

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**Ana Gabriela Silva Pereira**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES EM RISCO  
PARA ÚLCERA POR PRESSÃO**

**Porto Alegre**

**2011**

Ana Gabriela Silva Pereira

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES EM RISCO PARA ÚLCERA POR  
PRESSÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina TCC2 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Amália de Fátima  
Lucena

Porto Alegre

2011

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Amália de Fátima Lucena, por todos ensinamentos compartilhados e por ter possibilitado tantas coisas que enriqueceram minha graduação.

À Enf<sup>ª</sup>. Ms. Dóris Baratz Menegon, por toda amizade, ensinamento e oportunidades. Teu empenho e dedicação com as feridas me fizeram amar esse tema.

Às amigas Adriana e Laura Rocha pela disposição em me ajudar com a formatação.

Aos meus pais, Jobson e Míriam, e minha irmã, Juliane, por estarem sempre próximos e por me darem suporte. Obrigada por me amarem em todos os momentos, sem vocês nada disso seria possível; ao meu namorado Leonardo por me mostrar a cada dia tanto amor e companheirismo, que bom poder me alegrar com essa conquista ao teu lado!

À Deus, por ter criado tudo de modo tão maravilhoso e por ter me guiado até aqui com tanto amor e cuidado.

*“Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo - o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes”.*

*Florence Nightingale*

## RESUMO

O Processo de Enfermagem (PE) sistematiza a assistência e é composto por cinco etapas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação de intervenções e avaliação. Atualmente, têm-se utilizado junto a esta metodologia os sistemas de linguagem padronizada, como a de diagnósticos de enfermagem (DE) da NANDA-I e a de intervenções de enfermagem NIC. Além desses elementos, outras ferramentas vêm sendo utilizadas para qualificar a assistência de enfermagem como os protocolos assistenciais. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi implementado em 2006 o Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão (UP). A UP é uma lesão provocada pelo excesso de pressão externa sob uma proeminência óssea causando dano tecidual. A identificação dos pacientes em risco para UP pode ser feita por meio de instrumentos preditivos, como a Escala de Braden, conhecida por sua eficácia. Neste contexto, há dois anos se realizou estudo cujo objetivo foi conhecer a incidência de UP, os diagnósticos e cuidados de enfermagem (CE) para pacientes em risco para UP. Um dos seus objetivos específicos foi o de conhecer mais a cerca do cuidado prestado a estes pacientes, o que motivou a realização da presente investigação. Objetivo: identificar os CE para pacientes em risco para UP, com os DE Síndrome do déficit do autocuidado; Mobilidade física prejudicada; Integridade tissular prejudicada; Integridade da pele prejudicada e Risco de integridade da pele prejudicada, e comparar os CE com as intervenções NIC. Os resultados mostraram que mais de 30% dos cuidados, para os cinco DE, estavam relacionados com a prevenção da UP, tendo maior frequência os cuidados como manter colchão piramidal, realizar mudança de decúbito e implementar o protocolo de prevenção de UP. Em relação ao mapeamento cruzado com a NIC, identificou-se semelhança em 100% dos CE. Apesar desses resultados, alguns DE se mostraram muito amplos para tratar desse tema. Sugere-se a construção e validação de DE para risco para úlcera por pressão.

Palavras-Chave: Úlcera por Pressão. Risco. Cuidados de Enfermagem. Diagnósticos de Enfermagem.

## **ABSTRACT**

The Nursing Process (NP) provides further assistance and consists of five steps: research, diagnosis, planning, implementing of interventions and evaluating. Nowadays, it has been used with this methodology standardized language systems, such as nursing diagnoses (ND) of NANDA-I and nursing interventions NIC. Besides these elements, other tools have been used to describe nursing care as care protocols. In the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) was implemented in 2006 the Care Protocol of Prevention and Treatment for Pressure Ulcers (PU). PU is an injury caused by excessive external pressure on a bony prominence causing tissue damage. The identification of patients at risk for PU can be made by means of predictive tools, such as Braden Scale, known for its effectiveness. Two years ago, in this context, a study with objective of know the incidence of PU, diagnoses and nursing care (NC) was made for patients at risk for PU. One of its specific objectives was to learn more about the care provided to these patients, which led to the realization of this research. Objective: to identify the NC for patients at risk for PU, with the ND of Self-care deficit syndrome, Impaired physical mobility, Impaired tissue integrity, Impaired skin integrity and Risk for impaired skin integrity, and compare the ND with the interventions of Nursing Interventions Classification (NIC). The results showed that over 30% of nursing care for the five ND, were related to the prevention of PU, with greater frequency as to maintain the care mattress pyramidal, effect change in position and implement the protocol for the prevention of PU. Regarding the cross-mapping with the NIC, we identified 100% similarity in the EC. Despite these results, some of proved too broad to address this issue. It is suggested the construction and validation of ND for pressure ulcer risk.

