste capítulo. Por isto, neste estudo, além do referencial da 5ª edição, também foi usado como um dos referenciais norteadores o capítulo de ligações apresentado na 4ª edição, uma vez que o mesmo proporciona direção na escolha das intervenções para um determinado DE^(6,48).

Neste capítulo das ligações da NIC com a NANDA-I são apresentadas para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada 48 intervenções de enfermagem, sendo três prioritárias, 28 sugeridas e 17 adicionais optativas⁽⁴⁸⁾. As de primeiro nível, consideradas prioritárias, são as mais prováveis para a solução do problema. As de segundo nível, denominadas sugeridas, tem uma grande probabilidade de solucionar o diagnóstico e, as de terceiro nível, adicionais optativas, as que se aplicam somente a alguns pacientes com o DE (Quadro 1)^(5-6,48):

Quadro 1 – Intervenções de enfermagem NIC ligadas ao DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada. Porto Alegre/RS, 2011.

Domínio	Classe	Intervenção NIC (código)	Classificação do nível de ligação
Domínio 1: Fisiológico básico Cuidados que dão suporte ao funcionamento físico	Controle da atividade e do exercício: Intervenções para organizar ou auxiliar a atividade física e a conservação e gasto de energia	Promoção do exercício (0200)	Sugerida
		Promoção do exercício: treino para fortalecimento (0201)	Sugerida
		Terapia com exercícios: deambulação (0221)	Sugerida
		Terapia com exercícios: equilíbrio (0222)	Sugerida
		Terapia com exercícios: mobilidade articular (0224)	Sugerida
		Terapia com exercícios: controle muscular (0226)	Sugerida
		Promoção do exercício: alongamento (0202)	Adicional optativa
	Controle da eliminação: Intervenções para estabelecer e manter padrões regulares de eliminação intestinal e urinária e controlar complicações resultantes de padrões alterados	Cuidados com ostomias (0480)	Sugerida
		Cuidados na incontinência intestinal (0410)	Adicional optativa
		Conduta no prolapso retal (0490)	Adicional optativa
	Controle da imobilidade: Intervenções para controlar a restrição de movimentos limitados do corpo e as sequelas	Cuidados com aparelho gessado: manutenção (0762)	Sugerida
		Cuidados com aparelho gessado: úmido (0764)	Sugerida
		Posicionamento (0840)	Sugerida
		Imobilização (0910)	Sugerida
		Cuidados com a tração/imobilização (0940)	Sugerida
		Cuidados com o repouso no leito (0740)	Adicional optativa
	Apoio nutricional: Intervenções para modificar ou manter o estado nutricional	Controle da nutrição (1100)	Adicional optativa
		Terapia nutricional (1120)	Adicional optativa
		Administração de nutrição parenteral total (NPT) (1200)	Adicional optativa
	Facilitação do autocuidado: Intervenções para proporcionar ou auxiliar nas atividades de rotina na vida diária, ou ajudar a sua realização	Cuidados com os pés (1660)	Sugerida
		Ensino: cuidados com os pés (5603)	Sugerida
		Banho (1610)	Adicional optativa
		Cuidados com as unhas (1680)	Adicional optativa
Cuidados com o períneo (1750)		Adicional optativa	

Domínio	Classe	Intervenção NIC (código)	Classificação do nível de ligação
Domínio 2: Fisiológico complexo Cuidados que dão suporte à regulação homeostática	Controle eletrolítico e ácido-básico: Intervenções para regular o equilíbrio eletrolítico/ácido-básico e prevenir complicações	Controle de eletrólitos (2000)	Adicional optativa
		Controle hidroeletrólítico (2080)	Adicional optativa
	Controle de medicamentos: Intervenções para facilitar os efeitos desejados dos agentes farmacológicos	Administração de medicamentos: tópica (2316)	Sugerida
		Controle de medicamentos (2380)	Adicional optativa
	Cuidados perioperatórios: Intervenções para proporcionar cuidados antes, durante e após a cirurgia	Posicionamento: transoperatório (0842)	Sugerida
	Controle de pele/feridas: Intervenções para manter ou recuperar a integridade tissular	Controle da pressão (3500)	Prioritária
		Prevenção de úlceras de pressão (3540)	Prioritária
		Supervisão da pele (3590)	Prioritária
		Cuidados na amputação (3420)	Sugerida
		Cuidados com local de incisão (3440)	Sugerida
		Cuidados com lesões (3660)	Sugerida
		Cuidados da pele: tratamentos tópicos (3584)	Sugerida
		Monitorização das extremidades inferiores (3480)	Sugerida
	Controle da perfusão tissular: Intervenções para otimizar a circulação de sangue e líquidos até os tecidos	Precauções circulatórias (4070)	Sugerida
		Precauções contra sangramento (4010)	Adicional optativa
Domínio 4: Segurança Cuidado que apóia a proteção contra danos	Controle de risco: Intervenções para iniciar atividades de redução de risco e manter o monitoramento de risco durante certo tempo	Controle de Infecção (6540)	Sugerida
		Precauções no uso de artigos de látex (6570)	Sugerida
		Supervisão (6650)	Sugerida
		Proteção contra infecção (6550)	Sugerida
		Monitorização de sinais vitais (6680)	Adicional optativa

Fonte: Dochterman e Bulechek, 2008^(6,48).

Duas intervenções sugeridas e duas adicionais optativas foram excluídas desse estudo, e não constam no quadro apresentado, em virtude do foco do mesmo ser o risco para o desenvolvimento de UP, situação que não requer atividades ligadas a estas intervenções que são específicas para outras situações de cuidado. São elas: “Aconselhamento para a lactação” e “Cuidados com sondas e drenos: linha umbilical”; e, “Precauções com torniquete pneumático” e “Estimulação Elétrica Transcutânea do Nervo”⁽⁶⁾.

Além do capítulo de ligações entre a NIC com os DE da NANDA-I existe o livro intitulado *Ligações entre NANDA-I, NOC e NIC*, que propõe o emprego das três classificações em conjunto. Este livro foi consultado para identificar a existência de outras intervenções que poderiam não estar contidas na lista descrita no capítulo das ligações da NIC/NANDA-I. Após esta consulta, foram incluídas no estudo sete intervenções de enfermagem, considerando-se o objeto desta investigação. Elas são descritas como intervenções adicionais optativas para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada (Quadro 2)^(5,49):

Quadro 2 – Intervenções adicionais optativas de enfermagem para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada de acordo com “Ligações entre NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem”. Porto Alegre/RS, 2011.

Domínio	Classe	Intervenção NIC (código)
Domínio 1: Fisiológico básico Cuidados que dão suporte ao funcionamento físico	Controle da eliminação: Intervenções para estabelecer e manter padrões regulares de eliminação intestinal e urinária e controlar complicações resultantes de padrões alterados	Controle da diarreia (0460) Cuidados na incontinência urinária (0610)
	Controle da imobilidade: Intervenções para controlar a restrição de movimentos limitados do corpo e as sequelas	Posicionamento: cadeira de rodas (0846)
	Promoção do conforto físico: Intervenções para promover o conforto, usando técnicas motoras	Massagem (1480)
	Facilitação do autocuidado: Intervenções para proporcionar ou auxiliar nas atividades de rotina na vida diária, ou ajudar a sua realização	Assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário (1804)
		Assistência no autocuidado: banho/higiene (1801) Cuidados com próteses (1780)

Fonte: Johnson, 2009⁽⁴⁹⁾.

Portanto, considerando-se o capítulo de ligações NIC-NANDA-I e o proposto pelo livro *Ligações entre NANDA-I, NOC e NIC*, encontrou-se um total de 51 intervenções de enfermagem passíveis de serem aplicadas para o tratamento do DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada. Entretanto, não está validado quais destas se relacionam, de forma específica, com o cuidado de pacientes em risco de UP.

Assim, considerando-se o vasto conteúdo da NIC se faz necessário um estudo de validação, que aponte quais das intervenções apresentadas nesta classificação são mais adequadas para pacientes em risco para UP.

Embora já existam estudos sobre o uso da NIC na prática clínica, os mesmos foram desenvolvidos nas áreas de lesados medulares, insuficiência cardíaca, prostatectomia e terapia intensiva, ou seja, cenários diferentes do que foi proposto neste estudo^(44,46,50-51).

3.3 ESTUDOS DE VALIDAÇÃO

O uso de modelos teóricos e taxonomias que pressupõem o uso de linguagem padronizada dos elementos da prática de enfermagem requerem estudos de validação. Estes buscam “*tornar válido e, válido é tudo aquilo que tem valor e serventia, que mede aquilo que tem que medir, ou seja, torna os resultados obtidos mais verdadeiros*”⁽⁵²⁻⁵³⁾.

Os estudos de validação são utilizados para aprofundar o conhecimento dos elementos que compõem o PE (diagnóstico, intervenção e resultado) e para validar o conteúdo proposto pelos sistemas de classificação de enfermagem. Há na literatura diversos modelos metodológicos usados para a validação de DE, entre eles os propostos por Fehring⁽⁵³⁾. Atualmente, este método também está sendo usado com adaptações para validação de resultados e intervenções de enfermagem, dos quais podemos destacar quatro estudos^(44,50,4-55).

O primeiro validou o conteúdo das intervenções de enfermagem propostas pela NIC para o DE Mobilidade física prejudicada em lesados medulares, em que a opinião dos *experts* determinou quais intervenções eram indicativas ou não para o DE estudado para aquela população⁽⁴⁴⁾. No segundo estudo, as intervenções de enfermagem para o preparo de alta dos pacientes submetidos à prostatectomia foram validadas pelo modelo de validação de conteúdo e possibilitaram a elaboração de um protocolo e de um plano de cuidados específicos a estes pacientes⁽⁵⁰⁾. O terceiro estudo identificou os DE em lesados medulares em reabilitação e validou as intervenções de enfermagem para os mesmos. Como método de análise foi utilizado o modelo de validação de conteúdo proposto por Fehring, incluindo a etapa da

técnica Delphi, para obter consenso do grupo⁽⁵⁴⁾. O quarto realizou a validação de conteúdo de um guia de condutas de enfermagem para crianças com infecção respiratória aguda, o qual foi comparado com as intervenções da NIC para o DE Desobstrução ineficaz das vias áreas⁽⁵⁵⁾.

No estudo de validação de conteúdo, uma das dificuldades apontadas é a seleção dos *experts*, pois este indivíduo deve ter um amplo conhecimento e habilidade teórica e experiência prática^(25,56-57). Ainda, os critérios usados para a sua seleção devem ser detalhados, o que assegura a utilização destes por outros pesquisadores^(25,26). Nos estudos descritos anteriormente, um critério imprescindível na seleção dos seus *experts* na validação de intervenções foi a experiência dos mesmos na prática assistencial, uma vez que seu conhecimento e atuação na especificidade favorecem e qualificam a fidedignidade do objeto de estudo.

Ressalta-se, ainda, que os estudos de validação de conteúdo de intervenções de enfermagem tem por objetivo verificar o quanto uma ou outra é mais utilizada para alterar ou resolver o problema do paciente. Eles também constataam o grau de concordância dos elementos que estruturam uma intervenção NIC como: título, definição e as atividades que as compõem e estão relacionadas a um DE - Risco de Integridade da Pele Prejudicada -, inserido num contexto clínico⁽⁵²⁻⁵³⁾, no caso, o cuidado a pacientes em risco de UP.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO

Estudo do tipo validação de conteúdo, com base no modelo de Fehring, o qual tem sido utilizado para validar diagnósticos de enfermagem e, mais recentemente, também, para validar intervenções e resultados de enfermagem para um determinado diagnóstico^(44,53,57-58).

4.2 LOCAL

Pesquisa realizada no período de março de 2010 à dezembro de 2011, em dois hospitais universitários de grande porte, um da região Sul e outro da região Sudeste do Brasil, os quais possuem grupos de estudos e pesquisa na área do cuidado de enfermagem com a pele.

O grupo denominado Programa de Prevenção de Tratamento de Feridas (PPTF) pertence ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul e foi criado em 1999, sendo institucionalizado no ano de 2005, subordinado à Coordenação do Grupo de Enfermagem do referido hospital. Atualmente, o PPTF é formado por 15 enfermeiras, uma delas é a coordenadora e as demais representam os diferentes serviços e especialidades do HCPA. Também faz parte deste grupo uma docente, que representa a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que colabora com o grupo na realização de discussões de caso, projetos de pesquisa e publicações. O PPTF também conta com uma bolsista, que é acadêmica do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a qual auxilia nas atividades administrativas.

As atividades desenvolvidas pelo grupo compreendem a discussão de casos clínicos, apresentação de novos produtos tecnológicos e institucionalização destes na 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. O PPTF tem encontros quinzenais com duração de uma hora e trinta minutos.

O Grupo de Estudos em Prevenção e Tratamento de Feridas e Cuidados com Estomas (GETRAFE) foi criado em 1997 e está subordinado à Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo (HSP), na cidade de São Paulo. A composição do GETRAFE é definida por um regimento interno, o qual pressupõe um coordenador, um vice-coordenador e um secretário. Atualmente, conta com 15 enfermeiros que representam cada área do HSP. Alguns destes 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 trazidos pelos seus membros ou convidados, sobre o surgimento de novos produtos apresentados pelos laboratórios fabricantes, discussão de problemas administrativos internos, criação e revisão dos protocolos. Atualmente, o foco das discussões tem sido o projeto de Prevenção de Úlcera por Pressão. O GETRAFE tem encontros semanais com duração de uma hora.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por 30 enfermeiros componentes dos Grupos PPTF e GETRAFE, que possuem experiência clínica e de pesquisa no cuidado com pele e feridas, além do uso do processo de enfermagem nas suas instituições de origem.

Os critérios adotados para determinar a amostra de enfermeiros *experts* na área a ser investigada foram definidos com base em estudos de validação semelhantes a este^(44,53,58) e, conforme o Modelo de Fehring⁽⁵³⁾.

Assim, os critérios de inclusão de um *expert* para fazer parte deste estudo incluíram:

- participar ou ter participado do 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 úlcera por pressão;
- conhecer e/ou utilizar o processo de enfermagem e os sistemas de classificação de termos padronizados de enfermagem (NANDA-I e NIC);
- utilizar protocolo de prevenção e tratamento para úlcera por pressão, com aplicação da Escala de Braden como instrumento preditor de risco.

A amostra do estudo ficou composta por 16 enfermeiros *experts*, sendo oito de cada instituição, os quais atenderam os critérios de inclusão estabelecidos. Salienta-se a

importância da experiência clínica dos mesmos na área pesquisada, a exemplo do que foi descrito pelos estudos consultados^(44,46,50,58).

Os demais 14 enfermeiros, que também participam dos grupos de estudos sobre o cuidado com pele e feridas não fizeram parte do estudo devido aos seguintes motivos: três estavam de licença ou férias no momento da coleta de dados, dois disseram que ainda não dominavam o conhecimento sobre a classificação de intervenções de enfermagem em estudo, dois eram de áreas assistenciais que não incluía o adulto, um trabalhava a menos de seis meses na instituição e seis se recusaram a participar do estudo.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu em duas etapas, por meio de dois instrumentos elaborados pela pesquisadora. Na primeira, foram submetidas à validação de conteúdo 51 intervenções de enfermagem NIC com seu título e definição relativas ao DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, das quais nove foram validadas. Na segunda etapa, foram submetidas à validação de conteúdo 220 atividades pertencentes às nove intervenções validadas na etapa anterior.

Os instrumentos de coleta de dados foram entregues pela pesquisadora, em mãos ou por correio eletrônico, aos enfermeiros definidos como *experts* e que aceitaram participar do estudo, com a instrução de que deveriam ser devolvidos em um prazo máximo de 40 dias. Para que esta comunicação ocorresse foi criado um endereço eletrônico, validacaointervencoesnic@yahoo.com.br, específico para o envio e retorno dos instrumentos e esclarecimentos de dúvidas.

4.4.1 Primeira etapa

O instrumento de coleta usado nesta etapa incluiu informações que caracterizou os *experts*, como sexo, tempo de formação, titulação, anos de experiência no cuidado com pele e feridas, unidade em que trabalha, participação em eventos e publicações que abordassem a temática em estudo. Este mesmo instrumento conteve as orientações necessárias para o seu preenchimento, além de uma tabela de seis colunas constituída pelas 51 intervenções de enfermagem, com seu título e definição propostos na NIC e, uma escala tipo *Likert*, que foi usada pelo *expert* no momento de sua avaliação. Houve também um espaço em que estes

acrescentaram sugestões e/ou outra intervenção ainda não descrita na NIC, mas que era realizada em sua prática clínica⁽⁴⁶⁾(APÊNDICE A).

Cada intervenção da NIC foi apresentada com a sua definição, para as quais os *experts* atribuíram uma nota baseada na Escala *Likert* de 1 a 5 pontos, avaliando o quanto ela era utilizada para o tratamento do DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, especificamente para pacientes em risco para UP. Os enfermeiros *experts* pontuaram da seguinte maneira: 1= não utilizada; 2= muito pouco utilizada; 3= de algum modo utilizada; 4= consideravelmente utilizada e 5= muito utilizada.

Após esta etapa, foi realizada uma análise estatística preliminar que identificou que das 51 intervenções submetidas à validação, nove foram consideradas prioritárias pelos *experts* para o DE estudado, no cenário de cuidado a pacientes em risco de UP. Esta análise foi necessária neste momento do estudo para dar prosseguimento à etapa subsequente.

4.4.2 Segunda etapa

Após o resultado da primeira etapa, um segundo instrumento foi entregue aos *experts*. Este foi composto pelas nove intervenções validadas e sua definição, além de uma lista de atividades que compõe cada intervenção, totalizando 220. Além disto, havia uma Escala *Likert* 5 pontos onde o os *experts* atribuíram uma nota de 1 a 5 pontos, avaliando o quanto ela era utilizada para o tratamento do DE em estudo, a exemplo da etapa anterior. Também havia um espaço destinado ao registro de observações e de atividades que ainda não estavam descritas na NIC para cada intervenção, mas que o *expert* utilizava em sua prática.

Ao final desse instrumento os *experts* puderam também recomendar ou não cada intervenção que foi previamente validada pela lista de atividades apresentadas neste segundo instrumento⁽⁴⁶⁾ (APÊNDICE B).

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados no programa Excel e posteriormente foram lançados no *Programa Statistic for Social Sciences* (SPSS), versão 18.0. Assim, a análise referente à validação de conteúdo das intervenções e atividades de enfermagem foi realizada por meio de estatística pelos cálculos de média, mediana, frequência e percentual, considerando-se a nota atribuída para cada intervenção e atividade, tendo por base a análise descrita por Fehring⁽⁵³⁾.