**Keywords:** Pressure Ulcer. Risk. Nursing Care. Nursing Diagnoses.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com Síndrome do déficit do autocuidado relacionados à prevenção de UP.....26
- Tabela 2** – Cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com Mobilidade física prejudicada relacionados à prevenção de UP.....27
- Tabela 3** – Cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com Integridade tissular prejudicada relacionados à prevenção de UP.....28
- Tabela 4** – Cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com Integridade da pele prejudicada relacionados à prevenção de UP.....29
- Tabela 5** – Cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com Risco de integridade da pele prejudicada relacionados à prevenção de UP.....30

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Escala de Braden na língua portuguesa.....	20
<b>Quadro 2</b> - Total de diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com um ou mais dos cinco diagnósticos de enfermagem estabelecidos.....	31
<b>Quadro 3</b> – Mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em risco para UP com “Síndrome do déficit do autocuidado” e as intervenções da NIC.....	34
<b>Quadro 4</b> - Mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos no HCPA para pacientes em risco para UP com o DE “Mobilidade física prejudicada” e as intervenções da NIC.....	35
<b>Quadro 5</b> - Mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos no HCPA para pacientes em risco para UP com o DE “Integridade tissular prejudicada” e as intervenções da NIC.....	38
<b>Quadro 6</b> - Mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos no HCPA para pacientes em risco para UP com o DE “Integridade da pele prejudicada” e as intervenções da NIC.....	39
<b>Quadro 7</b> – Mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos no HCPA para pacientes em risco para UP com o DE “Risco de integridade da pele prejudicada” e as intervenções da NIC.....	42

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivos Gerais.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1</b>	<b>Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2</b>	<b>Úlcera por Pressão.....</b>	<b>17</b>
<b>3.3</b>	<b>Escala de Braden e Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão.....</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo.....</b>	<b>22</b>
<b>4.2</b>	<b>Local de Estudo.....</b>	<b>22</b>
<b>4.3</b>	<b>População e Amostra.....</b>	<b>22</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de Dados.....</b>	<b>23</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise de Dados.....</b>	<b>23</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>46</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>51</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>

<b>ANEXO A: Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento da Úlcera por Pressão.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO B: Carta de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO C: Relatório da pesquisa com o nome da autora como participante.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO D: Carta de Aprovação do Projeto pela COMPESQ.....</b>	<b>64</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A profissão de enfermeiro tem por característica o cuidado integral ao paciente, tanto na promoção e prevenção de saúde, quanto no tratamento ao indivíduo doente. Para tanto, ele se utiliza de técnicas, conhecimento científico e criticidade. A organização deste trabalho pode ser guiada pelo Processo de Enfermagem (PE), que é uma ferramenta utilizada pelo enfermeiro para sistematizar o cuidado, o que possibilita qualificar a assistência ao paciente. Este método se compõe de cinco etapas interligadas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

O uso do PE impulsionou a criação de uma padronização de linguagem dos fenômenos da prática de enfermagem, ou seja, diagnóstico, intervenção e resultado, dando início às classificações de enfermagem. Assim, com o objetivo de empregar uma taxonomia de termos diagnósticos mais utilizados pelas enfermeiras foi criado em 1982 a *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA). Desde então, essa classificação de diagnósticos de enfermagem vem evoluindo e, hoje, está estruturada sob forma multiaxial, com sete eixos, 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos (NANDA-I, 2010). Mais tarde, também foram criados sistemas de classificação para as intervenções de enfermagem como a NIC - Nursing interventions classification (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010) - e para os resultados de enfermagem como a NOC - Nursing outcomes classification – (MOORHEAD et al, 2010).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) utiliza o PE desde o final da década de 1970, com base no referencial teórico de Horta (1979), incluindo as etapas de anamnese e exame físico, diagnóstico, prescrição, evolução e avaliação de enfermagem informatizadas. Os diagnósticos de enfermagem, introduzidos no ano de 2000, foram agrupados de acordo com as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais e descritos conforme o vocabulário da NANDA-I (2010).