Assim, calculou-se a média ponderada das notas atribuídas pelos *experts* para cada uma das intervenções, atribuindo-se os seguintes pesos⁽⁵³⁾: 1 = 0; 2 = 0,25; 3 = 0,50; 4 = 0,75; 5 = 1. Por meio deste cálculo se definiram quais foram às intervenções prioritárias, ou seja, as com média ponderada $\geq 0,80$; as intervenções sugeridas, que obtiveram médias $> 0,50$ e $< 0,80$ e as descartadas, com médias $\leq 0,50$.

O escore total foi composto pela soma das médias atribuídas pelos *experts* para cada uma das intervenções de enfermagem validadas⁽⁵³⁾.

Após a validação das intervenções consideradas prioritárias para o cuidado dos pacientes em risco de UP, ou seja, as que obtiveram média ponderada $\geq 0,80$, foram validadas as suas atividades. Para isto, seguiu-se o mesmo procedimento estatístico com a atribuição das notas e dos pesos, a exemplo do que foi utilizado para as intervenções.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A Resolução de número 196/1996 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, à medida que preconiza, entre outros preceitos, o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos alvo, bem como a proteção a grupos vulneráveis e incapazes⁽⁵⁹⁾.

Seguindo esses preceitos a pesquisadora realizou contato presencial com as coordenadoras dos dois grupos de estudos na área do cuidado com a pele (PPTF e GETRAFE) e apresentou o objetivo desta investigação. A partir de então, foi realizado o convite aos integrantes de cada um dos grupos para participarem da pesquisa, desde que preenchessem os critérios definidos para um enfermeiro *expert*.

Os enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa receberam informações sobre a mesma, por uma Carta Informativa enviada pelo correio eletrônico (APÊNDICE C). Foi considerado como aceite do *expert* na pesquisa a devolução, também por correio eletrônico, dos instrumentos de coleta de dados preenchidos. O participante também foi informado de que os instrumentos seriam mantidos pela pesquisadora em confidencialidade e anonimato e, que as informações obtidas seriam utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ANEXO B).

5 RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados em duas etapas. A primeira se refere à caracterização da amostra dos enfermeiros *experts* e às intervenções de enfermagem NIC validadas como prioritárias para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada para pacientes em risco de UP. Na segunda etapa serão apresentadas as atividades validadas referentes às intervenções previamente validadas na primeira etapa da investigação.

5.1 PRIMEIRA ETAPA

5.1.1 Caracterização da amostra

A amostra se constitui de 16 enfermeiros *experts* do sexo feminino, formados há um tempo mediano de 104,5(14-320) meses, enquanto que o tempo mediano de participação em grupos de estudo sobre pele e feridas foi de 33,5(12-144) meses. Quanto à maior titulação dos participantes se observou o predomínio do título de especialista com 7(43,75%) *experts*, seguido de 4(25%) doutores. A área de atuação prevalente foi na clínica assistencial com 13(81,25%) enfermeiros *experts*.

No que se refere à participação dos *experts* em eventos sobre a temática do processo de enfermagem, 10(62,5%) deles realizaram até 10 horas de atividade, enquanto que na temática sobre úlcera por pressão 6(37,5%) deles tiveram mais do que 40 horas de atividades. Outro dado identificado foi o de que 7(43,75%) *experts* participaram tanto de eventos sobre PE como de UP.

Observou-se um número importante de publicações dos *experts*, sendo que 7(43,75%) publicaram até 10 artigos, 3(18,75%) são autores de pelo menos um capítulo e/ou livro sobre a temática em estudo, ou seja, processo de enfermagem e/ou úlcera por pressão e 5(31,25%) publicaram até 10 trabalhos em anais de congressos (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra de enfermeiros *experts* (n=16). Porto Alegre/RS, 2011.

Variável (n=16)	n(%)
Titulação	
Doutor	4(25)
Mestre	2(12,5)
Especialista	7(43,75)
Graduação	3(18,75)
Área de atuação	
Clínica assistencial	13(81,25)
Ensino de enfermagem	2(12,5)
Coordenação de enfermagem	1(6,25)
Tempo de formação (em meses) †	104,5(14-320)
Tempo de participação em Grupo de Pele (em meses) †	33,5(12-144)
Participação em curso sobre Processo de Enfermagem	
Mais 16 horas	1(6,25)
11 – 15 horas	2(12,5)
Até 10 horas	10(62,5)
Não respondido	3(18,75)
Participação em curso sobre Úlcera por Pressão	
Mais de 40 horas	6(37,5)
16 – 25 horas	2(12,5)
Até 15 horas	5(31,25)
Não respondido	3(18,75)
Publicações	
Artigos	
10 ou mais	1(6,25)
Até 10	7(43,75)
Nenhum	8(50)
Capítulos e/ou livros	
Três	2(12,5)
Dois	2(12,5)
Um	3(18,75)
Nenhum	9(56,25)
Anais de congressos	
10 ou mais	3(18,75)
Até 10	5(31,25)
Nenhum	8(50)

† mediana (mínimo–máximo)

Fonte: Autora.

5.1.2 Intervenções de enfermagem validadas para o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada

Na primeira etapa do estudo foram submetidas à validação de conteúdo 51 intervenções de enfermagem (NIC) para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada. Destas, 9(17,6%) foram validadas como prioritárias por terem atingido média ponderada $\geq 0,80$; 22(43,1%) foram validadas como sugeridas por terem atingido média ponderada $> 0,50$ e $< 0,80$ e, 20(39,3%) foram descartadas por apresentarem média ponderada $\leq 0,50$.

Dentre as nove intervenções validadas como prioritárias, com média ponderada $\geq 0,80$, encontram-se as três intervenções (Prevenção de úlceras de pressão; Controle da pressão e Supervisão da Pele) que também são descritas pela NIC neste nível de ligação com o DE estudado (Tabela 2).

Tabela 2 – Intervenções de Enfermagem validadas como prioritárias para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre/RS, 2011.

Intervenções validadas como prioritárias (n=51)	Média Ponderada
Prevenção de Úlceras de Pressão (3540) *	0,92
Controle da Pressão (3500) *	0,89
Supervisão da Pele (3590) *	0,89
Banho (1610) †	0,87
Cuidados da Pele: tratamentos tópicos (3584) ‡	0,86
Monitorização de Sinais Vitais (6680) †	0,84
Cuidados na Incontinência Urinária (0610) §	0,82
Posicionamento (0840) ‡	0,80
Terapia Nutricional (1120) †	0,80
Total	9 (17,6%)

* Intervenções de enfermagem também descritas na NIC como prioritárias pela ligação NIC-NANDA-I.

† Intervenções de enfermagem descritas na NIC como adicionais optativas pela ligação NIC-NANDA-I.

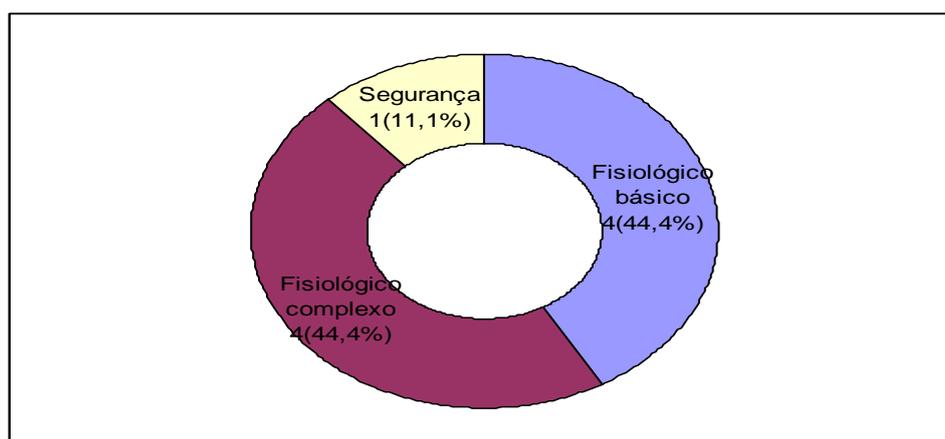
‡ Intervenções de enfermagem descritas na NIC como sugeridas pela ligação NIC-NANDA-I.

§ Intervenção de enfermagem descrita como adicional optativa no livro “Ligações entre NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem”.

Fonte: Autora.

Quanto à distribuição das nove intervenções validadas como prioritárias, considerando-se os domínios da NIC, 4(44,4%) estão no Fisiológico Básico, nas classes *Controle da eliminação* (Cuidados na Incontinência Urinária), *Controle da imobilidade* (Posicionamento), *Apoio nutricional* (Terapia Nutricional) e *Facilitação do autocuidado* (Banho); 4(44,4%) estão no Fisiológico Complexo, na classe *Controle de pele/feridas* (Controle da Pressão, Prevenção de Úlceras de Pressão, Supervisão da Pele e Cuidados da Pele: tratamentos tópicos) e 1(11,1%) está no domínio Segurança, na classe *Controle de Risco* (Monitorização de Sinais Vitais) (Figura 2).

Figura 2 – Domínio das intervenções de enfermagem validadas como prioritárias no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre/RS, 2011.



Fonte: Autora.

Das 22 intervenções validadas como sugeridas, com média ponderada $> 0,50$ e $< 0,80$, 11(50%) delas também são descritas pela NIC neste nível de ligação com o DE estudado (Tabela 3).

Tabela 3 – Intervenções de enfermagem validadas como sugeridas para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre/RS, 2011.

Intervenções validadas como sugeridas (n=51)	Média Ponderada
Controle da nutrição (1100)	0,78
Supervisão (6650)*	0,77
Cuidados com o repouso no leito (0740)	0,77 cont...

Cuidado com lesões (3660) *	0,77 ^{cont...}
Proteção contra infecção (6550) *	0,75
Cuidados na incontinência intestinal (0410)	0,75
Controle de infecção (6540) *	0,75
Imobilização (0910) *	0,70
Administração de nutrição parenteral total (NPT) (1200)	0,70
Terapia com exercícios: deambulação (0221) *	0,69
Precauções circulatórias (4070) *	0,69
Posicionamento: cadeira de rodas (0846)	0,69
Precauções contra sangramento (4010)	0,67
Cuidados com próteses (1780)	0,66
Cuidados com a tração/imobilização (0940) *	0,64
Cuidados com o períneo (1750)	0,62
Controle da diarreia (0460)	0,62
Assistência no autocuidado: banho / higiene (1801)	0,62
Posicionamento: transoperatório (0842) *	0,59
Assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário (1804)	0,55
Cuidados com ostomias (0480) *	0,53
Cuidados com local de incisão (3440) *	0,53
Total	22 (43,1%)

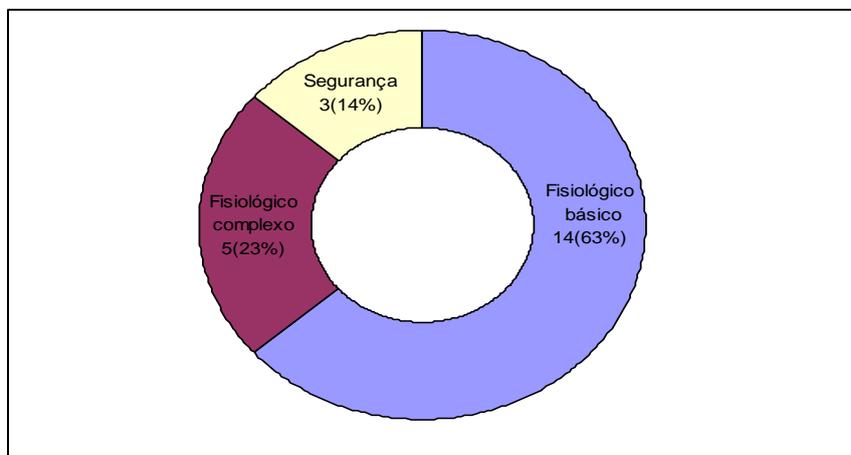
* Intervenções de enfermagem também descritas na NIC como sugeridas pela ligação NIC-NANDA-I.

Fonte: Autora

A maioria das intervenções de enfermagem validadas como sugeridas, 14(63%) está no domínio Fisiológico Básico, nas classes *Controle da atividade e do exercício* (Terapia com exercício: deambulação), *Controle da eliminação* (Cuidados na Incontinência Intestinal, Controle da Diarreia e Cuidados com Ostomias), *Controle da imobilidade* (Cuidados com Repouso no Leito, Imobilização, Posicionamento: cadeira de rodas e Cuidados com a Tração/imobilização), *Apoio nutricional* (Controle da Nutrição e Administração de Nutrição Parenteral Total (NPT)) e *Facilitação no autocuidado* (Cuidados com Próteses, Cuidados com o Períneo, Assistência no Autocuidado: banho/higiene e Assistência no Autocuidado: uso do vaso sanitário); 5(23%) estão no domínio Fisiológico complexo, das classes *Cuidados perioperatórios* (Posicionamento: transoperatório), *Controle de pele/feridas* (Cuidado com Lesões e Cuidados com o Local da Incisão) e

Controle da perfusão tissular (Precauções Circulatórias e Precauções contra o Sangramento) e, 3(14%) estão no domínio Segurança, na classe *Controle de risco* (Supervisão, Proteção contra Infecção e Controle da Infecção) (Figura 3).

Figura 3 – Domínio das intervenções de enfermagem validadas como sugeridas no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre/RS, 2011.



Fonte: Autora.

As 20 intervenções descartadas neste estudo, por apresentarem média ponderada $\leq 0,50$, são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Intervenções de enfermagem descartadas para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre/RS, 2011.

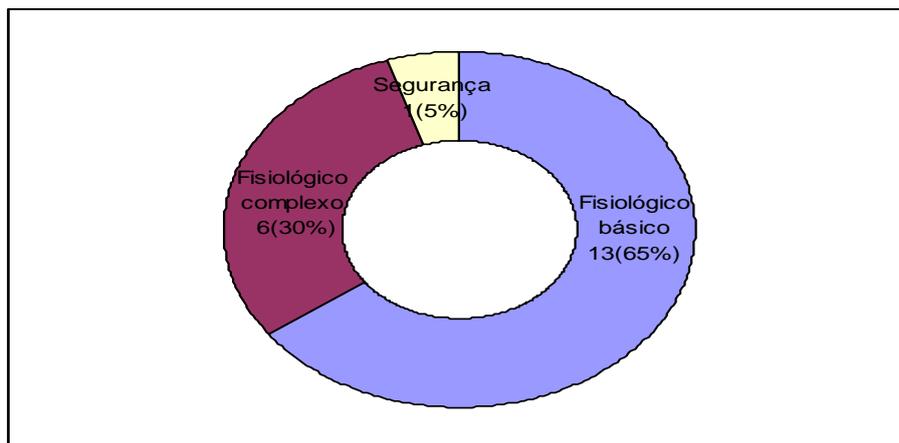
Intervenções descartadas (n=51)	Média Ponderada
Monitorização das extremidades inferiores (6680)	0,50
Cuidados com aparelho gessado: manutenção (0762)	0,50
Controle hidroeletrolítico (2080)	0,50
Cuidados com aparelho gessado: úmido (0764)	0,48
Cuidado com os pés (1660)	0,47
Controle de eletrólitos (2000)	0,47
Administração de medicamentos: tópica (2316)	0,47
Promoção do exercício (0200)	0,45
Cuidados na amputação (3420)	0,45 cont...

Terapia com exercícios: mobilidade articular (0224)	0,44 ^{Cont...}
Controle de medicamentos (2380)	0,44
Ensino: cuidado com os pés (5603)	0,42
Promoção do exercício: treino para fortalecimento (0201)	0,37
Terapia com exercícios: controle muscular (0226)	0,36
Massagem (1480)	0,36
Promoção do exercício: alongamento (0202)	0,34
Terapia com exercícios: equilíbrio (0222)	0,31
Cuidado com as unhas (1680)	0,31
Precauções no uso de artigos de látex (6570)	0,23
Conduta no prolapso retal (0490)	0,23
Total	20 (39,3%)

Fonte: Autora.

Dentre as intervenções descartadas houve predomínio das localizadas no domínio Fisiológico Básico, 13(65%); nas classes *Controle da atividade e do exercício* (Promoção do Exercício, Terapia com Exercício: mobilidade articular, Promoção do Exercício: treino para fortalecimento, Terapia com Exercícios: controle muscular, Promoção do Exercício: alongamento e Terapia com Exercícios: equilíbrio), *Controle da eliminação* (Conduta no Prolapso Retal), *Controle da imobilidade* (Cuidados com Aparelho Gessado: manutenção e Cuidados com Aparelho Gessado: úmido), *Promoção do conforto físico* (Massagem) e *Facilitação do autocuidado* (Cuidado com os Pés, Ensino: cuidado com os pés e Cuidado com as Unhas). Seis outras (30%) pertencem ao domínio Fisiológico Complexo, nas classes *Controle eletrolítico e ácido-básico* (Controle Hidroeletrólítico e Controle de Eletrólitos), *Controle de medicamentos* (Administração de Medicamentos: tópica e Controle de Medicamentos) e *Controle de pele/feridas* (Monitorização das Extremidades Inferiores e Cuidados na Amputação) e, 1(15%) pertence ao domínio Segurança, na classe *Controle de risco* (Precauções no uso de Artigos de Látex) (Figura 4).

Figura 4 – Domínio das intervenções de enfermagem descartadas no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre/RS, 2011.



Fonte: Autora.

5.1.3 Contribuições e observações dos *experts* no processo de validação das intervenções

Ao final do instrumento para validação das 51 intervenções NIC para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada foi questionado aos enfermeiros *experts* se haveria alguma intervenção que os mesmos realizam em sua prática de cuidado a pacientes em risco para UP, mas que não estava descrita na NIC. Com isto, algumas contribuições foram apontadas, porém em termos de sugestão de intervenção, somente uma foi descrita: *Ações Educativas para a Equipe de Enfermagem*, que foi definida como a “realização sistemática de ações educativas à equipe de enfermagem, a fim de subsidiar os profissionais com conhecimentos em relação ao exercício e a atividade de cuidado à pele”.

As demais observações realizadas pelos *experts* foram sobre atividades de enfermagem. Porém, todas elas já se encontravam contempladas de alguma maneira na classificação NIC, como atividades. Também apontaram termos a serem substituídos, tais como mudanças no título da intervenção e/ou nas suas definições (Quadro 3).

Quadro 3 – Contribuições e observações dos enfermeiros *experts* em relação às atividades de enfermagem e ao título e à definição das intervenções. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividade de enfermagem proposta	f	Sugestão de termos a serem substituídos		f
Uso de produtos tecnológicos (coberturas, sabões, protetores)	4	Mudanças em palavras do título da intervenção		
		Descritos - úlcera de pressão - tratamento - supervisão - controle	Sugeridos - úlcera por pressão - terapia - monitorização - manejo/redução	8
Uso de escala preditiva de risco	4	Mudanças em palavras da definição da intervenção		
		Descritos - úlcera de pressão	Sugeridos - úlcera por pressão	16
Rotina assistencial	7	- alto risco - promoção	- ter risco - prevenção	

Fonte: Autora.

5.2 SEGUNDA ETAPA

Nesta etapa do estudo serão apresentadas as atividades que compõem cada uma das nove intervenções de enfermagem validadas como prioritárias para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, no cenário de cuidado a pacientes em risco para UP.

5.2.1 Atividades das intervenções de enfermagem validadas para o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada

Nesta etapa foram submetidas à validação de conteúdo 220 atividades de enfermagem (NIC) pertencentes as nove intervenções validadas como prioritárias na primeira etapa. Destas, 73(33,2%) foram validadas como prioritárias por terem atingido média ponderada $\geq 0,80$; 97(44,1%) foram validadas como sugeridas por terem atingido média ponderada $> 0,50$ e $< 0,80$ e, 50(22,7%) foram descartadas por apresentarem média ponderada $\leq 0,50$ (Tabela 5).

Tabela 5 – Número total de atividades de enfermagem validadas para cada intervenção considerada prioritária para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre/RS, 2011.

Intervenção NIC (código)	Atividades submetidas à validação	Atividades validadas		
		Prioritárias $\geq 0,80$	Sugeridas $\geq 0,50 < 0,80$	Descartadas $< 0,50$
Prevenção de Úlcera de Pressão (3540)	30	9(30%)	14(46,7%)	7(23,3%)
Controle da Pressão (3500)	18	7(38,9%)	6(33,3%)	5(27,8%)
Supervisão da Pele (3590)	14	11(78,6%)	3(21,4%)	-
Banho (1610)	13	6(46,1%)	4(30,8%)	3(23,1%)
Cuidados com a Pele: tratamentos tópicos (3584)	34	8(23,5%)	10(29,4%)	16(47,1%)
Monitorização dos Sinais Vitais (6680)	25	4(16%)	10(40%)	11(44%)
Cuidados com a Incontinência Urinária (0610)	21	4(19,1%)	17(80,9%)	-
Posicionamento (0840)	36	19(52,8%)	16(44,4%)	1(2,8%)
Terapia Nutricional (1120)	29	5(17,2%)	17(58,6%)	7(24,2%)
Total	220	73(33,2%)	97(44,1%)	50(22,7%)

Fonte: Autora.

Os demais resultados do processo de validação de conteúdo das atividades de enfermagem pertencente a cada uma das nove intervenções validadas como prioritárias estão descritos detalhadamente a seguir.

5.2.1.1 Atividades da intervenção Prevenção de Úlcera de Pressão

A intervenção *Prevenção de Úlcera de Pressão* definida como “prevenção de úlceras de pressão em indivíduo com alto risco de desenvolvê-las”⁽⁶⁾ possui 30 atividades de enfermagem. Nove (30%) foram validadas como prioritárias por terem atingido média ponderada $\geq 0,80$; 14(46,7%) foram validadas como sugeridas por terem atingido média

ponderada $> 0,50$ e $< 0,80$ e, 7(23,3%) foram descartadas por apresentarem média ponderada $\leq 0,50$.

As nove atividades de enfermagem validadas como prioritárias com as suas respectivas médias ponderadas estão na Tabela 6.

Tabela 6 – Atividades de enfermagem da Intervenção Prevenção de Úlcera de Pressão validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem prioritárias (n=30)	Média Ponderada
Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco individuais (p.ex., escala de Braden)	0,94
Usar camas e colchões especiais, como convier	0,92
Hidratar a pele seca e compacta	0,89
Remover umidade excessiva da pele que resulta de transpiração, drenagem do ferimento e incontinência urinária e fecal	0,87
Posicionar com travesseiros para afastar da cama pontos de pressão	0,86
Documentar a condição da pele na admissão e diariamente	0,81
Monitorar o surgimento de áreas avermelhadas atentamente	0,81
Manter limpa, seca e sem rugas a roupa de cama	0,81
Orientar familiar/cuidador sobre sinais de degradação da pele, como convier	0,81
Total	9 (30%)

Fonte: Autora.

As 14 atividades de enfermagem validadas como sugeridas e as sete atividades descartadas com as suas respectivas médias ponderadas estão na Tabela 7.

Tabela 7 – Atividades de enfermagem da Intervenção Prevenção de Úlcera de Pressão, validadas como sugeridas e as descartadas. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem sugeridas (n=30)	Média Ponderada
Aplicar barreiras de proteção, como cremes ou compressas que absorvem umidade, para remover umidade excessiva, como convier	0,78

Cont...

Cont...

Examinar a pele sobre as saliências ósseas e outros pontos de pressão ao reposicionar, pelo menos, diariamente	0,78
Mudar o decúbito a cada uma a duas horas, como convier	0,77
Mudar o decúbito com cuidado (p.ex., evitar cisalhamento) para evitar lesão a uma pele fragilizada	0,77
Evitar massagem sobre saliências ósseas	0,77
Aplicar protetores nos cotovelos e calcanhares, como convier	0,75
Monitorar surgimento de fontes de pressão e atrito	0,73
Monitorar a mobilidade e a atividade individuais	0,72
Deixar visível o horário das viradas junto ao leito, como convier	0,66
Garantir uma ingestão adequada de alimentos, em especial, proteínas, vitamina B e C, ferro e calorias, usando suplementos, como convier	0,66
Evitar água quente e usar sabonete suave no banho	0,64
Facilitar pequenas trocas do peso do corpo, com frequência	0,62
Documentar todas as incidências anteriores de formação de úlceras de pressão	0,60
Evitar dispositivos tipo “rosca” para a área do sacro	0,60
Total	14(46,4%)
Atividades descartadas	
Encorajar o indivíduo a não fumar e evitar uso do álcool	0,48
Documentar peso e trocas de peso	0,48
Arrumar a cama com as dobras para os dedos dos pés	0,47
Providenciar um trapézio para ajudar o paciente a mudar o peso do corpo com frequência	0,45
Ajudar o indivíduo a manter um peso saudável	0,45
Usar dispositivos sobre a cama (p.ex., pele de carneiro) para proteger o indivíduo	0,34
Usar métodos para medir a temperatura da pele determinando o risco de úlcera de pressão, conforme o protocolo da agência	0,16
Total	7 (23,3%)

Fonte: Autora.

5.2.1.2 Atividades da intervenção Controle da Pressão

A intervenção *Controle da Pressão* definida como “minimização da pressão sobre as partes do corpo”⁽⁶⁾ possui 18 atividades de enfermagem, das quais 7(38,9%) foram validadas como prioritárias por terem atingido média ponderada $\geq 0,80$; 6(33,3%) como sugeridas por terem atingido média ponderada $> 0,50$ e $< 0,80$ e, 5(27,8%) foram descartadas por apresentarem média ponderada $\leq 0,50$.

As sete atividades de enfermagem validadas como prioritárias com as suas respectivas médias ponderadas estão descritas Tabela 8.

Tabela 8 – Atividades de enfermagem da Intervenção Controle da Pressão, validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem prioritárias (n=18)	Média Ponderada
Evitar aplicar pressão na parte do corpo afetada	0,85
Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco do paciente (p.ex. Escala de Braden)	0,85
Usar dispositivos adequados para manter calcanhares e saliências ósseas afastadas da cama	0,85
Monitorar a pele quanto a áreas de hiperemia e lesão	0,83
Colocar em colchão/cama terapêutica adequada	0,80
Virar o paciente imobilizado, pelo menos, a cada duas horas, conforme agenda estabelecida	0,80
Monitorar o surgimento de fontes de pressão e atrito	0,80
Total	7 (38,90%)

Fonte: Autora.

As seis atividades de enfermagem validadas como sugeridas e as cinco atividades descartadas com as suas respectivas médias ponderadas estão descritas na Tabela 9.

Tabela 9 – Atividades de enfermagem da intervenção Controle da Pressão validadas como sugeridas e as descartadas. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem (n=18)	Média Ponderada
Monitorar o estado nutricional do paciente	0,78
Monitorar a mobilidade e a atividade do paciente	0,77
Aplicar protetores de calcanhar como convier	0,77
Facilitar pequenas trocas do peso do corpo	0,75
Arrumar a cama com a dobra dos dedos dos pés	0,60
Erguer a extremidade lesionada	0,55
Total	6 (33,3%)
Atividades descartadas	
Vestir o paciente com roupas folgadas	0,50
Forrar as extremidades do imobilizador e as conexões da tração, conforme apropriado	0,43
Colocar sobre o forro de espuma de polietileno, conforme apropriado	0,42
Fazer massagem nas costas/nuca, como convier	0,30
Fazer válvula dupla e espalhar um imobilizador para aliviar a pressão	0,12
Total	5 (27,8%)

Fonte: Autora.

5.2.1.3 Atividades da intervenção Supervisão da Pele

A intervenção *Supervisão da Pele* definida como “coleta e análise de dados do paciente para manter a integridade da pele e das mucosas”⁽⁶⁾ possui 14 atividades de enfermagem, das quais 11(78,6%) foram validadas como prioritárias por terem atingido média ponderada $\geq 0,80$ e 3(21,4%) foram validadas como sugeridas por terem atingido média ponderada $> 0,50$ e $< 0,80$.

As 11 atividades validadas como prioritárias com as suas respectivas médias ponderadas estão na Tabela 10.

Tabela 10 – Atividades de enfermagem da Intervenção Supervisão da Pele, validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem (n=14)	Média Ponderada
Examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, calor exagerado, edema e drenagem	0,92
Observar as extremidades quanto à cor, calor, inchaço, pulsos, textura, edema e ulcerações	0,92
Usar um instrumento de levantamento de dados para identificar pacientes com risco de degradação da pele (p.ex. Escala de Braden)	0,92
Examinar a condição da incisão cirúrgica, conforme apropriado	0,88
Monitorar a pele quanto à ressecamento e umidade excessivos	0,83
Monitorar ocorrência de infecção, em especial, de áreas edemaciadas	0,83
Orientar os familiares/cuidador sobre sinais de degradação da pele, conforme apropriado	0,83
Monitorar a pele e as mucosas quanto a áreas de descoloração, contusões e distúrbios	0,80
Monitorar a pele quanto à exantemas e abrasões	0,80
Monitorar aparecimento de fontes de pressão e atrito	0,80
Documentar mudanças na pele e mucosas	0,80
Total	11 (78,6%)

Fonte: Autora.

As três atividades de enfermagem validadas como sugeridas com as suas respectivas médias ponderadas estão na Tabela 11.

Tabela 11 – Atividades de enfermagem da Intervenção Supervisão da Pele, validadas como sugeridas. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem (n=14)	Média Ponderada
Monitorar cor e temperatura da pele	0,75
Instituir medidas de prevenção de mais deterioração (p.ex. colchão sobreposto, agenda de reposicionamento)	0,73

Cont...

Cont...

Examinar as roupas quanto à compressão	0,65
Total	3 (21,4%)

Fonte: Autora.

5.2.1.4 Atividades da intervenção Banho

A intervenção *Banho* definida como “limpeza do corpo como o propósito de relaxamento, asseio e restabelecimento”⁽⁶⁾ possui 13 atividades de enfermagem, das quais 6(46,1%) foram validadas como prioritárias por terem atingido média ponderada $\geq 0,80$; 4(30,8%) como sugeridas por terem atingido média ponderada $> 0,50$ e $< 0,80$ e, 3(23,1%) foram descartadas por apresentarem média ponderada $\leq 0,50$.

As seis atividades de enfermagem validadas como prioritárias com as suas respectivas médias ponderadas estão na Tabela 12.

Tabela 12 – Atividades de enfermagem da Intervenção Banho validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem (n=13)	Média Ponderada
Auxiliar banho do paciente em cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou em banho de assento, conforme apropriado ou desejado	0,90
Monitorar a condição da pele durante o banho	0,87
Auxiliar nos cuidados com o períneo, se necessário	0,86
Aplicar unguento lubrificante e creme em áreas ressecadas da pele	0,84
Lavar os cabelos, conforme a necessidade e a vontade	0,83
Banhar o paciente em água com temperatura agradável	0,83
Total	6 (46,1%)

Fonte: Autora.

As quatro atividades de enfermagem validadas como sugeridas e as três atividades descartadas com as suas respectivas médias ponderadas estão descritas na Tabela 13.

Tabela 13 – Atividades de enfermagem da Intervenção Banho validadas como sugeridas e as descartadas. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem (n=13)	Média Ponderada
Barbear o paciente, quando indicado	0,77
Monitorar a capacidade funcional durante o banho	0,77
Oferecer a lavagem das mãos após uso do vaso sanitário e antes das refeições	0,66
Auxiliar com as medidas de higiene (p.ex. uso de desodorante ou perfume)	0,64
Total	4 (30,8%)
Atividades descartadas	
Usar técnicas divertidas no banho com crianças (p.ex. bonecos ou brinquedos laváveis, fingir que um barquinho seja um submarino, perfurar orifícios em fundo de copo plástico, encher com água e imitar “chuva” sobre a criança)	0,40
Promover imersão dos pés, conforme necessário	0,39
Aplicar pós-secantes em dobras de pele profundas	0,34
Total	3 (23,1%)

Fonte: Autora.

5.2.1.5 Atividades da intervenção Cuidados da Pele: tratamentos tópicos

A intervenção *Cuidados da Pele: tratamentos tópicos* definida como “aplicação de substâncias típicas ou manipulação de dispositivos para a promoção da integridade da pele e minimização de degradação da pele”⁽⁶⁾ possui 34 atividades de enfermagem, das quais 8(23,5%) foram validadas como prioritárias por terem atingido média ponderada $\geq 0,80$; 10(29,4%) como sugeridas por terem atingido média ponderada $> 0,50$ e $< 0,80$ e, 16(47,1%) foram descartadas por terem atingido média ponderada $\leq 0,50$.

As oito atividades de enfermagem validadas como prioritárias com as suas respectivas médias ponderadas estão descritas na Tabela 14.

Tabela 14 – Atividades de enfermagem da Intervenção Cuidados da Pele: tratamentos tópicos, validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem (n=34)	Média Ponderada
Examinar diariamente a pele em pessoas com risco de degradação	0,92
Documentar o grau de degradação da pele	0,90
Proporcionar higiene íntima sempre que necessário	0,87
Aplicar curativo oclusivo transparente (p.ex. Tegaderm® e Duoderm®) sempre que necessário	0,86
Aplicar agente desbridante tópico à área afetada, conforme apropriado	0,84
Aplicar protetores aos calcanhares, conforme apropriado	0,83
Aplicar lubrificante aos lábios hidratados e mucosa oral sempre que necessário	0,80
Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada duas horas, conforme agenda específica	0,80
Total	8(23,5%)

Fonte: Autora.

As 10 atividades de enfermagem validadas como sugeridas e as 16 atividades descartadas com as suas respectivas médias ponderadas estão descritas na Tabela 15.

Tabela 15 – Atividades de enfermagem da Intervenção Cuidados da Pele: tratamentos tópicos, validadas como sugeridas e as descartadas. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem (n=34)	Média Ponderada
Oferecer suporte a áreas edemaciadas (p.ex. travesseiro debaixo dos braços e apoio escrotal), conforme apropriado	0,78
Aplicar dispositivos de ostomia com tamanho exato, sempre que necessário	0,78
Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama	0,78
Iniciar serviços de consulta do enfermeiro em terapia enterostomal sempre que necessário	0,77
Colocar forros para incontinência, conforme apropriado	0,67 Cont...

Cont...

Tirar esparadrapo e resíduos	0,64
Aplicar emolientes à área afetada	0,62
Evitar o uso de roupa de cama com textura áspera	0,60
Trocar o cateter com preservativo, conforme apropriado	0,59
Aplicar as fraldas mais frouxas, conforme apropriado	0,58
Total	10 (29,4%)
Atividades descartadas	
Vestir o paciente com roupas folgadas	0,50
Cobrir as mãos com luvas imobilizadoras, conforme apropriado	0,48
Evitar providenciar aplicações de calor local	0,42
Limpar com sabonete bactericida, conforme apropriado	0,40
Evitar o uso de sabonete alcalino na pele	0,40
Aplicar agente antifúngico tópico à área afetada, conforme apropriado	0,36
Usar dispositivos sobre a cama (p.ex. pele de carneiro) que protejam o paciente	0,36
Esfregar costas/nuca, conforme apropriado	0,33
Aplicar talcos secantes a dobras de pele profundas	0,31
Adicionar umidade ao ambiente usando umidificador se necessário	0,22
Aplicar antibiótico tópico à área afetada, conforme apropriado	0,20
Massagear ao redor da área afeta	0,19
Imergir em banho coloidal, sempre que apropriado	0,14
Aplicar agente antiinflamatório tópico à área afetada, conforme apropriado	0,14
Pintar ou borrificar as verrugas com nitrogênio líquido, conforme apropriado	0,09
Cobrir a pele com talco medicinal, conforme apropriado	0,08
Total	16 (47,1%)

Fonte: Autora.

5.2.1.6 Atividades da intervenção Monitorização dos Sinais Vitais

A intervenção *Monitorização dos Sinais Vitais*, definida como “verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal para determinar e prevenir complicações”⁽⁶⁾ possui 25 atividades de enfermagem, das quais 4(16%) foram validadas como prioritárias por terem atingido média ponderada $\geq 0,80$; 10(40%) como sugeridas por terem atingido média ponderada $> 0,50$ e $< 0,80$ e, 11(44%) foram descartadas por terem atingido média ponderada $\leq 0,50$.

As quatro atividades de enfermagem validadas como prioritárias com as suas respectivas médias ponderadas estão descritas na Tabela 16.

Tabela 16 – Atividades de enfermagem da Intervenção Monitorização dos Sinais Vitais, validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem (n=25)	Média Ponderada
Monitorar a cor, a temperatura e a umidade da pele	0,88
Monitorar a pressão sanguínea, pulso, temperatura e padrão respiratório, conforme apropriado	0,84
Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia	0,83
Monitorar a ocorrência de cianose central e periférica	0,83
Total	4 (16%)

Fonte: Autora.

As 10 atividades de enfermagem validadas como sugeridas e as 11 atividades descartadas com as suas respectivas médias ponderadas estão descritas na Tabela 17.

Tabela 17 – Atividades de enfermagem da Intervenção Monitorização dos Sinais Vitais, validadas como sugeridas e as descartadas. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem (n=25)	Média Ponderada
Monitorar a oximetria de pulso	0,73
Identificar possíveis causas de mudanças nos sinais vitais	0,70
Observar as tendências e as oscilações na pressão sanguínea	0,66 Cont...

Cont...