A prescrição de enfermagem informatizada tem por base os Diagnósticos de Enfermagem (DE) e os seus fatores relacionados ou de risco (etiologias). Para cada etiologia de um DE existem cuidados correspondentes, que são selecionados de acordo o julgamento clínico da enfermeira que os prescreve. Os cuidados possuem base na literatura, na prática

clínica dos enfermeiros e na NIC (LUCENA; BARROS, 2006. BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Juntamente com o PE, outras ferramentas vem sendo utilizadas com o fim de qualificar a assistência, como, por exemplo, os protocolos assistenciais. No HCPA, as enfermeiras do Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas (PPTF), com a ajuda de uma equipe multidisciplinar, implementaram, em 2006, o Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento para Úlcera por Pressão (ANEXO A).

A UP é uma lesão causada pelo excesso de pressão externa sob uma proeminência óssea causando isquemia e consequente dano ou morte tecidual. Sua gravidade é variável e pode ser classificada em estágios, de acordo com suas características (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2007). A identificação dos pacientes em risco para UP pode ser feita por meio do uso de instrumentos preditivos. Entre esses se encontra a Escala de Braden (BERGSTROM et al, 1987), conhecida por ser um instrumento confiável e com validade evidenciada (BOURS et al, 2001).

A temática da Úlcera por Pressão (UP) tem sido largamente discutida pelos enfermeiros, uma vez que sua prevenção está diretamente ligada aos cuidados de enfermagem (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006). A relevância deste tema remete ao fato de que a UP está atrelada à qualidade assistencial, ou seja, se um paciente que possui risco para UP não a desenvolve, pode-se deduzir que ele, dentre outras coisas, foi submetido a cuidado eficiente por parte da equipe de enfermagem (JULL; GRIFFITHS, 2010).

Sabendo-se que o PE, bem como os protocolos de cuidado, auxiliam o enfermeiro a sistematizar, qualificar e facilitar a assistência prestada ao paciente, pensou-se em explorar o cenário de cuidado relacionado à prevenção em pacientes em risco para UP. Tendo isso em vista, há dois anos foi realizado um projeto de pesquisa intitulado “Risco para desenvolvimento da Úlcera de Pressão (UP), medido pela escala de Braden, diagnósticos e cuidados de enfermagem e incidência de UP”. O mesmo teve por objetivo geral descrever a incidência da UP, os diagnósticos e os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes internados em um hospital universitário com risco para UP, medido por meio de instrumento contendo a escala de Braden (LUCENA et al, 2008). Este projeto foi aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) - Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do HCPA, sob o protocolo nº 08-319 (ANEXO B).

Dentre os resultados preliminares deste estudo, identificou-se os 11 DE mais frequentes para os pacientes em risco para UP. Cinco deles, ou seja, Síndrome do déficit do autocuidado; Integridade da pele prejudicada; Risco de integridade da pele prejudicada; Mobilidade física prejudicada e Integridade tissular prejudicada mostraram-se ligados à questão da UP, uma vez que apresentavam fatores relacionados (etiologias), tais como imobilidade e prejuízo neuromuscular/musculoesquelético, que apontam para a possibilidade deste agravo. Além disso, possuíam a prescrição “Implementar Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento para Úlcera por Pressão” entre seus cuidados (LUCENA et al, 2011). Entretanto, apesar da prescrição desta intervenção, é possível que outros cuidados de enfermagem também tenham sido prescritos com o intuito de prevenir a UP.

Desta forma, este estudo é um recorte da investigação maior e teve como proposta responder a um de seus objetivos específicos que é o de identificar os cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes em risco para UP. Portanto, tem-se como questão de pesquisa: quais os cuidados de enfermagem prescritos para prevenir UP, além de “Implementar Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento para Úlcera de Pressão”, em pacientes em risco para este agravo e com os DE Síndrome do déficit do autocuidado; Integridade da pele prejudicada; Risco de integridade da pele prejudicada; Mobilidade física prejudicada e Integridade tissular prejudicada?

## 2 OBJETIVO

Tendo em vista o exposto, seguem os objetivos desse estudo.