Monitorar o ritmo e a frequência cardíaca	0,64
Monitorar a presença e a qualidade dos pulsos	0,62
Verificar periodicamente a precisão dos instrumentos usados para obtenção dos dados do paciente	0,60
Monitorar a pressão sanguínea após o paciente ter tomado a medicação, conforme apropriado	0,55
Monitorar a pressão sanguínea, pulso e respiração, antes durante e após as atividades, conforme apropriado	0,55
Monitorar a frequência e o ritmo respiratório (p.ex. profundidade e simetria torácica)	0,53
Monitorar os sons pulmonares	0,52
Total	10 (40%)
Atividades descartadas	
Monitorar a ocorrência de padrões respiratórios anormais (p.ex. Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, apnêutico, atáxico e suspiros excessivos)	0,50
Iniciar e manter monitoramento contínuo da temperatura, com dispositivo adequado, conforme apropriado	0,45
Monitorar as bulhas cardíacas	0,43
Monitorar a presença de tríade de Cushing (p.ex. bradipneia, bradicardia e aumento da pressão sanguínea sistólica)	0,43
Verificar pulso apical e radial simultaneamente e observar a diferença, conforme apropriado	0,42
Monitorar a amplitude ou estreitamento dos pulsos	0,37
Monitorar a ocorrência de baqueteamento digital	0,35
Monitorar a ocorrência de pulso alternante	0,32
Monitorar a pressão sanguínea do paciente deitado, sentado e de pé antes e depois de troca de posição, conforme apropriado	0,31
Auscultar a pressão sanguínea em ambos os braços e compará-las, conforme apropriado	0,30
Monitorar a ocorrência de pulso paradoxal	0,25
Total	11 (44%)

Fonte: Autora.

5.2.1.7 Atividades da intervenção Cuidados na Incontinência Urinária

A intervenção *Cuidados na Incontinência Urinária*, a qual é definida como “auxílio na promoção da continência e na manutenção da integridade da pele do períneo”⁽⁶⁾ possui 21 atividades de enfermagem, das quais 4(19,1%) foram validadas como prioritárias por terem atingido média ponderada $\geq 0,80$ e 17(80,9%) como sugeridas por terem atingido média ponderada $> 0,50$ e $< 0,80$.

As quatro atividades de enfermagem validadas como prioritárias, com as suas respectivas médias são apresentadas na Tabela 18.

Tabela 18 – Atividades de enfermagem da Intervenção Cuidados na Incontinência Urinária, validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem (n=21)	Média Ponderada
Higienizar a área da pele dos genitais a intervalos regulares	0,95
Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor	0,92
Identificar causas multifatoriais de incontinência (p.ex. eliminação urinária, padrão de eliminação de urina, problemas urinários preexistentes, função cognitiva, resíduo pós-eliminação e medicamentos)	0,87
Proporcionar privacidade durante a eliminação	0,80
Total	4 (19,1%)

Fonte: Autora.

As 17 atividades de enfermagem validadas como sugeridas com as suas respectivas médias ponderadas estão na Tabela 19.

Tabela 19 – Atividades de enfermagem da Intervenção Cuidados na Incontinência Urinária, validadas como sugeridas. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem (n=21)	Média Ponderada
Programar a administração de diuréticos de modo a causar impacto mínimo no estilo de vida	0,77
Explicar a etiologia do problema e a justificativa das ações	0,75
Discutir os procedimentos e os resultados esperados com o paciente	0,75
Auxiliar a selecionar a roupa/absorvente adequado para incontinência no controle de curto prazo, enquanto for planejado um tratamento mais definitivo	0,73
Orientar o paciente/família a registra eliminação e o padrão urinário, conforme apropriado	0,72
Monitorar hábitos intestinais	0,70
Auxiliar a desenvolver/manter um sentimento de esperança	0,64
Oferecer <i>feedback</i> positivo diante e qualquer redução nos episódios	0,64
Obter amostra de urina para cultura e teste de sensibilidade se necessário	0,62
Limitar os líquidos para duas a três horas antes de dormir, conforme apropriado	0,59
Orientar o paciente a beber um mínimo de 1.500ml de líquido/dia	0,58
Orientar sobre formas de evitar constipação ou impactação fecal	0,56
Monitorar a eficiência do tratamento cirúrgico, médico, farmacológico e autoprescrito	0,55
Modificar as roupas e o ambiente para proporcionar acesso fácil ao vaso sanitário	0,53
Oferecer roupas protetoras, se necessário	0,53
Encaminhar a especialista em continência urinária, conforme apropriado	0,53
Limitar a ingestão de irritantes vesicais (p.ex. bebidas com cola, café, chá e chocolate)	0,52
Total	17 (80,9%)

Fonte: Autora.

5.2.1.8 Atividades da intervenção Posicionamento

A intervenção *Posicionamento* definida como “posicionamento deliberado do paciente ou de parte do corpo do paciente, para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico”⁽⁶⁾ possui 36 atividades de enfermagem, das quais 19(52,8%) foram validadas como prioritárias por terem atingido média ponderada $\geq 0,80$; 16(44,4%) foram validadas como sugeridas por terem atingido média ponderada $> 0,50$ e $< 0,80$ e, 1(2,8%) foi descartada por ter atingido média ponderada $\leq 0,50$.

As 19 atividades de enfermagem validadas como prioritárias com as suas respectivas médias ponderadas estão na Tabela 20.

Tabela 20 – Atividades de enfermagem da Intervenção Posicionamento, validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem (n=36)	Média Ponderada
Colocar o paciente sobre colchão/cama terapêutica adequada	0,91
Encorajar o paciente a envolver-se nas mudanças de posição, conforme apropriado	0,87
Oferecer apoio para áreas edemaciadas (p.ex. travesseiro sob os braços e apoio escrotal), conforme apropriado	0,87
Encorajar exercícios ativos e passivos de amplitude de movimentos, conforme apropriado	0,87
Elevar a cabeceira da cama, conforme apropriado	0,87
Imobilizar ou apoiar a parte do corpo afetada, conforme apropriado	0,86
Evitar colocar o paciente em posição que aumente a dor	0,86
Virar o paciente, conforme indicação da condição da pele	0,86
Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada duas horas, conforme programação específica, conforme apropriado	0,86
Elevar a parte do corpo afetada, conforme apropriado	0,83
Usar os recursos adequados para apoiar os membros (p.ex. rolo para mãos e trocanter)	0,83
Colocar o paciente na posição terapêutica designada	0,81
Minimizar o atrito e o cisalhamento ao posicionar e virar o paciente	0,81 Cont...

Cont...

Oferecer apoio às costas, conforme apropriado	0,81
Explicar ao paciente que serão feitas mudanças de posição, conforme apropriado	0,80
Posicionar o paciente considerando o alinhamento correto do corpo	0,80
Posicionar o paciente, evitando colocar tensão sobre o ferimento, conforme apropriado	0,80
Manter a posição e a integridade da tração	0,80
Colocar uma campainha ao alcance das mãos do paciente	0,80
Total	19 (52,8%)

Fonte: Autora.

As 16 atividades de enfermagem validadas como sugeridas e a única descartada com as suas respectivas médias ponderadas estão descritas na Tabela 21.

Tabela 21 – Atividades de enfermagem da Intervenção Posicionamento, validadas como sugeridas e a descartada. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem (n=36)	Média Ponderada
Posicionar o paciente para aliviar a dispneia (p.ex. posição semi-Fowler), conforme apropriado	0,77
Monitorar os dispositivos de tração quanto à instalação correta	0,77
Oferecer apoio adequado ao pescoço	0,75
Colocar um apoio para os pés na cama	0,75
Orientar o paciente sobre o uso de uma boa postura e boa mecânica corporal enquanto realiza qualquer atividade	0,75
Evitar colocar o coto amputado na posição flexionada	0,72
Elevar a extremidade afetada a 20 graus ou mais do nível do coração para melhorar o retorno venoso, conforme apropriado	0,69
Monitorar o estado de oxigenação antes e depois de troca de posição	0,66
Posicionar o paciente para facilitar a combinação entre ventilação/perfusão (“pulmão sadio para baixo”), conforme apropriado	0,65
Colocar os objetos de uso frequente ao alcance das mãos	0,64 Cont...

Cont...

Pré-medicação do paciente antes de virá-lo, conforme apropriado	0,62
Virar o paciente usando a técnica de rolar	0,62
Elaborar uma programação escrita de reposicionamento, conforme apropriado	0,62
Proporcionar um colchão firme	0,61
Colocar o mecanismo de troca de posição da cama ao alcance das mãos do paciente	0,58
Incorporar a posição de sono preferida no plano de cuidados, se não houver contra-indicação	0,55
Total	16 (44,4%)
Atividade descartada	
Posicionar o paciente de modo a promover drenagem urinária, conforme apropriado	0,48
Total	1 (2,8%)

Fonte: Autora

5.2.1.9 Atividades da intervenção Terapia Nutricional

A intervenção *Terapia Nutricional*, que é definida como “administração de alimentos e líquidos para sustentar os processos metabólicos de paciente desnutrido ou com alto risco para desnutrição”⁽⁶⁾. Possui 29 atividades de enfermagem, das quais 5(17,2%) foram validadas como prioritárias por terem atingido média ponderada $\geq 0,80$; 17(58,6%) como sugeridas por terem atingido média ponderada $> 0,50$ e $< 0,80$ e, 7(24,2%) foram descartadas por terem atingido média ponderada $\leq 0,50$.

As cinco atividades de enfermagem validadas como prioritárias com as suas respectivas médias ponderadas estão descritas na Tabela 22.

Tabela 22 – Atividades de enfermagem da Intervenção Terapia Nutricional validadas como prioritárias. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem (n=29)	Média Ponderada
Administrar alimentação enteral, conforme apropriado	0,89
Orientar o paciente e a família a respeito da dieta prescrita	0,89
Encaminhar o paciente para ensino e planejamento da dieta, quando necessário	0,85
Realizar uma avaliação nutricional, conforme apropriado	0,83
Auxiliar o paciente a sentar-se antes de comer ou ser alimentado	0,80
Total	5 (17,2%)

Fonte: Autora.

As 17 atividades de enfermagem da Intervenção Terapia Nutricional validadas como sugeridas e as sete atividades descartadas com as suas respectivas médias ponderadas estão na Tabela 23.

Tabela 23 – Atividades de enfermagem da Intervenção Terapia Nutricional validadas como sugeridas e as descartadas. Porto Alegre/RS, 2011.

Atividades de enfermagem (n=29)	Média Ponderada
Determinar a necessidade de alimentação via sonda enteral	0,73
Administrar líquidos hiperalimentares, conforme apropriado	0,73
Oferecer a nutrição necessária dentro dos limites da dieta prescrita	0,73
Interromper o uso de alimentações por sonda, à medida que for tolerada a ingestão oral	0,71
Monitorar alimentos/líquidos ingeridos e calcular a ingestão calórica diária, conforme apropriado	0,70
Determinar as preferências alimentares, considerando as preferências culturais e religiosas	0,70
Monitorar a adequação das prescrições alimentares, de modo a atenderem às necessidades nutricionais diárias, conforme apropriado	0,69
Assegurar dieta de alimentos ricos em fibras para evitar constipação	0,69 Cont...

Cont...

Assegurar a disponibilidade de dieta terapêutica progressiva	0,63
Monitorar os dados laboratoriais, conforme apropriado	0,63
Oferecer ao paciente alimentos que possam ser comidos sem talheres, que sejam ricos em proteínas, calorias, nutrientes, além de bebidas de fácil consumo, conforme apropriado	0,59
Estruturar o ambiente de modo a criar um clima agradável e relaxante	0,59
Determinar, com o nutricionista, a quantidade de calorias e o tipo de nutrientes necessários para atender às exigências nutricionais	0,58
Providenciar o cuidado oral antes das refeições, conforme necessidade	0,58
Dar ao paciente e à família exemplos escritos da dieta prescrita	0,57
Encorajar o paciente a selecionar alimentos semipastosos quando a falta da saliva for obstáculo para a deglutição	0,53
Apresentar os alimentos de forma atraente, agradável, levando em conta a cor, a textura, e a variedade	0,52

Total	17 (58,6%)
--------------	-------------------

Atividades descartadas

Selecionar suplementos nutricionais, conforme apropriado	0,50
Encorajar a deglutição de alimentos ricos em cálcio, conforme apropriado	0,45
Encorajar a ingestão de alimentos e líquidos ricos em potássio, conforme apropriado	0,43
Auxiliar o paciente a selecionar alimentos suaves, pouco condimentados e não ácidos, conforme apropriado	0,42
Encorajar alimentos preparados em casa e levados ao hospital, conforme apropriado	0,41
Oferecer temperos e condimentos como alternativa ao sal	0,37
Sugerir tentativas de eliminar alimentos com lactose, conforme apropriado	0,28

Total	7 (24,2%)
--------------	------------------

Fonte: Autora.

5.2.2 Contribuições e observações dos *experts* às atividades de enfermagem

Ao final do instrumento, que continha as atividades de enfermagem referentes a cada uma das nove intervenções de enfermagem NIC validadas como prioritárias (média ponderada $\geq 0,80$) para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, os enfermeiros *experts* puderam recomendar ou não cada intervenção. Os resultados demonstraram a recomendação de todas as intervenções validadas previamente, o que foi corroborado pelo achado de que todas tiveram atividades também validadas. Porém, algumas sugestões foram apresentadas para substituição de termos para algumas atividades (Quadro 4).

Quadro 4 – Contribuições e observações dos enfermeiros *experts* em relação a substituição de termos de algumas atividades de enfermagem. Porto Alegre/RS,2011.

Sugestão de termos a serem substituídos		f
Descritos	Sugeridos	
<ul style="list-style-type: none"> - compressa - como convier - das viradas / troca - travesseiro/rolo para mãos e trocanter - afastar pontos de pressão - colchão especial - rosca - sabonete suave - sinais de degradação - drenagem - inchaço - degradação da pele - distúrbios e deterioração - unguento e lubrificante - cateter com preservativo - conforme apropriado - terapia enterostomal - consistência da urina - selecionar - alimentos suaves - pele de carneiro - marcas de produtos 	<ul style="list-style-type: none"> - absorvente - necessidade individual - mudança de posição - coxins - aliviar a pressão - superfície de suporte - bóia - sabonete de pH semelhante à pele - sinais de fragilidade - transudato - edema - úlcera por pressão - alterações / lesões - creme hidratante - dispositivo - se necessário - estomaterapia - quantidade - solicitar - não-ácidos - retirar exemplos - propriedade farmacológica 	43

Fonte: Autora.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na presente investigação coube aos enfermeiros *experts* validar o conteúdo de intervenções e atividades de enfermagem, segundo a NIC, para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, considerando o cenário de cuidado de pacientes em risco de úlcera por pressão. A escolha desses foi de fundamental importância, para que o estudo alcançasse os seus objetivos e para tanto, os critérios foram definidos na busca de profissionais com experiência na prática clínica assistencial, em dois hospitais universitários reconhecidos no Brasil pela sua excelência no cuidado à saúde, no ensino e na pesquisa. Com isto, obteve-se *experts* com um tempo mediano de formação de 104 meses e com um alto nível de formação acadêmica, conhecimento teórico e prático na área de cuidado à pele e feridas. A totalidade deles possui experiência clínica, mesmo que três se encontrassem atuando na área do ensino ou da gestão no momento do estudo. Estes diferenciais foram corroborados pelo número significativo de publicação científica produzida por eles e pelo número de cursos realizados sobre o processo de enfermagem e sobre UP, o que demonstra conhecimento técnico-científico aprofundado e fortalece a fidedignidade deste estudo de validação.

Essa validação de conteúdo analisou 51 intervenções de enfermagem NIC para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, sendo que nove validadas como prioritárias; quatro delas pertencentes ao domínio Fisiológico Básico e quatro ao Fisiológico Complexo da NIC. Estes domínios na taxonomia representam os cuidados que devem dar suporte ao funcionamento físico e de regulação homeostática do organismo, essencial para a vida⁽⁶⁾. A pele, como se sabe, possui como função essencial a proteção do organismo contra agressões exógenas, a termorregulação, a sensibilidade e a perdas excessivas de líquidos, por ser constituída por diferentes camadas e pelo manto ácido gorduroso que reveste sua superfície e, para que estas funções sejam desempenhadas é necessária a manutenção de sua integridade⁽²⁷⁻²⁸⁾. Isto tudo remete ao maior número de intervenções validadas nestes dois domínios citados, associados ao Domínio Segurança, em que também se encontra uma das intervenções validadas como prioritária, visto que a resistência e a elasticidade da estrutura que a pele possui também proporciona certa proteção contra agentes bacterianos e químicos e, também a golpes, atritos e pressões^(6,28).

Destaca-se que das nove intervenções validadas, as três apontadas pela NIC como prioritárias para o DE em estudo: *Prevenção de Úlceras de Pressão, Controle de Pressão,*

Supervisão da Pele, também foram assim consideradas pelos *experts*. Este dado corrobora o que está descrito na literatura, visto que estas intervenções se referem a uma situação clínica que envolve um diagnóstico de risco e a importância do mesmo ser identificado, a fim de se implementar ações que previnam a lesão. Neste sentido, os protocolos assistenciais tem auxiliado na qualificação do cuidado dos pacientes em risco para UP, aliados ao uso de instrumentos preditivos de risco, como a Escala de Braden, a qual oferece subsídios para realizar um diagnóstico adequado, assim como, determinar as melhores das intervenções para cada indivíduo. Ações que merecem destaque à prevenção de UP são o controle das fontes de pressão e a supervisão constante da pele, com vistas a garantir a identificação dos fatores intrínsecos e extrínsecos envolvidos na etiologia da UP^(14,16-17,24,32).

As intervenções *Cuidados da Pele: tratamentos tópicos e Posicionamento*, no presente estudo validadas como prioritárias são apresentadas pela NIC como sugeridas na ligação NIC-NANDA-I. As intervenções *Banho, Monitorização dos Sinais Vitais e Terapia Nutricional* também validadas como prioritárias neste estudo, são consideradas como adicionais optativas na ligação NIC-NANDA-I para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada. Estas diferenças em relação ao nível de ligação das intervenções com o DE em estudo se justificam visto que a classificação destaca que as intervenções NIC associadas a um DE não são prescritivas, mas que dependem da condição clínica apresentada pelo indivíduo e que deve ser julgada pelo enfermeiro⁽⁶⁾. Por outro lado, os estudos de validação buscam exatamente poder identificar em um conjunto de intervenções as que são mais adequadas para o cuidado dos pacientes em uma determinada situação clínica, como a de risco para UP⁽⁵²⁾.

Em relação à validação da intervenção *Cuidados da Pele: tratamentos tópicos*, salienta-se que em se estudando o cuidado a indivíduos em risco para UP, o uso de produtos aplicados na via tópica podem alterar ou manter a integridade da pele. Atualmente, existem diversos dispositivos que podem ser usados para promoverem esta integridade e minimizarem a sua degradação^(16,32).

Quanto ao *Posicionamento*, destaca-se que a UP pode originar-se devido ao mal posicionamento do paciente e/ou pela sua longa permanência em uma mesma posição, o que favorece a pressão sobre áreas do corpo. Assim, é necessário aliviar a pressão, por meio do (re)posicionamento de uma ou mais áreas do corpo em contato com uma superfície dura, como o colchão e/ou cadeira⁽³²⁾.

Outro aspecto a ser considerado, que pode justificar a validação das intervenções *Posicionamento e Banho* como prioritárias neste estudo é o fato de que no momento da higiene corporal, a pele pode ser supervisionada e o indivíduo é movimentado, ou seja, alivia

as fontes de pressão e estimula a circulação. A *Monitorização dos Sinais Vitais*, também, auxilia a avaliar a condição cardiorrespiratória e a temperatura da pele. Aliado a isto, o estado nutricional desses pacientes, avaliado e tratado pela intervenção validada como prioritária *Terapia Nutricional*, indica a necessidade de manter o organismo nutrido para protegê-lo do risco para UP⁽³²⁾.

Por último, a intervenção *Cuidados na Incontinência Urinária* validada como prioritária está descrita como adicional optativa para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada no livro intitulado *Ligações entre NANDA-I, NOC e NIC*^(6,49). Um dos determinantes para a ocorrência de UP é a umidade da pele, visto que nesta condição a mesma se torna mais fragilizada e suscetível ao atrito e a maceração, que aumentam o risco para UP. Portanto, as intervenções validadas aqui como prioritárias estão ligadas a situações clínicas que interferem na fisiologia normal do organismo e que levam à predisposição para UP.

Essas nove intervenções também remetem ao apresentado nas seis subescalas que compõem a Escala de Braden, em que se verifica a importância da avaliação do risco em relação a percepção sensorial, a umidade, a atividade, a mobilidade, a nutrição e a fricção e cisalhamento e, assim, da necessidade de implementar intervenções, como as validadas neste estudo, para prevenir e/ou tratar qualquer alteração encontrada^(11,18,24,60).

Vale reforçar que a NIC apresenta um leque de opções de intervenções para manter a integridade da pele, porém ainda se desconhecia as mais apropriadas para o cuidado dos pacientes em risco para UP e que puderam ser visibilizadas neste estudo. Aliado a isto, reforça-se que o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada é amplo e abrange outras situações de vulnerabilidade à pele. Esses resultados obtidos pela validação das intervenções para o cuidado do paciente em risco para UP também podem auxiliar na elaboração de diretrizes para sua prevenção e tratamento, associados a estudos que demonstram a incidência deste agravo⁽⁶¹⁻⁶²⁾. Estes resultados também favorecem o conhecimento de uma classificação de intervenções com linguagem padronizada que aproxima as ações dos enfermeiros neste cenário, por meio da implementação de medidas aplicadas de forma sistemática e contínua.

Em relação às 22(43,1%) intervenções validadas como sugeridas pelos enfermeiros *experts* para o De Risco de Integridade da Pele Prejudicada, 11(50%) delas também são assim consideradas pela NIC. Este conjunto de intervenções validadas corrobora a preocupação dos enfermeiros em relação ao controle da nutrição, o cuidado com lesões, a importância da assistência do autocuidado, proteção e controle da infecção, que são fatores contribuintes para o surgimento da UP.

Os enfermeiros *experts* descartaram 20(39,3%) intervenções de enfermagem dentre as 51 submetidas à sua apreciação. Infere-se que o descarte destas se deu em função de que foi considerado por eles o cenário específico de cuidado a pacientes em risco para UP e não a totalidade de fatores que interferem para o estabelecimento do DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, que é mais abrangente. Pode-se observar ainda que algumas das intervenções descartadas se referiam à terapia com exercícios, cuidados na amputação, na mobilidade articular, com os pés e unhas, as quais são aplicáveis a outros cenários de cuidado. É possível que algumas destas descartadas também possam ser utilizadas no cenário de cuidado do paciente em risco para UP, pois como já se referiu anteriormente assim como a NIC não apresenta um caráter prescritivo em relação às ligações de suas intervenções com os DEs da NANDA-I, este estudo também não tem esta pretensão.

As intervenções NIC são formadas por um conjunto de atividades que também foram validadas no contexto deste estudo, com o fim de identificar as mais apropriadas. A intervenção *Prevenção de Úlcera de Pressão* teve nove atividades consideradas prioritárias. Destas, a que apresentou maior média ponderada foi *Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco individuais (p.ex., escala de Braden)*. Este achado reforça o que já foi apontado no referencial teórico sobre a necessidade de prever o risco a que está exposto um paciente para que medidas preventivas possam ser adotadas pelo enfermeiro e sua equipe. Ressalta-se, ainda, que um dos critérios usados neste estudo para seleção dos *experts* foi o de que eles utilizassem a Escala de Braden em sua prática clínica assistencial, pois se acredita que, ao quantificar o risco, o enfermeiro obtém subsídio para diagnosticar e intervir de forma preventiva e acurada. Além disto, este profissional, ao usar a escala também pode obter base de argumentação quanto à necessidade de investimentos em treinamento profissional e aquisição de materiais essenciais para este tipo de cuidado, pois ela é uma ferramenta que aponta pontos vulneráveis do indivíduo, reforça a necessidade de avaliação constante e estimula a prevenção da UP^(18,24,63-64).

A intervenção *Controle da Pressão* teve sete atividades consideradas como prioritárias. Destas, merecem ser destacadas: *Evitar aplicar pressão na parte do corpo afetadas* e *Usar dispositivos adequados para manter calcanhares e saliências ósseas afastadas da cama*. Estes dados reforçam a necessidade de se minimizar e/ou controlar a força de pressão exercida pelo corpo ou parte dele, principalmente, sobre as saliências ósseas, áreas estas mais vulneráveis à UP^(32,60,65). As mudanças de posição sejam no leito ou na cadeira, e o uso de dispositivos adequados que aliviem a pressão são essenciais à prevenção da UP, pois ao se realizar estas ações se interrompe um processo de hipóxia celular local

ocasionada pela pressão exercida sobre os tecidos, que interfere diretamente no surgimento da lesão. A pressão capilar normal é de 32 mmHg, assim quando há uma pressão sobre as proeminências ósseas em indivíduos acamados e/ou sentados, que excede esse limite, o paciente desenvolve uma isquemia local, prejudicando a integridade da pele^(28,63,65-66). A manutenção do nível de atividade e mobilidade também influenciam na prevenção de UP, assim, caso o paciente apresente um déficit deste tipo ou alteração na percepção sensorial é necessário implementar ações que o auxiliem na proteção dos efeitos adversos da pressão, da fricção e do cisalhamento^(12,14,16).

A intervenção *Supervisão da Pele* apresentou 11 atividades validadas como prioritária para pelos *experts*. Deste conjunto validado, ressaltam-se as atividades *Examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, calor exagerado, edema e drenagem* e, *Observar as extremidades quanto à cor, calor, inchaço, pulsos, textura, edema e ulcerações*. Estas indicam que o enfermeiro deve realizar uma supervisão rigorosa da pele, prestando atenção especial aos sinais de alteração no seu turgor e na sua elasticidade, principalmente nos idosos que apresentam diminuição na qualidade e quantidade de colágeno da derme e nas alterações da textura, que pode se apresentar lisa, fina ou delgada, demonstrando fragilidade. Fator importante é também a avaliação da sensibilidade do paciente, que pode estar alterada devido à inabilidade do sistema nervoso periférico em transmitir estímulos^(28,32,60,66). Esta intervenção com o seu conjunto de atividades validadas pode ser considerada de baixa tecnologia e custo, pois com ela se realiza um cuidado vigilante sobre os fatores de risco para UP, que pode ser aliado ao uso de um instrumento preditor. Isto implica em identificar pacientes com risco de degradação da pele para poder atuar na prevenção de agravo.

Para a intervenção *Banho*, validaram-se como prioritárias seis atividades. As que apresentaram maiores médias ponderadas foram a de *Auxiliar banho do paciente em cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou em banho de assento, conforme apropriado ou desejado* e, *Monitorar a condição da pele durante o banho*. Estas atividades se referem à importância da higiene corporal, que além de proporcionar conforto ao paciente, auxilia na estimulação da circulação sanguínea e mantém o corpo limpo e sem umidades, o que contribui para a integridade da pele e para a defesa do organismo da invasão de patógenos⁽⁶⁷⁻⁶⁸⁾. Sabe-se, também, que a pele reage às substâncias presentes nas excretas, na drenagem ou até mesmo nos resíduos de soluções aplicadas com fim terapêutico, o que pode ocasionar irritação e, nesta condição, torna-se vulnerável à decomposição por pressão. Assim, o banho pode auxiliar na prevenção de UP. Outros aspectos que devem ser levados em consideração para esta intervenção se referem ao uso de sabões e a temperatura da água, os

quais devem ser adequados, a fim de evitar lesões; o paciente também não deve ficar exposto ao frio ou ambientes com baixa umidade, pois ambos promovem o ressecamento da pele, facilitando a formação de UP^(32,66).

A intervenção *Cuidados da Pele: tratamentos tópicos* teve oito atividades consideradas pelos os enfermeiros *experts* como prioritárias. Estas se referem ao uso de produtos adequados que auxiliam na manutenção e promoção da integridade da pele, tais como, *Examinar e documentar diariamente a pele em pessoas com risco de degradação, Aplicar curativo oclusivo transparente (p.ex. Tegaderm® e Duoderm®) sempre que necessário*. O uso destes produtos requer uma avaliação constante quanto a sua indicação e quanto os seus efeitos terapêuticos na sua utilização^(6,28,63,67). Também foi validada a atividade *Aplicar agente desbridante tópico à área afetada, conforme apropriado*, porém esta não está diretamente aplicada a um paciente em risco, uma vez que o agente desbridante é utilizado para aplicação na UP. Todavia, um paciente portador de uma lesão poderá vir a desenvolver outras, ou ainda, agravar o estado da lesão já instalada, caso esta não seja tratada adequadamente, o que também se constitui em uma atividade preventiva.

Para a intervenção *Monitorização dos Sinais Vitais* foram consideradas quatro atividades prioritárias (*Monitorar a cor, a temperatura e a umidade da pele, Monitorar a pressão sanguínea, pulso, temperatura e padrão respiratório, conforme apropriado, Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia e, Monitorar a ocorrência de cianose central e periférica*). A literatura não descreve o uso desta intervenção diretamente relacionada ao cuidado do paciente em risco para UP, mas um dos fatores etiológicos desta lesão é o aporte sanguíneo insuficiente de nutrientes e oxigênio para as células do corpo. Esta alteração pode ser monitorada pelo padrão cardiorrespiratório do indivíduo a partir de sinais de alteração na pressão sanguínea, frequência respiratória e oscilações de temperatura corpórea⁽⁶⁶⁻⁶⁷⁾. Para reforçar este dado, um paciente com hipotensão arterial sistêmica apresenta redução da tolerância à pressão e com isso, aumenta o risco para uma isquemia em local pressionado. Sabe-se ainda, que as oscilações de temperatura corporal, como a hipotermia, podem ocasionar vasoconstrição, o que também dificulta o aporte sanguíneo e, conseqüentemente, a oxigenação dos tecidos. Além disto, a hipertermia pode se constituir em um sinal indicativo de processo infeccioso, que pode tornar o indivíduo mais vulnerável a este tipo de lesão⁽³¹⁾. O certo é que, embora não seja uma intervenção apontada como prioritária pela NIC, ela é listada como adicional optativa e, assim, pode ser usada de acordo com o julgamento clínico do enfermeiro. Neste estudo, foi considerada muito utilizada pelos *experts* em sua prática e por isto, validada como prioritária. De maneira semelhante, outro estudo de

validação de conteúdo, embora sobre os resultados NOC, também validou esta intervenção como importante no cuidado aos pacientes, o que demonstra a importância da mesma na prática clínica do enfermeiro⁽⁵⁷⁾.

Na intervenção *Cuidados na Incontinência Urinária* foram consideradas prioritárias quatro atividades (*Higienizar a área da pele dos genitais a intervalos regulares, Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor, Identificar causas multifatoriais de incontinência (p.ex. eliminação urinária, padrão de eliminação de urina, problemas urinários preexistentes, função cognitiva, resíduo pós-eliminação e medicamentos) e Proporcionar privacidade durante a eliminação*). A última, apesar de ter sido validada como prioritária, deve estar contemplada no cuidado diário de enfermagem, independente das características clínicas do paciente.

Conforme já descrito, a umidade é um fator contribuinte ao desenvolvimento da UP, pois causa amolecimento e maceração da pele, com redução de sua força tensiva, tornando-a fragilizada diante da compressão, da fricção e do cisalhamento e, ainda propicia o crescimento de microorganismos que prejudicam a sua integridade^(12,66,68). Em contrapartida o ressecamento da pele indica um sinal de desidratação e perda de eletrólitos totais do organismo, fator este que também propicia risco para UP. Ressalta-se, ainda, que, quando as fontes de umidade provenientes da incontinência urinária, intestinal ou de drenagens não puderem ser controladas pelo indivíduo, o enfermeiro deve usar dispositivos protetores para amenizar o efeito destas sobre as áreas da pele que estão sendo afetadas⁽³²⁾.

A intervenção *Posicionamento* teve 19 atividades consideradas prioritárias, sendo que se destaca: *Colocar o paciente sobre colchão/cama terapêutica adequada; Encorajar o paciente a envolver-se nas mudanças de posição, conforme apropriado e Oferecer apoio para áreas edemaciadas (p.ex. travesseiro sob os braços e apoio escrotal), conforme apropriado*. O adequado posicionamento do indivíduo o protege contra o aparecimento de UP. Assim, esteja na cama ou na cadeira, o paciente necessita estar posicionado confortavelmente e sem áreas da pele pressionadas. O uso de colchões apropriados também deve ter atenção especial, o seu forro não deve possuir dobras que favoreçam UP e, atualmente, dispõe-se de alguns tipos especiais como os de fluxo de ar que favorecem os pacientes mais vulneráveis. Porém, estas superfícies especiais não substituem a necessidade do reposicionamento regular e adequado do paciente⁽⁶⁵⁾. Neste sentido, a força de fricção que é empregada durante o manuseio com o paciente, quando este é arrastado sobre a cama, e a do cisalhamento que é quando ele desliza na cama, favorecendo a formação de dobras em sua pele, deve ser considerado. Estas ações removem ou descamam o tecido epitelial, enfraquecendo, assim, a

barreira natural da pele, aumentando o risco para UP. Todavia, a mobilização total ou parcial do paciente é indicada com frequência como medida de prevenção para evitar/reduzir/controlar a ocorrência de UP, pois além de favorecer o alívio da pressão sobre as proeminências ósseas, permite o fluxo sanguíneo adequado nestas áreas^(32,69). Estas atividades também corroboram a intervenção *Controle da Pressão*, uma vez que as áreas de pressão a que o paciente pode estar exposto estão diretamente relacionadas com o posicionamento que o indivíduo ocupa.

A última intervenção validada para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada foi *Terapia Nutricional*, com cinco atividades de enfermagem consideradas prioritárias, dentre estas *Administrar alimentação enteral, conforme apropriado* e, *Orientar o paciente e a família a respeito da dieta prescrita*. Sabe-se que um bom estado nutricional garante ao organismo a capacidade de se regenerar e, assim, uma dieta que inclua proteínas e calorias adequadas, associadas às vitaminas e aos sais minerais, é necessária para a manutenção da integridade da pele, além de favorecer o processo de cicatrização. O estado nutricional reduzido prejudica a elasticidade da pele e em longo prazo pode levar a uma anemia, que em consequência reduz a oferta de oxigênio nos tecidos, ocasionando assim a morte celular^(32,60,65). Os indivíduos mal nutridos podem ainda estar mais suscetíveis à infecção e assim, favorecer o risco para lesões quando expostos à pressão. É importante comentar que um paciente que apresente uma UP pode necessitar de quantidades maiores de proteínas, pois estas garantem o balanceamento nitrogenado positivo e a substituição da proteína perdida pela UP, o que demonstra a importância da avaliação do estado nutricional tanto na prevenção como no tratamento da lesão^(28,66-67).

Por outro lado, engana-se quem acredita que um obeso apresenta um bom estado nutricional, pois a gordura em excesso não significa isto; aliás, estes indivíduos estão propensos à UP, pois a umidade presente entre as dobras do corpo podem levar à maceração da pele, somados ao fato de que podem apresentar dificuldade de posicionamento no leito pelo excesso de peso, sendo frequentemente arrastados na cama, o que produz cisalhamento na pele^(32,7-71). Somado a isto, um indivíduo obeso mal posicionado no leito tende a apresentar maior pressão sobre áreas do corpo e assim, maior risco para UP.

As intervenções e atividades validadas neste estudo descrevem ações da prática clínica de enfermagem com ênfase para o cuidado de pacientes em risco de UP. Estas apresentam o uso de uma linguagem padronizada que as tornam mais claras e assim, com maiores possibilidades de favorecimento ao seu registro e comunicação dos profissionais de saúde. Prevenir a UP passa pela adoção de cuidados ao paciente em risco, pela educação permanente

dos profissionais, pela orientação de familiares e cuidadores, além do compromisso da instituição em prover condições necessárias à assistência^(9,24,42,62,72).

Além de validarem as intervenções e atividades mais utilizadas em sua prática clínica, os enfermeiros *experts* sugeriram uma intervenção que não estava descrita na NIC para o DE Risco de Integridade da Pele, a qual intitularam *Ações Educativas para a Equipe de Enfermagem* definida por eles, como a “realização sistemática de ações educativas à equipe de enfermagem, a fim de subsidiar os profissionais com conhecimentos em relação ao exercício e a atividade de cuidado à pele”. Verifica-se na literatura o fundamento científico para esta sugestão, uma vez que estudos referem à necessidade de programas educativos à equipe de enfermagem com vistas a desenvolver adequadamente o cuidado ao paciente com para UP. Sabe-se que o aumento do conhecimento auxilia na previsão e prevenção desta lesão e, conseqüentemente, na qualificação do cuidado direto e indireto prestado^(6,62).

A NIC também apresenta intervenções destinadas à qualificação da equipe de enfermagem como, por exemplo: *Desenvolvimento de funcionários* definida como “desenvolvimento, manutenção e monitoramento da competência da equipe” e *Supervisão de funcionários* que é definida como “facilitação do oferecimento de cuidados altamente qualificados ao paciente por outras pessoas”⁽⁶⁾. Ambas pressupõem a capacitação da equipe de enfermagem, a fim de garantir um cuidado adequado nos diferentes cenários. Assim, a intervenção sugerida pelos *experts* deste estudo para o cuidado de pacientes em risco de UP, propõe a realização de ações educativas, a fim de subsidiar os profissionais com conhecimentos em relação ao exercício e a atividade de cuidado à pele.

A literatura aponta que nem todas as UPs podem ser evitadas, mas sim que a adoção de programas educativos permanentes que perpassem a formação e o serviços de saúde, com grupos de estudos na área da pele, podem favorecer o conhecimento e a aplicação de intervenções preventivas e curativas, evitando-se a maioria delas e/ou minimizando as conseqüências que esta lesão gera ao paciente, família, comunidade e aos serviços de saúde⁽⁷²⁻⁷³⁾.