- a) Identificar os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em risco para úlcera por pressão, pela Escala de Braden, portadores dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) Síndrome do déficit do autocuidado; Mobilidade física prejudicada; Integridade tissular prejudicada; Integridade da pele prejudicada e Risco de integridade da pele prejudicada.
- b) Comparar os cuidados de enfermagem prescritos para esses pacientes com as intervenções de enfermagem propostas pela *Nursing Interventions Classification* (NIC) para esses diagnósticos.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

A seguir, será apresentada uma revisão dos temas presentes nesse estudo, a partir do que se encontra na literatura.

#### **3.1. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem**

O Processo de Enfermagem é um modelo que busca orientar o julgamento clínico e a tomada de decisão na prática da enfermagem, relacionados ao diagnóstico, intervenção e resultado (LUCENA; ALMEIDA, 2011).

A busca por desenvolver uma linguagem clara e consistente das ações de enfermagem deu origem à NANDA, que em 2002 se expandiu e passou a ser chamada de NANDA International (NANDA-I).

A definição de Diagnóstico de Enfermagem segundo a NANDA-I é:

Julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (2009).

A etapa de diagnóstico é um julgamento clínico baseado na coleta de dados (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009). Ele pode ser entendido tanto como um processo como quanto um produto e possui duas fases: coleta de dados e o diagnóstico em si, pois tendo como base a análise e síntese dos dados coletados, é possível dar o enunciado do diagnóstico a partir de uma taxonomia existente (LUCENA; ALMEIDA, 2011).

Conforme a NANDA-I, os DE estão agrupados em 13 domínios: promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, papéis e relacionamentos, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios da vida, segurança/proteção, conforto, crescimento/desenvolvimento. Cada um desses domínios está dividido em classes, totalizando 47 (NANDA, 2010).

Os componentes do DE são: título (nome conciso, padronizado), definição (descrição clara e precisa, padronizada), fator relacionado (fator contribuinte que tem relação padronizada com o DE), fator de risco (fator ambiental, fisiológico, psicológico, genético ou

químico que aumenta a vulnerabilidade de um indivíduo a um DE), característica definidora (indícios ou manifestações que podem ser associadas a um DE – sinais e sintomas).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) começou a ser estudada no final da década de 80 e teve sua primeira edição lançada em 1992. Foi traduzida para o português em 2004 e desde lá vem sendo utilizada pela enfermagem brasileira, que tem testado sua aplicabilidade por meio de pesquisas (LUCENA; ALMEIDA, 2011).

Segundo a NIC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010, p.43), intervenção de enfermagem (IE) é: “qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por uma enfermeira para melhorar os resultados obtidos pelo paciente”.

As intervenções incluem aspectos fisiológicos e psicossociais, intervenções para tratamento de doenças, para sua prevenção e para promoção da saúde. A maioria está voltada para o cuidado ao indivíduo, porém algumas foram elaboradas para a família e outras para comunidades inteiras (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

O cuidado gerado pela intervenção pode ser personalizado, de acordo com a necessidade de cada paciente, pois cada uma delas traz uma lista de aproximadamente 10 a 30 atividades. São ao todo 542 IE e mais de 12 mil atividades (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

As intervenções estão agrupadas em sete domínios e em 30 classes (BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010), a saber:

Domínio 1 - fisiológico básico: controle da atividade e do exercício, controle da eliminação, controle da imobilidade, apoio nutricional, promoção do conforto físico, facilitação do autocuidado.

Domínio 2 - fisiológico complexo: controle eletrolítico e ácido-básico, controle de medicamentos, controle neurológico, cuidados perioperatórios, controle respiratório, controle de pele/feridas, termorregulação e controle de perfusão tissular.

Domínio 3 - segurança: terapia comportamental, terapia cognitiva, melhora na comunicação, assistência no enfrentamento, educação do paciente, promoção do conforto psicológico.

Domínio 4 - segurança: controle na crise e controle de risco.

Domínio 5 - família: cuidados no nascimento dos filhos, cuidados na educação dos filhos e cuidados ao longo da vida.

Domínio 6 - sistema de saúde: mediação do sistema de saúde, controle do sistema de saúde, controle das informações.

Domínio 7 - comunidade: promoção da saúde da comunidade e controle de riscos da comunidade.

### **3.2. Úlcera por Pressão**

A úlcera por pressão (UP) é definida como uma lesão que ocorre quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um longo período de tempo (FIFE et al, 2001). A área afetada sofre de má circulação, conseqüentemente baixo aporte de oxigênio, o que causa a isquemia tecidual (ANSELM; PEDRUZZI; FRANÇA JUNIOR, 2009). A pressão é o principal fator causador da UP, porém, como o tecido do individuo irá reagir dependerá da intensidade, duração e tolerância à pressão por parte desse tecido (BLANES et al, 2004).

A maior parte dos pacientes que desenvolvem UP são os portadores de lesão medular, acamados e idosos (BLANES et al, 2004; ROGENSKI; SANTOS, 2005; LYDER et al, 2001). Porém, individuos ativos e saudáveis podem estar em risco de desenvolverem UP quando estão sedados, anestesiados ou insensíveis à dor por alguma situação de imobilização, ferimento ou medicação (FIFE et al, 2001).

A UP tem sido identificada como um evento adverso durante o período de internação (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006), aumentando o custo do tratamento e o tempo da hospitalização (ANSELM; PEDRUZZI; FRANÇA JUNIOR, 2009; BLANES et al, 2004; FIFE et al, 2001), além de afetar a qualidade de vida do paciente e seus familiares, e possibilitar ainda outros agravos como as infecções (BLANES et al, 2004).

Estudos têm demonstrado que a UP é mais frequente em Centros de Terapia Intensiva (CTI), pois nesse local ficam internados pacientes mais graves e que estão com alteração no nível de consciência, em sua maioria usando ventilação mecânica, e confinados à cama por longos períodos. Existem ainda outros fatores que deixam esses pacientes mais suscetíveis a UP, como, por exemplo, a instabilidade hemodinâmica e o uso que fazem de drogas vasodilatadoras (KELLER et al, 2002; FERNANDES; CALIRI; HAAS, 2008; SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006). Estudos tem mostrado que a incidência da UP na CTI varia de 12% a 30% (BOURS et al, 2001. FIFE et al, 2001).

Um dos fatores de risco mais apontado para o surgimento de UP é a imobilidade (FERNANDES; CALIRI; HAAS, 2008), pois sem conseguir se mover ou sem sentir a necessidade de pedir ajuda para se reposicionar no leito, o paciente acaba por expor sua pele à pressão por um longo período, o que pode levar ao dano tecidual e ao desenvolvimento de UP.

A National Pressure Ulcer Advisory Panel (2007) classifica as UP em seis estágios, de acordo com suas características. A úlcera de grau I é aquela em que a pele está intacta, porém há presença de eritema que não desaparece mesmo depois que a pressão é aliviada, e a de grau II é aquela em que há lesão parcial da pele, envolvendo derme ou epiderme; a úlcera é superficial e pode se apresentar como bolha ou abrasão. Na UP de grau III há o rompimento da pele expondo o tecido subcutâneo, envolvendo dano ou necrose; forma uma grande cratera, podendo haver comprometimento de tecidos subjacentes. Na úlcera grau IV há grande destruição com presença de tecido necrótico ou dano de músculos, ossos ou tendões. A úlcera denominada não estadiável apresenta lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) ou há escara (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão. E, finalmente, a suspeita de lesão tissular é caracterizada como uma área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha, ou bolha sanguinolenta devido ao dano no tecido mole, decorrente de pressão ou cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2007. MENEGON et al, 2011).

### **3.3. Escala de Braden e Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão**

A prevenção da UP possui grande relevância no trabalho da equipe de saúde. Estudos apontam que a aplicação de instrumentos que definem os pacientes em risco e o uso de protocolos de prevenção de UP diminuem sua incidência (JULL; GRIFFITHS, 2010. ANSELMi; PEDRUZZI; FRANÇA JUNIOR, 2009). Sendo assim, é essencial o uso de instrumentos preditivos de risco na prática clínica, como, por exemplo, a Escala de Braden, que auxilia na qualificação do cuidado de enfermagem, uma das principais etapas do PE. Esta

escala foi traduzida e adaptada para o idioma português em 1999 (PARANHOS; SANTOS, 1999). Ela é composta por seis subescalas, a saber: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento. O uso desta escala permite ao enfermeiro identificar alguns dos principais riscos a que o paciente pode estar exposto e a partir daí, realizar um DE acurado e elaborar um plano de cuidados adequado ao caso.

As subescalas são avaliadas separadamente, em um primeiro momento, e cada uma delas recebe um escore que varia de um a quatro, exceto a subescala de fricção e cisalhamento, cujo escore varia de um a três. Da soma dos valores das subescalas é gerado o escore total, que pode variar de seis a 23. Quanto maior o valor do escore total, menor é o risco de o paciente desenvolver uma UP (BLANES et al, 2004).