Os *experts* também opinaram em relação à execução das atividades que constituem as intervenções e apontaram termos que deveriam ser revistos no momento da tradução para o português do Brasil, com o objetivo de melhorar a compreensão e aproximação da realidade brasileira. As observações apontadas pelos *experts* foram analisadas pela pesquisadora e pela orientadora e serão submetidas à apreciação dos autores da NIC, bem como aos revisores técnicos da tradução, para que possam ser estudadas, a fim de serem incluídas na classificação.

Diante do exposto, percebe-se que a prevenção da UP depende em grande parte dos conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde, principalmente dos membros da equipe de enfermagem que prestam assistência direta e contínua aos pacientes, com o uso de produtos e dispositivos, cada qual com sua especificidade e custo, o que exige discernimento para a escolha mais adequada. Também, que o uso de instrumentos preditivos de risco como a Escala de Braden podem auxiliar no direcionamento do diagnóstico e do plano de ações do enfermeiro, com o uso de intervenções de enfermagem padronizadas em um sistema de linguagem, como a NIC, que beneficia a comunicação da equipe e que qualifica esta prática.

7 CONCLUSÕES

Os objetivos do estudo foram atingidos, pois foram validadas nove intervenções e 73 atividades de enfermagem propostas pela NIC para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, a partir da ligação NIC – NANDA-I, para pacientes adultos em risco de úlcera por pressão. Além disto, foi identificada a existência da intervenção *Ações Educativas para a Equipe de Enfermagem* que não estava descrita pela NIC, mas considerada pelos enfermeiros *experts* da área, como sendo útil neste contexto.

Esses resultados possibilitaram concluir que dentre as 51 intervenções descritas pela NIC submetidas à validação de conteúdo, existem 31(60,7%) consideradas aplicáveis ao cuidado de pacientes em risco de UP. Das nove intervenções validadas como prioritárias (*Prevenção de Úlceras de Pressão, Controle de Pressão, Supervisão da Pele, Banho, Cuidado com a Pele: tratamentos tópicos, Monitorização de Sinais Vitais, Cuidados na Incontinência Urinária, Posicionamento e Terapia Nutricional*), quatro delas (44,4%) estão localizadas no domínio Fisiológico complexo, na classe de Pele/Feridas, onde se encontra a intervenção *Prevenção de Úlcera de Pressão*, que foi a que obteve maior média ponderada (0,92); dentre as suas atividades a de *Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco individuais (p.ex., escala de Braden)* foi a que apresentou média ponderada mais elevada (0,94).

A aplicabilidade das intervenções aqui validadas teve por base o processo de enfermagem, o qual orienta e organiza a assistência de enfermagem, possibilitando ao enfermeiro diagnosticar uma situação de risco e assim, prescrever e executar intervenções adequadas. Para garantir a qualidade deste processo, o enfermeiro pode se valer dos sistemas de classificação como a NANDA-I e NIC e, ainda, usar a Escala de Braden, que é um instrumento preditor de risco que auxilia na individualização do cuidado, essência da ciência enfermagem.

Como fatores limitantes deste estudo, cita-se o número reduzido de *experts*, visto que se pretendia a adesão de mais participantes. Também se teve dificuldade de encontrar publicações semelhantes para a comparação e discussão dos resultados obtidos. Todavia, considera-se que as suas conclusões foram positivas uma vez que contribuíram para o aprofundamento do conhecimento desta temática, bem como à prática assistencial do enfermeiro.

8 RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados desta dissertação demonstraram a importância da validação de conteúdo de intervenções da NIC, pois esta se encontra em fase de refinamento e este método pode alicerçar e subsidiar o conhecimento e a qualificação desta classificação. Aliado a isto, as contribuições dos enfermeiros *experts* retrataram a necessidade de adequar alguns termos traduzidos à realidade brasileira, pois muitos deles não configuram a prática real e podem ser confundidores, uma vez que a NIC é ampla e abrange diversas especialidades de cuidado.

Assim, as implicações desta pesquisa estão voltadas à prática assistencial da enfermagem, uma vez que foram validadas intervenções fundamentais ao cuidado dos pacientes em risco para UP por enfermeiros, predominantemente assistenciais, que atuam em dois hospitais universitários de grande porte do país. Também implica no ensino, pois pode facilitar o aprendizado de estudantes e profissionais da área, por meio da aplicação dos resultados encontrados, os quais aproximam a teoria da prática. Favorece ainda, a tomada de decisão e o raciocínio clínico dos estudantes e profissionais, o que é fundamental à aplicação do processo de enfermagem. De maneira semelhante, pode implicar na pesquisa de enfermagem, pois a partir desse processo de validação outros estudos poderão ser realizados, incluindo-se os de validação clínica das intervenções e atividades investigadas. Outro estudo possível é o desenvolvimento e refinamento da intervenção proposta *Ações educativas para a equipe de enfermagem*, que não estava descrita na NIC para este e/ou outros cenários de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Lucena AF, Almeida MA. A utilização das taxonomias NANDA-NIC-NOC na prática clínica. In: Souza EM. Casos clínicos para a enfermagem. Porto Alegre: Moriá Editora; 2010.
2. Pesut DJ, Herman J. Clinical reasoning – The art & science of critical & creative thinking. Albany: Delmar Publisher; 1999.
3. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
4. Alfaro-LeFevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Artmed; 2010.
5. NANDA-I. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação: 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
6. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem – NIC. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
7. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem – NOC 3ªed. Porto Alegre: Artmed; 2008..
8. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). [Homepage on the Internet]. [2011] [citado 2011 out 10]. Disponível em: [http:// www.npuap.org](http://www.npuap.org) .
9. Lise F, Silva LC. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. Acta Sci. Health Sci. 2007; 29(2): 85-89.
10. Machado SP, Castilho SR, Guitton B. Avaliação pelo Enfermeiro do Emprego de Escalas para Identificação do Risco de Úlcera de Decúbito em Pacientes de Terapia Intensiva. In: XII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva. São Paulo: Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2006; p.225-226.
11. Braden B, Bergstron N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. Rehab Nurs. 1987; 12(1): 8-12.
12. Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. Revista da Escola de Enferm da USP. 1999;33(especial):191-206.
13. Magnan MA, Maklebust J. Braden Scale risk assessments and pressure ulcer prevention planning: what's the connection? J Wound Ostomy Continece Nurs. 2009; 36(6):622-34.
14. Rocha JA, Miranda MJ, Andrade MJ. Abordagem terapêutica da úlcera por pressão: intervenções baseadas em evidência. Acta Med Port. 2006; 19: 29-38.
15. Costa MP, Sturtz G, Costa FPP, Ferreira MC, Filho TEPB. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. Acta Ortopédica Brasileira. 2005; 13(3): 124-133.

16. Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostas por enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(11):223-8.
17. Menegon DB, Bercini RR, Brambila MI, Scola ML, Jansen MM, Tanaka RY. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA*. 2007; 27(2): 61-4.
18. Bavaresco T, Medeiros RH, Lucena AF. Implantação da Escala de Braden em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2011; 32(4):703-10.
19. Gopubmed. [Homepage on the Internet]. [2011] [citado 2011 nov 28]. Disponível em: <http://www.gopubmed.com/>.
20. Teixeira CRS, Becker TAC, Citro R, Zanetti ML, Landim CAP. Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. *Rev. Esc. Enferm*. 2011; 45(1): 173-179.
21. Soares AVN, Gaidzinski RR, Cirico MOV. Identificação das intervenções de enfermagem no Sistema de Alojamento Conjunto. *Rev. Esc. Enferm*. 2010; 44(2): 308-317.
22. Almeida MA, Pergher AK, Canto DF. Validação do mapeamento de cuidados prescritos para pacientes ortopédicos à classificação das intervenções de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(1): 116-123.
23. Lopes JL, Barros ALBL, Michel JLM. A pilot study to validate the priority nursing interventions classification interventions and nursing outcomes classification outcomes for the nursing diagnosis “Excess fluid volume” in cardiac patients. *Int J Nurs Terminol Classific*. 2009; 20(2):76-88.
24. Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. *Rev. Latino-Am. Enferm*. maio-jun 2011; 19(3):[08 telas].
25. Galdeano LE, Rossi LA. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2006; 5(1):60-66.
26. Jorge AS, Dantas SRPE. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu; 2003.
27. Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enferm*. 2005; 13(4): 474-480.
28. Menegon DB, Pereira AG, Santos CT, Heckler S. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas do Sistema Tegumentar. In: Silva ERR da, Lucena AF. *Diagnósticos de Enfermagem com base em sinais e sintomas*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.259-282.
29. Fernandes NCS, Torres G. Incidência e fatores de risco de úlceras de pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008; 7(3):304-10.

30. Cremasco MF, Wenzel F, Sardinha FM, Zanei SSV, Whitaker IY. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(especial):897-902.
31. Prazeres S. Tratamento de pele e feridas: teoria e prática. Porto Alegre: Moriá; 2009.
32. Paiva LC. Úlcera de pressão em pacientes internados em um hospital universitário em Natal/RN: condições predisponentes e fatores de risco [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.
33. Sousa DMST, Fiamini EAD, Balan MAJ, Sousa RNM, Santos VLCCG. Prevalência de úlceras de pressão em pacientes hospitalizados. *Revista Enfermagem Atual.* 2004; 4(22): 21-25.
34. Souza DMST. Incidência de Úlcera de pressão e fatores de risco em idosos institucionalizados [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
35. Fernandes LM. Efeitos de intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlcera de pressão em centro de Terapia Intensiva [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2006.
36. Sousa CA, Santos I, Silva LD. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(3): 279-84.
37. Bergstron N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nurs Res.* 1987; 36(4): 204-10.
38. Ayello EA, Braden B. How and why to do pressure ulcer risk assessment. *Advances in skin & wound care.* 2002; 15(3): 125-133.
39. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. *Rev. Associ. Med. Bras.* 2004; 50(2):182-87.
40. Declair V. Escaras de decúbito: prevenção e tratamento. *Nursing.* 2002; 5(33):5-6.
41. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: *Anais Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem.* Belo Horizonte. ABEN; 2004. p. 31-43.
42. Lucena AF, Almeida MA. Classificações de enfermagem NANDA-I, NIC e NOC no processo de enfermagem. In: *Silva ERR da, Lucena AF. Diagnósticos de Enfermagem com base em sinais e sintomas.* Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 35-53.
43. Cruz D de ALM da. Processo de Enfermagem e Classificações. In: *Gaidzinski RR, Soares AVN, Costa Lima AF, Gutierrez BAO, Cruz D de ALM da, Rogenski NMB, et al. Diagnósticos de enfermagem na prática clínica.* Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 25-37.

44. Andrade LT. Validação das intervenções de enfermagem para o diagnóstico de Mobilidade Física prejudicada nos lesados medulares. Belo Horizonte [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
45. NANDA international. Nursing diagnoses: Definitions and classifications 2012–2014. Ames, Wiley Blackwell; 2012.
46. Azzolin KO. Efetividade da implementação das intervenções de enfermagem nos resultados esperados de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidado domiciliar [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
47. Furuya RK, Nakamura FRY, Gastaldi AB, Rossi LA. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. *Rev Gaucha Enferm.* 2011; 32(1):167-75.
48. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
49. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, et al. Ligações entre: NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
50. Mata LRF. Validação de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2009.
51. Lucena AF, Gutiérrez MGR, Echer IC, Barros ALBL. Intervenções de enfermagem utilizadas na prática clínica de uma unidade de terapia intensiva. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(5): 873-80.
52. Crossetti MGO, Antunes GSM, Tanccini T. Validação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. In: Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MCR. *Processo de enfermagem na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
53. Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. Estados Unidos. 1987; 16(6):625-629.
54. Faro ACM. Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1995.
55. Monteiro FPM et al. Condutas de enfermagem para o cuidado à criança com infecção respiratória: validação de um guia. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(4):458-63.
56. Carvalho EC et al. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. *Rev. Eletr Enferm.* 2008; 10(1):253-240.
57. Holsbach I. Validação de resultados de enfermagem para o Diagnóstico de enfermagem de Dor Aguda [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

58. Segranfedo DH. Validação de resultados de enfermagem segundo a Nursing Outcomes Classification – NOC na prática clínica de enfermagem de um hospital universitário [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
59. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2005. [Internet]. 2010 [citado 2010 dez]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>.
60. Serpa LF, Santos VLCCG, Campanili TCGF, Queiroz M. Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in Critical Care Patients. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2011; 19(1):50-7.
61. Hulsboom MA, Gerrie JJWB, Ruud JGH. Knowledge of pressure ulcer prevention: a cross-sectional and comparative study among nurses. *BMC Nursing.* 2007; 6(2):1-11.
62. Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2010; 18(6):[10 telas].
63. Lobosco AAF, Vasconcelos DDS, Almeida MCL de, Feliciano GD. O enfermeiro atuando na prevenção da úlcera de pressão. *Rev Electronica cuatrimestral de Enfermeria.* 2008; (13):1-15.
64. Araújo TM, Araújo MFM, Caetano JA. Comparação de escalas de avaliação de risco pra úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(5):695-700.
65. Costa IG, Caliri MHL. Validade preditiva da escala de Braden para pacientes de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(6):772-7.
66. Goulart FM, Ferreira JA, Santos KAA, Morais VM, Freitas Filho GA. Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura. *Revista Objetiva.* 2008; 4:85-97.
67. Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2007.
68. Morton PG et al. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
69. Baumgarten M et al. Use of Pressure-Redistributing Support Surfaces Among Elderly Hip Fracture Patients Across the Continuum of Care: Adherence to Pressure Ulcer Prevention Guidelines. *The Gerontologist.* 2010; 50(2):253-262.
70. Lima ACB, Guerra DM. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(1):267-277.
71. Martins DA, Soares FFR. Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlcera de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de Minas Gerais. *Cogitare Enfermagem.* 2008; 1(13):83-87.

72. Fernandes NCS, Paiva LC, Paiva ELC, Melo GSM, Torres GV. Intrinsic and extrinsic risk factors present on the occurrence of pressure ulcer in hospitalized patients. *The FIEP Bulletin*. 2009;79:366-368.

73. Souza AC, Pereira KC, Gama FN. O processo do cuidar: profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento da úlcera de pressão. *Revista Enfermagem Integrada*. 2010; 1(3):369-380.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - 1ª ETAPA

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E VALIDAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA NIC

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Data: / /	
Iniciais do Nome:	
Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino	
Nível de instrução:	
<input type="checkbox"/> 1. Doutorado <input type="checkbox"/> 2. Mestrado <input type="checkbox"/> 3. Especialização <input type="checkbox"/> 4. Graduação	
Área: _____	
Área atual de atuação:	<input type="checkbox"/> 1. Enfermagem assistencial <input type="checkbox"/> 2. Coordenação de enfermagem <input type="checkbox"/> 3. Outro. Qual?
Tempo de atuação (meses):	
Tempo de participação no grupo de pele (meses):	
Participação em curso/palestra referente (Especificar qual e quantas horas)	
a) Processo de enfermagem:	

b) Prevenção de úlcera por pressão / cuidados com a pele:	

Apresentação de trabalho/palestra em evento sobre processo de enfermagem e/ou úlcera por pressão (Congresso, Fóruns, Semana Acadêmica, Seminários, entre outros)	

Publicação de trabalho em Anais de eventos científicos sobre a temática (úlcera por pressão e/ou processo de enfermagem)	

Publicação de artigo sobre a temática (úlcera por pressão e/ou processo de enfermagem)	

Publicação de livro e/ou capítulo de livro sobre a temática (úlcera por pressão e/ou processo de enfermagem)	

2. VALIDAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA NIC COM SEU TÍTULO E DEFINIÇÃO

Assinale na Escala Likert a nota e o conceito que você atribui para cada intervenção de enfermagem NIC utilizada para pacientes que tenham o DE “*Risco de integridade da pele prejudicada*”, considerando o **título e a definição** de cada uma delas e o cenário de cuidado a **pacientes em risco para desenvolver úlcera por pressão (UP)**.

Abaixo de cada intervenção e de sua definição, você poderá sugerir ou apontar modificações, ou mesmo realizar alguma observação sobre a mesma. Também, ao final do preenchimento do instrumento, acrescentar outras intervenções que você julgue como não estão descritas na classificação NIC, mas que considera importante e/ou realiza em sua prática clínica.

Lembra-se o conceito da NIC de que cada intervenção de enfermagem possui um título e uma definição, além de uma série de atividades ou ações, que, posteriormente, também serão validadas por você.

Salienta-se que **não estão sendo validadas as intervenções para o tratamento da UP**, pois este não consiste no objetivo desta investigação.

INTERVENÇÃO NIC E SUA DEFINIÇÃO	Escala Likert				
	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4.Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
1. SUPERVISÃO Aquisição, interpretação e síntese contínuas e com uma finalidade de dados do paciente para a tomada de decisão clínica.					
Observação					
2. Supervisão da PELE Coleta e análise de dados do paciente para manter a integridade da pele e das mucosas.					
Observação					
3. Controle de PRESSÃO Minimização da pressão sobre as partes do corpo.					
Observação					
4. Cuidados com a PELE: Tratamentos tópicos Aplicação de substâncias típicas ou manipulação de dispositivos para a promoção da integridade da pele e minimização de degradação da pele.					
Observação					
5. Prevenção de ÚLCERAS de Pressão Prevenção de úlceras de pressão em indivíduo com alto risco de desenvolvê-las.					
Observação					
6. Cuidado com LESÕES Prevenção de complicações em feridas e promoção da cicatrização.					
Observação					
7. Cuidados com o REPOUSO no leito Promoção de conforto, segurança e prevenção de complicações em paciente incapaz de sair do leito.					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
8. IMOBILIZAÇÃO Estabilização, imobilização e/ou proteção de parte do corpo lesionada com dispositivo de apoio.					
Observação					
9. Cuidados com Local de INCISÃO Higienização, monitoramento e promoção da cicatrização em ferida fechada por suturas, cliques ou grampos.					
Observação					
10. Cuidado com os PÉS Higienização e inspeção dos pés com fins de relaxamento, limpeza e saúde da pele.					
Observação					
11. Ensino: Cuidado com os PÉS Preparo do paciente de risco e/ou pessoa significativa para oferecer cuidados preventivos aos pés.					
Observação					
12. Cuidado com as UNHAS Promoção de unhas limpas, bem-cuidadas e atraentes e prevenção de lesões de pele relacionadas ao cuidado inadequadas das unhas.					
Observação					
13. Monitorização das EXTREMIDADES Inferiores Coleta, análise e uso de dados do paciente para categorizar riscos e prevenir lesões às extremidades inferiores.					
Observação					
14. Cuidados com OSTOMIAS Manutenção da eliminação mediante um estoma e cuidados com o tecido cirunjacente.					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
15. Conduta no prolapso RETAL Prevenção e/ou redução manual de prolapso retal.					
Observação					
16. Cuidados com o PERÍNEO Manutenção da integridade da pele do períneo e alívio do desconforto perineal.					
Observação					
17. Cuidados na incontinência INTESTINAL Promoção da continência intestinal e manutenção da integridade da pele perianal.					
Observação					
18. BANHO Limpeza do corpo com o propósito de relaxamento, asseio e restabelecimento.					
Observação					
19. Precauções no Uso de Artigos de LÁTEX Redução do risco de uma reação sistêmica ao látex.					
Observação					
20. Administração de MEDICAMENTOS: tópica Preparo e aplicação de medicamentos na pele.					
Observação					
21. Controle de MEDICAMENTOS Facilitação do uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não-prescritos.					
Observação					
22. Controle de ELETRÓLITOS Promoção do equilíbrio eletrólito e prevenção de complicações resultantes de níveis de eletrólitos séricos anormais ou indesejados.					
Observação					
23. Controle HIDROELETROLÍTICO Regulação e prevenção de complicações decorrentes de níveis alterados de líquidos e/ou eletrólitos.					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
24. Monitorização de SINAIS VITAIS Verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal para determinar e prevenir complicações.					
Observação					
25. Precauções contra SANGRAMENTO Redução de estímulos que possam induzir a sangramento ou hemorragia em pacientes de risco.					
Observação					
26. Precauções CIRCULATÓRIAS Proteção de uma área localizada com perfusão limitada.					
Observação					
27. Proteção contra INFECCÃO Prevenção e detecção precoce de infecção em pacientes de risco.					
Observação					
28. Controle de INFECCÃO Minimizar a aquisição e a transmissão de agentes infecciosos.					
Observação					
29. Controle da NUTRIÇÃO Auxílio ou oferta de ingestão nutricional equilibrada de alimentos e líquidos.					
Observação					
30. Terapia NUTRICIONAL Administração de alimentos e líquidos para sustentar os processos metabólicos de paciente desnutrido ou com alto risco para desnutrição.					
Observação					
31. Administração de NUTRIÇÃO Parenteral Total (NPT) Preparo e oferecimento de nutrientes intravenosos e monitoramento da resposta do paciente.					
Observação					
32. POSICIONAMENTO Posicionamento deliberado do paciente, ou de parte do corpo do paciente, para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico.					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
33. POSICIONAMENTO: Transoperatório Movimentação do paciente ou de parte do corpo para promover exposição cirúrgica e reduzir o risco de desconforto e de complicações.					
Observação					
34. Promoção do EXERCÍCIO Facilitação de atividades físicas regulares para manter ou elevar o de aptidão física e de saúde.					
Observação					
35. Promoção do EXERCÍCIO: Alongamento Facilitação de exercícios musculares sistemáticos de alongamento lento e permanência na posição para induzir relaxamento, preparar músculos/articulações para exercícios mais vigorosos aumentar ou manter a flexibilidade do corpo.					
Observação					
36. Promoção do EXERCÍCIO: Treino para fortalecimento Facilitação de treinamento regular da resistência muscular para manter ou aumentar a força muscular.					
Observação					
37. Terapia com EXERCÍCIOS: Controle muscular Uso de protocolos específicos de atividade ou exercício para melhorar ou restaurar movimentos controlados do corpo.					
Observação					
38. Terapia com EXERCÍCIOS: Deambulação Promoção e assistência com a deambulação para manter ou restaurar as funções autônomas e voluntárias do organismo durante tratamento e recuperação de doença ou lesão.					
Observação					
39. Terapia com EXERCÍCIOS: Equilíbrio Uso de atividades, posturas e movimentos específicos para manter, melhorar ou restaurar o equilíbrio.					
Observação					
40. Terapia com EXERCÍCIOS: Mobilidade Articular Uso de movimento ativo e passivo do corpo para manter ou restaurar a flexibilidade articular.					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
41. Cuidados na AMPUTAÇÃO Promoção do bem-estar físico e psicológico antes e depois da amputação de parte do corpo.					
Observação					
42. Cuidados com a TRAÇÃO/IMOBILIZAÇÃO Controle de paciente em tração e/ou dispositivo para imobilizar e estabilizar uma parte do corpo.					
Observação					
43. Cuidados com Aparelho GESSADO: Manutenção Cuidado com o aparelho gessado após o período de secagem.					
Observação					
44. Cuidados com Aparelho GESSADO: Úmido Cuidado de aparelho gessado novo durante o período de secagem.					
Observação					
45. MASSAGEM Estimulação da pele e tecidos subjacentes com graus variados de pressão manual para reduzir dores, produzir relaxamento e/ou melhorar a circulação.					
Observação					
46. Assistência no AUTOCUIDADO: Banho/higiene Assistência a paciente para que faça a higiene pessoal.					
Observação					
47. Assistência no AUTOCUIDADO: uso do vaso sanitário Auxílio a outra pessoa nas eliminações.					
Observação					
48. Controle da DIARREIA Controle ou alívio de diarreia.					
Observação					
49. Cuidados com PRÓTESES Cuidados de dispositivo removível usado por paciente e prevenção de complicações associadas ao uso.					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
50. Cuidados na incontinência URINÁRIA Auxílio na promoção da incontinência e na manutenção da integridade da pele do períneo.					
Observação					
51. POSICIONAMENTO: cadeira de rodas Colocação de paciente em cadeira de rodas adequadamente escolhida para melhorar o conforto, promover a integridade da pele e favorecer a independência.					
Observação					
Existe(m) alguma(s) intervenção (s) não descrita (s) pela NIC para o diagnóstico de enfermagem “Risco de integridade da pele prejudicada” em pacientes adultos em risco de úlcera por pressão, que você utiliza em sua prática clínica? Cite-a(s) com a definição que melhor a descreve.					
<hr/>					
<hr/>					
<hr/>					

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – 2ª ETAPA

VALIDAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM DA NIC

Prezado (a) Enfermeiro (a)

Gostaríamos de agradecer sua participação na primeira etapa desta pesquisa e ressaltar a importante contribuição que suas respostas trouxeram ao nosso estudo. Participaram desta primeira etapa 8 enfermeiras do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e 8 enfermeiras do Hospital São Paulo. Analisando-se o material coletado, preenchido pelos participantes, chegou-se ao total de 9 intervenções de enfermagem NIC validadas para o diagnóstico *Risco de integridade da pele prejudicada*, no cenário clínico de pacientes em risco para UP, as quais estão apresentadas a seguir:

Intervenções validadas como prioritárias	Média ponderada
Prevenção de Úlceras de Pressão	0,92
Controle de Pressão	0,89
Supervisão da Pele	0,89
Banho	0,87
Cuidados com a Pele: Tratamentos tópicos	0,86
Monitorização de Sinais Vitais	0,84
Cuidados na incontinência Urinária	0,82
Posicionamento	0,80
Terapia Nutricional	0,80

Quadro 1 – Intervenções de enfermagem validadas como prioritárias

Dando prosseguimento a este estudo, será iniciada a segunda e última etapa do mesmo, na qual será realizada a validação das *atividades* propostas pela NIC para cada uma das intervenções já validadas como **prioritárias, ou seja, com escore $\geq 0,80$** .

Para esta segunda etapa contamos novamente com sua participação, por meio do preenchimento de um instrumento semelhante ao anteriormente utilizado na validação das intervenções de enfermagem. Lembra-se, novamente, o conceito da NIC de que cada intervenção de enfermagem possui uma série de atividades ou ações, que podem ser escolhidas para a realização da prescrição de enfermagem, voltadas à resolução de problemas reais ou potenciais de cuidado.

Assim, solicitamos que você assinale na Escala *Likert* a nota e o conceito atribuído para cada atividade de enfermagem referente à intervenção de enfermagem NIC validada na primeira etapa do estudo, para o DE *Risco de integridade da pele prejudicada*, considerando-se o cenário de cuidado a **pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão**.

INTERVENÇÃO NIC E SUA DEFINIÇÃO					
Prevenção de ÚLCERAS de Pressão					
Prevenção de úlceras de pressão em indivíduo com alto risco de desenvolvê-las.					
ATIVIDADES QUE COMPÕE A INTERVENÇÃO	Escala Likert				
	1.Não utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4.Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco individuais (p.ex., escala de Braden)					
Observação					
Usar métodos para medir a temperatura da pele determinando o risco de úlcera de pressão, conforme o protocolo da agência					
Observação					
Encorajar o indivíduo a não fumar e evitar uso do álcool					
Observação					
Documentar todas as incidências anteriores de formação de úlceras de pressão					
Observação					
Documentar peso e trocas de peso					
Observação					
Documentar a condição da pele na admissão e diariamente					
Observação					
Monitorar o surgimento de áreas avermelhadas atentamente					
Observação					
Remover umidade excessiva da pele que resulta de transpiração, drenagem do ferimento e incontinência urinária e fecal					
Observação					
Aplicar barreiras de proteção, como cremes ou compressas que absorvem umidade, para remover umidade excessiva, como convier					
Observação					
Mudar o decúbito a cada uma a duas horas, como convier					
Observação					
Mudar o decúbito com cuidado (p.ex., evitar cisalhamento) pra evitar lesão a uma pele fragilizada					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Deixar visível o horário das viradas junto ao leito, como convier					
Observação					
Examinar a pele sobre as saliências ósseas e outros pontos de pressão ao reposicionar, pelo menos, diariamente					
Observação					
Evitar massagem sobre saliências ósseas					
Observação					
Posicionar com travesseiros para afastar da cama pontos de pressão					
Observação					
Manter limpa, seca e sem rugas a roupa de cama					
Observação					
Arrumar a cama com as dobras para os dedos dos pés					
Observação					
Usar camas e colchões especiais, como convier					
Observação					
Usar dispositivos sobre a cama (p.ex., pele de carneiro) para proteger o indivíduo					
Observação					
Evitar dispositivos tipo “rosca” para a área do sacro					
Observação					
Hidratar a pele seca e compacta					
Observação					
Evitar água quente e usar sabonete suave no banho					
Observação					
Monitorar surgimento de fontes de pressão e atrito					
Observação					
Aplicar protetores nos cotovelos e calcanhares, como convier					
Observação					
Facilitar pequenas trocas do peso do corpo, com frequência					
Observação					

	1. Não-utilizada	2. Muito pouco utilizada	3. De algum modo utilizada	4. Consideravelmente utilizada	5. Muito utilizada
Providenciar um trapézio para ajudar o paciente a mudar o peso do corpo com frequência					
Observação					
Monitorar a mobilidade e a atividade individuais					
Observação					
Garantir uma ingestão adequada de alimentos, em especial, proteínas, vitamina B e C, ferro e calorias, usando suplementos, como convier					
Observação					
Ajudar o indivíduo a manter um peso saudável					
Observação					
Orientar familiar/cuidador sobre sinais de degradação da pele, como convier					
Observação					
Diante das atividades avaliadas por você neste instrumento você ainda recomenda esta intervenção de enfermagem da NIC?	<input type="checkbox"/> 1. Sim		<input type="checkbox"/> 2. Não		
Existe(m) alguma(s) atividade(s) não descrita pela NIC para o diagnóstico de enfermagem “Risco de integridade da pele prejudicada” em pacientes adultos em risco de úlcera por pressão, que você utiliza em sua prática clínica ao prescrever uma destas intervenções validadas?					
<hr/> <hr/> <hr/>					

INTERVENÇÃO NIC E SUA DEFINIÇÃO					
Controle da PRESSÃO Minimização da pressão sobre as partes do corpo.					
ATIVIDADES QUE COMPÕE A INTERVENÇÃO	Escala Likert				
	1.Não utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4.Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Vestir o paciente com roupas folgadas					
Observação					
Fazer válvula dupla e espalhar um imobilizador para aliviar a pressão					
Observação					
Forrar as extremidades do imobilizador e as conexões da tração, conforme apropriado					
Observação					
Colocar em colchão/cama terapêutica adequada					
Observação					
Colocar sobre o forro de espuma de polietileno, conforme apropriado					
Observação					
Evitar aplicar pressão na parte do corpo afetada					
Observação					
Fazer massagem nas costas/nuca, como convier					
Observação					
Erguer a extremidade lesionada					
Observação					
Virar o paciente imobilizado, pelo menos, a cada duas horas, conforme agenda estabelecida					
Observação					
Facilitar pequenas trocas do peso do corpo					
Observação					
Monitorar a pele quanto a áreas de hiperemia e lesão					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Monitorar a mobilidade e a atividade do paciente					
Observação					
Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco do paciente (p.ex. Escala de Braden)					
Observação					
Usar dispositivos adequados para manter calcanhares e saliências ósseas afastados da cama					
Observação					
Arrumar a cama com a dobra dos dedos dos pés					
Observação					
Aplicar protetores de calcanhar como convier					
Observação					
Monitorar o estado nutricional do paciente					
Observação					
Monitorar o surgimento de fontes de pressão e atrito					
Observação					
Diante das atividades avaliadas por você neste instrumento você ainda recomenda esta intervenção de enfermagem da NIC?	<input type="checkbox"/> 1. Sim		<input type="checkbox"/> 2. Não		
Existe(m) alguma(s) atividade(s) não descrita pela NIC para o diagnóstico de enfermagem “Risco de integridade da pele prejudicada” em pacientes adultos em risco de úlcera por pressão, que você utiliza em sua prática clínica ao prescrever uma destas intervenções validadas?					

INTERVENÇÃO NIC E SUA DEFINIÇÃO					
Supervisão da PELE					
Coleta e análise de dados do paciente para manter a integridade da pele e das mucosas.					
ATIVIDADES QUE COMPÕE A INTERVENÇÃO	Escala Likert				
	1.Não utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4.Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Examinar a pele e as mucosas quanto a vermelhidão, calor exagerado, edema e drenagem					
Observação					
Observar as extremidades quanto a cor, calor, inchaço, pulsos, textura, edema e ulcerações					
Observação					
Examinar a condição da incisão cirúrgica, conforme apropriado					
Observação					
Usar um instrumento de levantamento de dados para identificar pacientes com risco de degradação da pele (p.ex. Escala de Braden)					
Observação					
Monitorar cor e temperatura da pele					
Observação					
Monitorar a pele e as mucosas quanto a áreas de descoloração, contusões e distúrbios					
Observação					
Monitorar a pele quanto a exantemas e abrasões					
Observação					
Monitorar a pele quanto a ressecamento e umidade excessivos					
Observação					
Monitorar aparecimento de fontes de pressão e atrito					
Observação					
Monitorar ocorrência de infecção, em especial, de áreas edemaciadas					
Observação					
Examinar as roupas quanto à compressão					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Documentar mudanças na pele e mucosas					
Observação					
Instituir medidas de prevenção de mais deterioração (p.ex. colchão sobreposto, agenda de reposicionamento)					
Observação					
Orientar os familiares/cuidador sobre sinais de degradação da pele, conforme apropriado					
Observação					
Diante das atividades avaliadas por você neste instrumento você ainda recomenda esta intervenção de enfermagem da NIC?	<input type="checkbox"/> 1. Sim		<input type="checkbox"/> 2. Não		
Existe(m) alguma(s) atividade(s) não descrita pela NIC para o diagnóstico de enfermagem “Risco de integridade da pele prejudicada” em pacientes adultos em risco de úlcera por pressão, que você utiliza em sua prática clínica ao prescrever uma destas intervenções validadas?					

INTERVENÇÃO NIC E SUA DEFINIÇÃO					
BANHO					
Limpeza do corpo com o propósito de relaxamento, asseio e restabelecimento.					
ATIVIDADES QUE COMPÕE A INTERVENÇÃO	Escala Likert				
	1. Não utilizada	2. Muito pouco utilizada	3. De algum modo utilizada	4. Consideravelmente utilizada	5. Muito utilizada
Auxiliar banho do paciente em cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou em banho de assento, conforme apropriado ou desejado					
Observação					
Lavar os cabelos, conforme a necessidade e a vontade					
Observação					
Banhar o paciente em água com temperatura agradável					
Observação					
Usar técnicas divertidas no banho com crianças (p.ex. bonecos ou brinquedos laváveis, fingir que um barquinho seja um submarino, perfurar orifícios em fundo de copo plástico, encher com água e imitar “chuva” sobre a criança)					
Observação					
Auxiliar nos cuidados com o períneo, se necessário					
Observação					
Auxiliar com as medidas de higiene (p.ex. uso de desodorante ou perfume)					
Observação					
Promover imersão dos pés, conforme necessário					
Observação					
Barbear o paciente, quando indicado					
Observação					
Aplicar unguento lubrificante e creme em áreas ressecadas da pele					
Observação					
Oferecer a lavagem das mãos após uso do vaso sanitário e antes das refeições					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Aplicar pós-secantes em dobras de pele profundas					
Observação					
Monitorar a condição da pele durante o banho					
Observação					
Monitorar a capacidade funcional durante o banho					
Observação					
Diante das atividades avaliadas por você neste instrumento você ainda recomenda esta intervenção de enfermagem da NIC?	<input type="checkbox"/> 1. Sim		<input type="checkbox"/> 2. Não		
Existe(m) alguma(s) atividade(s) não descrita pela NIC para o diagnóstico de enfermagem “Risco de integridade da pele prejudicada” em pacientes adultos em risco de úlcera por pressão, que você utiliza em sua prática clínica ao prescrever uma destas intervenções validadas?					

INTERVENÇÃO NIC E SUA DEFINIÇÃO					
Cuidados com a PELE: Tratamentos tópicos					
Aplicação de substâncias típicas ou manipulação de dispositivos para a promoção da integridade da pele e minimização de degradação da pele.					
ATIVIDADES QUE COMPÕE A INTERVENÇÃO	Escala Likert				
	1.Não utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4.Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Evitar o uso de roupa de cama com textura áspera					
Observação					
Limpar com sabonete bactericida, conforme apropriado					
Observação					
Vestir o paciente com roupas folgadas					
Observação					
Cobrir a pele com talco medicinal, conforme apropriado					
Observação					
Tirar esparadrapo e resíduos					
Observação					
Oferecer suporte a áreas edemaciadas (p.ex. travesseiro debaixo dos braços e apoio escrotal), conforme apropriado					
Observação					
Aplicar lubrificante aos lábios hidratados e mucosa oral sempre que necessário					
Observação					
Esfregar costas/nuca, conforme apropriado					
Observação					
Trocar o cateter com preservativo, conforme apropriado					
Observação					
Aplicar as fraldas mais frouxas, conforme apropriado					
Observação					
Colocar forros para incontinência, conforme apropriado					
Observação					
Massagear ao redor da área afetada					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Aplicar dispositivos de ostomia com tamanho exato, sempre que necessário					
Observação					
Cobrir as mãos com luvas imobilizadoras, conforme apropriado					
Observação					
Proporcionar higiene íntima sempre que necessário					
Observação					
Evitar providenciar aplicações de calor local					
Observação					
Evitar o uso de sabonete alcalino na pele					
Observação					
Imergir em banho coloidal, sempre que apropriado					
Observação					
Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama					
Observação					
Aplicar talcos secantes a dobras de pele profundas					
Observação					
Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada duas horas, conforme agenda específica					
Observação					
Usar dispositivos sobre a cama (p.ex. pele de carneiro) que protejam o paciente					
Observação					
Aplicar protetores aos calcanhares, conforme apropriado					
Observação					
Iniciar serviços de consulta do enfermeiro em terapia enterostomal sempre que necessário					
Observação					
Aplicar curativo oclusivo transparente (p.ex. Tegaderm® e Duoderm®) sempre que necessário					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Aplicar antibiótico tópico à área afetada, conforme apropriado					
Observação					
Aplicar agente antiinflamatório tópico à área afetada, conforme apropriado					
Observação					
Aplicar emolientes à área afetada					
Observação					
Aplicar agente antifúngico tópico à área afetada, conforme apropriado					
Observação					
Aplicar agente desbridante tópico à área afetada, conforme apropriado					
Observação					
Pintar ou borrificar as verrugas com nitrogênio líquido, conforme apropriado					
Observação					
Examinar diariamente a pele em pessoas com risco de degradação					
Observação					
Documentar o grau de degradação da pele					
Observação					
Adicionar umidade ao ambiente, usando umidificador se necessário					
Observação					
Diante das atividades avaliadas por você neste instrumento você ainda recomenda esta intervenção de enfermagem da NIC?	<input type="checkbox"/> 1. Sim		<input type="checkbox"/> 2. Não		
Existe(m) alguma(s) atividade(s) não descrita pela NIC para o diagnóstico de enfermagem “Risco de integridade da pele prejudicada” em pacientes adultos em risco de úlcera por pressão, que você utiliza em sua prática clínica ao prescrever uma destas intervenções validadas?					