A subescala da percepção sensorial indica o grau de capacidade do indivíduo perceber pressão sob sua pele e de se repocionar de forma mais cômoda, ou de solicitar ajuda para mudar sua posição. O paciente com a capacidade de percepção diminuída ou ausente está em risco para desenvolver UP uma vez que é incapaz de responder à pressão que está sofrendo.

A umidade indica quão exposto o paciente está à secreção, seja ela, urina, fezes, suor, exsudato ou restos de alimentos (BERGSTROM et al, 1987). Os agentes químicos e biológicos reagem em contato com a pele podendo causar lesão.

A subescala atividade mede a frequência com que o paciente sai do leito, o que é diferente da subescala mobilidade, que significa a capacidade de aliviar a pressão através do movimento (PARANHOS; SANTOS, 1999).

A nutrição reflete a ingestão de alimentos usual do paciente. Uma má alimentação indica um grande risco para desenvolvimento de UP (PARANHOS; SANTOS, 1999).

Fricção e cisalhamento ocorrem quando duas superfícies deslizam uma sobre a outra em direções diferentes ou esfregam uma na outra (KELLER et al, 2002).

O uso de instrumentos preditivos de risco para UP são previstos em protocolos assistenciais e têm sido cada vez mais importantes no auxílio aos profissionais de saúde, para fornecer diretrizes quanto aos procedimentos necessários para prevenir a UP, uma vez que sua incidência também tem sido relacionada ao despreparo dos profissionais na execução do cuidado (SOUZA et al, 2010).

A Escala de Braden traduzida e adaptada para o português se encontra a seguir, no Quadro 1:

**Quadro 1** – Escala de Braden na língua portuguesa

SUBESCALAS	SCORES
<b>Percepção Sensorial</b>	1 Totalmente Limitada 2 Muito Limitada 3 Levemente Limitada 4 Nenhuma Limitação
<b>Umidade</b>	1 Completamente Molhada 2 Muito Molhada 3 Ocasionalmente Molhada 4 Raramente Molhada
<b>Atividade</b>	1 Acamado 2 Confinado à Cadeira 3 Caminha Ocasionalmente 4 Anda Frequentemente
<b>Mobilidade</b>	1 Totalmente Imóvel 2 Bastante Limitada 3 Levemente Limitada 4 Não apresenta Limitações
<b>Nutrição</b>	1 Muito Pobre 2 Provavelmente Inadequada 3 Adequada 4 Excelente
<b>Fricção e Cisalhamento</b>	1 Problema 2 Problema em Potencial 3 Nenhum Problema

Fonte: PARANHOS WY, SANTOS VLCG. **Avaliação de Risco para Úlceras de Pressão por Meio da Escala de Braden, na Língua Portuguesa.** São Paulo, 1999. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

É muito importante salientar que é essencial que o julgamento clínico da enfermeira esteja agregado à utilização da Escala de Braden, pois ele fará diferença na hora de decidir qual conduta tomar a partir da identificação do risco (SOUZA et al, 2010). Cada um dos escores das subescalas serve como uma avaliação inicial de problemas específicos dos pacientes e como uma indicação de qual intervenção utilizar (BRADEN, 2009).

A Escala de Braden é utilizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre desde 2006, quando foi implementado o Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão (ANEXO A). Nesta instituição, os pacientes são avaliados de acordo com esta escala e os que possuírem escore total menor ou igual a 13, são considerados em risco para UP.

Este Protocolo foi aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA em 2006, quando foi implantado em uma unidade piloto do Serviço de Enfermagem Médica. Após passar por ajustes, ele foi sendo gradualmente implantado em todas as unidades de internação médica e cirúrgica, sendo posteriormente adaptado para uso no Centro de Terapia Intensiva (MENEGON et al, 2007). O processo de implantação passou pelas fases de sensibilização e capacitação da equipes de enfermagem.

O protocolo foi uma estratégia das enfermeiras da instituição para melhorar a assistência aos pacientes em risco para UP e auxiliar a equipe a identificá-los e a implementar cuidados preventivos.

## **4. METODOLOGIA**

A seguir serão descritos os métodos da realização da pesquisas proposta.

### **4.1. Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo exploratório descritivo, que se utilizou de uma base de dados já existente, construída durante a realização de um projeto de pesquisa maior que estudou pacientes em risco para UP.

### **4.2. Local do Estudo**

O estudo utilizou dados coletados de pacientes internados em unidades clínicas e cirúrgicas do HCPA, hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), caracterizado por ser uma instituição de grande porte, com atenção múltipla, voltada à educação, à pesquisa e à assistência à saúde.

### **4.3. População e Amostra**

A população foi constituída pelo total de pacientes adultos hospitalizados nas unidades de internação clínica e cirúrgica do hospital e que estavam em risco para UP, definido pelo escore  $\leq 13$ , medido por instrumento que contém a escala de Braden.

A amostra foi de 219 pacientes internados nestas unidades durante o primeiro semestre de 2008 e que tiveram avaliação pelo instrumento contendo a escala de Braden com escore  $\leq 13$ .

O critério de inclusão foi pacientes internados avaliados de acordo com a ficha de avaliação de risco contendo a Escala de Braden, com escore  $\leq 13$ , e prescrição enfermagem de acordo com os diagnósticos de enfermagem.

Foram excluídos os pacientes que tiveram o preenchimento da escala de Braden de forma inadequada ou incompleta, impossibilitando a coleta do dado de maneira fidedigna.

#### **4.4. Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada de forma retrospectiva, considerando-se o período relativo ao primeiro semestre do ano de 2008. Foram considerados os dados referentes aos cuidados de enfermagem prescritos para os diagnósticos de enfermagem dos pacientes estudados, por meio de informações extraídas do sistema informatizado de prescrição de enfermagem, organizadas em planilhas.

Os dados foram digitados, revisados e codificados em um banco de dados construído com o software *Excel for Windows*.

#### **4.5. Análise de Dados**

A análise dos dados quantitativos deste estudo foi feita pela estatística descritiva, por meio de cálculo de média, desvio padrão, frequência e percentual, com auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 16.0.

Na análise, a pesquisadora também revisou os tipos de cuidados de enfermagem encontrados e selecionou aqueles relacionados à prevenção da UP, tendo por base a Escala de Braden e a literatura. Esta etapa inclui a comparação dos cuidados de enfermagem prescritos com as intervenções de enfermagem propostas pela *Nursing Interventions Classification* (NIC), utilizando-se do método de mapeamento cruzado. Este método consiste em um processo metodológico que explica ou expressa algo por meio de palavras similares ou com o mesmo significado. É um procedimento que compara dados visando identificar a similaridade e validar objetos de estudo em diferentes contextos (MOORHEAD, DELANEY, 1997; LUCENA, 2006; LUCENA, BARROS, 2006; SALGADO, CHIANCA, 2011).

A análise de mapeamento cruzado é baseada em três grandes fases que norteiam a aplicação desse método (MOORHEAD, DELANEY, 1997; LUCENA, 2006):

- a) identificação das prescrições de enfermagem vinculadas aos diagnósticos de enfermagem selecionados;
- b) vinculação de cada cuidado de enfermagem prescrito com a intervenção de enfermagem da NIC;
- c) organização de uma listagem de intervenções NIC para cada diagnóstico de enfermagem estudado.

Além disso, Moorhead e Delaney (1997) sugerem que regras específicas sejam estabelecidas conforme as características da estrutura dos dados no sistema de informação existente e conforme as características de classificação utilizadas.

O conjunto de regras utilizado teve por base o referencial de Moorhead e Delaney (1997) adaptado por Lucena (2006), que em síntese, compara cada cuidado de enfermagem prescrito com as intervenções NIC, buscando estabelecer semelhança entre os mesmos, num processo de comparação entre ambos. A base para a realização deste processo é ter como ponto de partida o DE e os cuidados prescritos para ele, bem como o capítulo de ligações entre as intervenções NIC com os DE da NANDA-I (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

#### **4.6. Aspectos Éticos**

Este projeto de pesquisa é parte de uma investigação aprovada pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, vinculada ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA sob o número de 08-319. Todos os pesquisadores assinaram Termo de Comprometimento para utilização de dados. Em anexo, a carta de aprovação do projeto (ANEXO B) e um dos relatórios de acompanhamento da pesquisa, com o nome da autora como participante da mesma (ANEXO C).

O projeto dessa etapa do estudo foi encaminhado para ser apreciado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS, o qual foi aprovado sob o número de protocolo 24/2011 (ANEXO D).