INTERVENÇÃO NIC E SUA DEFINIÇÃO					
Monitorização de SINAIS VITAIS					
Verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal para determinar e prevenir complicações.					
ATIVIDADES QUE COMPÕE A INTERVENÇÃO	Escala Likert				
	1.Não utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4.Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Monitorar a pressão sanguínea, pulso, temperatura e padrão respiratório, conforme apropriado					
Observação					
Observar as tendências e as oscilações na pressão sanguínea					
Observação					
Monitorar a pressão sanguínea do paciente deitado, sentado e de pé antes e depois de troca de posição, conforme apropriado					
Observação					
Monitorar a pressão sanguínea após o paciente ter tomado a medicação, conforme apropriado					
Observação					
Auscultar a pressão sanguínea em ambos os braços e compará-las, conforme apropriado					
Observação					
Monitorar a pressão sanguínea, pulso e respiração, antes durante e após as atividades, conforme apropriado					
Observação					
Iniciar e manter monitoramento contínuo da temperatura, com dispositivo adequado, conforme apropriado					
Observação					
Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia					
Observação					
Monitorar a presença e a qualidade dos pulsos					
Observação					
Verificar pulso apical e radial simultaneamente e observar a diferença, conforme apropriado					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Monitorar a ocorrência de pulso paradoxal					
Observação					
Monitorar a ocorrência de pulso alternante					
Observação					
Monitorar a amplitude ou estreitamento dos pulsos					
Observação					
Monitorar o ritmo e a frequência cardíaca					
Observação					
Monitorar as bulhas cardíacas					
Observação					
Monitorar a frequência e o ritmo respiratório (p.ex. profundidade e simetria torácica)					
Observação					
Monitorar os sons pulmonares					
Observação					
Monitorar a oximetria de pulso					
Observação					
Monitorar a ocorrência de padrões de padrões respiratórios anormais (p.ex. Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, apnêutico, atáxico e suspiros excessivos)					
Observação					
Monitorar a cor, a temperatura e a umidade da pele					
Observação					
Monitorar a ocorrência de cianose central e periférica					
Observação					
Monitorar a ocorrência de baqueteamento digital					
Observação					
Monitorar a presença de tríade de Cushing (p.ex. bradipneia, bradicardia e aumento da pressão sanguínea sistólica)					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Identificar possíveis causas de mudanças nos sinais vitais					
Observação					
Verificar periodicamente a precisão dos instrumentos usados para obtenção dos dados do paciente					
Observação					
Diante das atividades avaliadas por você neste instrumento você ainda recomenda esta intervenção de enfermagem da NIC?	<input type="checkbox"/> 1. Sim		<input type="checkbox"/> 2. Não		
Existe(m) alguma(s) atividade(s) não descrita pela NIC para o diagnóstico de enfermagem “Risco de integridade da pele prejudicada” em pacientes adultos em risco de úlcera por pressão, que você utiliza em sua prática clínica ao prescrever uma destas intervenções validadas?					

INTERVENÇÃO NIC E SUA DEFINIÇÃO					
Cuidados na incontinência URINÁRIA					
Auxílio na promoção da incontinência e na manutenção da integridade da pele do períneo.					
ATIVIDADES QUE COMPÕE A INTERVENÇÃO	Escala Likert				
	1. Não utilizada	2. Muito pouco utilizada	3. De algum modo utilizada	4. Consideravelmente utilizada	5. Muito utilizada
Identificar causas multifatoriais de incontinência (p.ex. eliminação urinária, padrão de eliminação de urina, problemas urinários preexistentes, função cognitiva, resíduo pós-eliminação e medicamentos)					
Observação					
Proporcionar privacidade durante a eliminação					
Observação					
Explicar a etiologia do problema e a justificativa das ações					
Observação					
Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor					
Observação					
Discutir os procedimentos e os resultados esperados com o paciente					
Observação					
Auxiliar a desenvolver/manter um sentimento de esperança					
Observação					
Modificar as roupas e o ambiente para proporcionar acesso fácil ao vaso sanitário					
Observação					
Oferecer roupas protetoras, se necessário					
Observação					
Auxiliar a selecionar a roupa/absorvente adequado para incontinência no controle de curto prazo, enquanto for planejado um tratamento mais definitivo					
Observação					
Higienizar a área da pele dos genitais a intervalos regulares					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Oferecer <i>feedback</i> positivo diante e qualquer redução nos episódios de incontinência					
Observação					
Limitar os líquidos para duas a três horas antes de dormir, conforme apropriado					
Observação					
Programar a administração de diuréticos de modo a causar impacto mínimo no estilo de vida					
Observação					
Orientar o paciente/família a registra eliminação e o padrão urinário, conforme apropriado					
Observação					
Orientar o paciente a beber um mínimo de 1.500ml de líquido/dia					
Observação					
Orientar sobre formas de evitar constipação ou impactação fecal					
Observação					
Limitar a ingestão de irritantes vesicais (p.ex. bebidas com cola, café, chá e chocolate)					
Observação					
Obter amostra de urina para cultura e teste de sensibilidade se necessário					
Observação					
Monitorar a eficiência do tratamento cirúrgico, médico, farmacológico e autoprescrito					
Observação					
Monitorar hábitos intestinais					
Observação					
Encaminhar a especialista em continência urinária, conforme apropriado					
Observação					
Diante das atividades avaliadas por você neste instrumento você ainda recomenda esta intervenção de enfermagem da NIC?	<input type="checkbox"/> 1. Sim		<input type="checkbox"/> 2. Não		

Existe(m) alguma(s) atividade(s) não descrita pela NIC para o diagnóstico de enfermagem “Risco de integridade da pele prejudicada” em pacientes adultos em risco de úlcera por pressão, que você utiliza em sua prática clínica ao prescrever uma destas intervenções validadas?

INTERVENÇÃO NIC E SUA DEFINIÇÃO					
POSICIONAMENTO					
Posicionamento deliberado do paciente, ou de parte do corpo do paciente, para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico.					
ATIVIDADES QUE COMPÕE A INTERVENÇÃO	Escala Likert				
	1.Não utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4.Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Colocar o paciente sobre colchão/cama terapêutica adequada					
Observação					
Proporcionar um colchão firme					
Observação					
Explicar ao paciente que serão feitas mudanças de posição, conforme apropriado					
Observação					
Encorajar o paciente a envolver-se nas mudanças de posição, conforme apropriado					
Observação					
Monitorar o estado de oxigenação antes e depois de troca de posição					
Observação					
Pré-medicação do paciente antes de virá-lo, conforme apropriado					
Observação					
Colocar o paciente na posição terapêutica designada					
Observação					
Incorporar a posição de sono preferida no plano de cuidados, se não houver contraindicação					
Observação					
Posicionar o paciente considerando o alinhamento correto do corpo					
Observação					
Imobilizar ou apoiar a parte do corpo afetada, conforme apropriado					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Elevar a parte do corpo afetada, conforme apropriado					
Observação					
Posicionar o paciente para aliviar a dispneia (p.ex. posição semi-Fowler), conforme apropriado					
Observação					
Oferecer apoio para áreas edemaciadas (p.ex. travesseiro sob os braços e apoio escrotal), conforme apropriado					
Observação					
Posicionar o paciente para facilitar a combinação entre ventilação/perfusão (“pulmão sadio para baixo”), conforme apropriado					
Observação					
Encorajar exercícios ativos e passivos de amplitude de movimentos, conforme apropriado					
Observação					
Oferecer apoio adequado ao pescoço					
Observação					
Evitar colocar o paciente em posição que aumente a dor					
Observação					
Evitar colocar o coto amputado na posição flexionada					
Observação					
Minimizar o atrito e o cisalhamento ao posicionar e virar o paciente					
Observação					
Colocar um apoio para os pés na cama					
Observação					
Virar o paciente usando a técnica de rolar					
Observação					
Posicionar o paciente de modo a promover drenagem urinária, conforme apropriado					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Posicionar o paciente, evitando colocar tensão sobre o ferimento, conforme apropriado					
Observação					
Oferecer apoio às costas, conforme apropriado					
Observação					
Elevar a extremidade afetada a 20 graus ou mais do nível do coração para melhorar o retorno venoso, conforme apropriado					
Observação					
Orientar o paciente sobre o uso de uma boa postura e boa mecânica corporal enquanto realiza qualquer atividade					
Observação					
Monitorar os dispositivos de tração quanto à instalação correta					
Observação					
Manter a posição e a integridade da tração					
Observação					
Elevar a cabeceira da cama, conforme apropriado					
Observação					
Virar o paciente, conforme indicação da condição da pele					
Observação					
Elaborar uma programação escrita de reposicionamento, conforme apropriado					
Observação					
Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada duas horas, conforme programação específica, conforme apropriado					
Observação					
Usar os recursos adequados para apoiar os membros (p.ex. rolo para mãos e trocanter)					
Observação					
Colocar os objetos de uso frequente ao alcance das mãos					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Colocar o mecanismo de troca de posição da cama ao alcance das mãos do paciente					
Observação					
Colocar uma campainha ao alcance das mãos do paciente					
Observação					
Diante das atividades avaliadas por você neste instrumento você ainda recomenda esta intervenção de enfermagem da NIC?	<input type="checkbox"/> 1. Sim		<input type="checkbox"/> 2. Não		
Existe(m) alguma(s) atividade(s) não descrita pela NIC para o diagnóstico de enfermagem “Risco de integridade da pele prejudicada” em pacientes adultos em risco de úlcera por pressão, que você utiliza em sua prática clínica ao prescrever uma destas intervenções validadas?					

INTERVENÇÃO NIC E SUA DEFINIÇÃO					
Terapia NUTRICIONAL Administração de alimentos e líquidos para sustentar os processos metabólicos de paciente desnutrido ou com alto risco para desnutrição.					
ATIVIDADES QUE COMPÕE A INTERVENÇÃO	Escala Likert				
	1. Não utilizada	2. Muito pouco utilizada	3. De algum modo utilizada	4. Consideravelmente utilizada	5. Muito utilizada
Realizar uma avaliação nutricional, conforme apropriado					
Observação					
Monitorar alimentos/líquidos ingeridos e calcular a ingestão calórica diária, conforme apropriado					
Observação					
Monitorar a adequação das prescrições alimentares, de modo a atenderem às necessidades nutricionais diárias, conforme apropriado					
Observação					
Determinar, com o nutricionista, a quantidade de calorias e o tipo de nutrientes necessários para atender às exigências nutricionais, conforme apropriado					
Observação					
Determinar as preferências alimentares, considerando as preferências culturais e religiosas					
Observação					
Selecionar suplementos nutricionais, conforme apropriado					
Observação					
Encorajar o paciente a selecionar alimentos semipastosos quando a falta da saliva for obstáculo para a deglutição					
Observação					
Encorajar a deglutição de alimentos ricos em cálcio, conforme apropriado					
Observação					
Encorajar a ingestão de alimentos e líquidos ricos em potássio, conforme apropriado					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Assegurar que a dieta inclua alimentos ricos em fibras para evitar constipação					
Observação					
Oferecer ao paciente alimentos que possam ser comidos sem talheres, que sejam ricos em proteínas, calorias, nutrientes, além de bebidas de fácil consumo, conforme apropriado					
Observação					
Auxiliar o paciente a selecionar alimentos suaves, pouco condimentados e não ácidos, conforme apropriado					
Observação					
Determinar a necessidade de alimentação via sonda enteral					
Observação					
Administrar a alimentação enteral, conforme apropriado					
Observação					
Interromper o uso de alimentações por sonda, à medida que for tolerada a ingestão oral					
Observação					
Administrar líquidos hiperalimentares, conforme apropriado					
Observação					
Assegurar a disponibilidade de dieta terapêutica progressiva					
Observação					
Oferecer a nutrição necessária dentro dos limites da dieta prescrita					
Observação					
Encorajar alimentos preparados em casa e levados ao hospital, conforme apropriado					
Observação					
Sugerir tentativas de eliminar alimentos com lactose, conforme apropriado					
Observação					
Oferecer temperos e condimentos como alternativa ao sal					
Observação					

	1.Não-utilizada	2.Muito pouco utilizada	3.De algum modo utilizada	4 Consideravelmente utilizada	5.Muito utilizada
Estruturar o ambiente de modo a criar um clima agradável e relaxante					
Observação					
Apresentar os alimentos de forma atraente, agradável, levando em conta a cor, a textura, e a variedade					
Observação					
Providenciar o cuidado oral antes das refeições, conforme necessidade					
Observação					
Auxiliar o paciente a sentar-se antes de comer ou ser alimentado					
Observação					
Monitorar os dados laboratoriais, conforme apropriado					
Observação					
Orientar o paciente e a família a respeito da dieta prescrita					
Observação					
Encaminhar o paciente para ensino e planejamento da dieta, quando necessário					
Observação					
Dar ao paciente e à família exemplos escritos da dieta prescrita					
Observação					
Diante das atividades avaliadas por você neste instrumento você ainda recomenda esta intervenção de enfermagem da NIC?	<input type="checkbox"/> 1. Sim		<input type="checkbox"/> 2. Não		
Existe(m) alguma(s) atividade(s) não descrita pela NIC para o diagnóstico de enfermagem “Risco de integridade da pele prejudicada” em pacientes adultos em risco de úlcera por pressão, que você utiliza em sua prática clínica ao prescrever uma destas intervenções validadas?					

APÊNDICE C – CARTA INFORMATIVA

Gostaríamos de convidá-la(o) a participar do estudo “VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA PARA PACIENTES ADULTOS EM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO”, que representa a pesquisa de Dissertação de Mestrado da enfermeira Taline Bavaresco, sob orientação da Profª Drª Amália de Fátima Lucena da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O objetivo geral do estudo é validar as intervenções e atividade de enfermagem propostas pela NIC para o diagnóstico “Risco de integridade da pele prejudicada”, a partir da ligação descrita entre a classificação de intervenções de enfermagem NIC e de diagnósticos de enfermagem NANDA-I, para pacientes adultos em risco de úlcera por pressão.

Na primeira etapa do estudo será solicitado que você valide as **Intervenções de Enfermagem NIC** propostas para o diagnóstico de enfermagem mencionado, por meio de um instrumento de coleta de dados, que lhe será enviado através de correio eletrônico pela pesquisadora.

Na segunda etapa, sua participação constará em validar as **atividades que compõem as intervenções** validadas como prioritárias na etapa anterior do estudo. Para tanto, você receberá um segundo instrumento de coleta de dados, semelhante ao primeiro. Cada instrumento deverá ser preenchido conforme instruções que lhe serão fornecidas juntamente a eles, no prazo definido pela pesquisadora.

Sua participação é importante para validar o conteúdo das intervenções de enfermagem prioritárias, descritas pela linguagem padronizada da NIC, à prevenção de úlcera por pressão em pacientes adultos.

A(o) participante da pesquisa, após ter recebido as informações anteriores e estando esclarecida(o) dos seus direitos de receber respostas a qualquer pergunta sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa; que a sua participação não acarretará em custos/despesas; que poderá retirar seu aceite a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer ônus para a sua pessoa; que não será identificada(o), mantendo o caráter confidencial das informações. Assim, declara estar ciente do exposto e desejar participar voluntariamente da pesquisa.

O envio desta Carta Informativa e os instrumentos para a coleta de dados será encaminhado para o correio eletrônico pessoal de cada participante, porém o retorno deverá ocorrer através do email específico para esta pesquisa, conforme orientações a seguir:

1º Preencher o instrumento de coleta de dados

2º Após o preenchimento, acesse o seguinte email:

Usuário: validacaointervencoesnic@yahoo.com.br

Senha: validacaonic

3º Anexe o seu arquivo e envie para o mesmo email, em até 30 dias.

Assim, as pesquisadoras do estudo irão considerar o seu consentimento, quando receberem os instrumentos de coleta de dados preenchidos, por meio de correio eletrônico, o qual será acessado diariamente pela pesquisadora. Portanto, este meio de comunicação garantirá o anonimato de cada participante.

As pesquisadoras estarão à disposição para quaisquer dúvidas e/ou esclarecimentos ou, ainda, a desistência de participação no estudo. Os contatos podem ser feitos por telefone ou email:

Taline Bavaresco: tali_nurse@yahoo.com.br - telefone: (54) 9952-9487

Amália de Fátima Lucena: afatimalucena@gmail.com - telefone: (51)8179-4710

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: (51)3359-8304.

Comitê de Ética em Pesquisa Porto Alegre, 16 de maio de 2011.
GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

FF 105/12011 NP
11.00.28

Taline Bavaresco
Amália de Fátima Lucena
Pesquisadoras

ANEXO A – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL



**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto PG. MS. : 56/2010
Versão: 01/2011

Pesquisadores: Taline Bavaresco e Profa. Amália de Fátima Lucena

Título: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA PARA PACIENTES EM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 20 de Janeiro de 2011.

Profª. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ/EENF

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EEnf - UFRGS

ANEXO B – APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE



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

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110028

Data da Versão do Projeto: 17/05/2011

Data da Versão do TCLE: 17/05/2011

Pesquisadores:

TALINE BAVARESCO

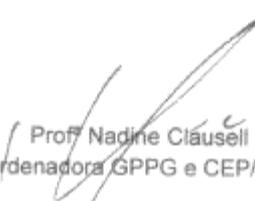
AMÁLIA FÁTIMA LUCENA

Título: Validação de conteúdo de Intervenções de enfermagem para o Diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada para pacientes em risco de úlcera por pressão

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 17 de maio de 2011.


Prof. Nadine Cláusell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA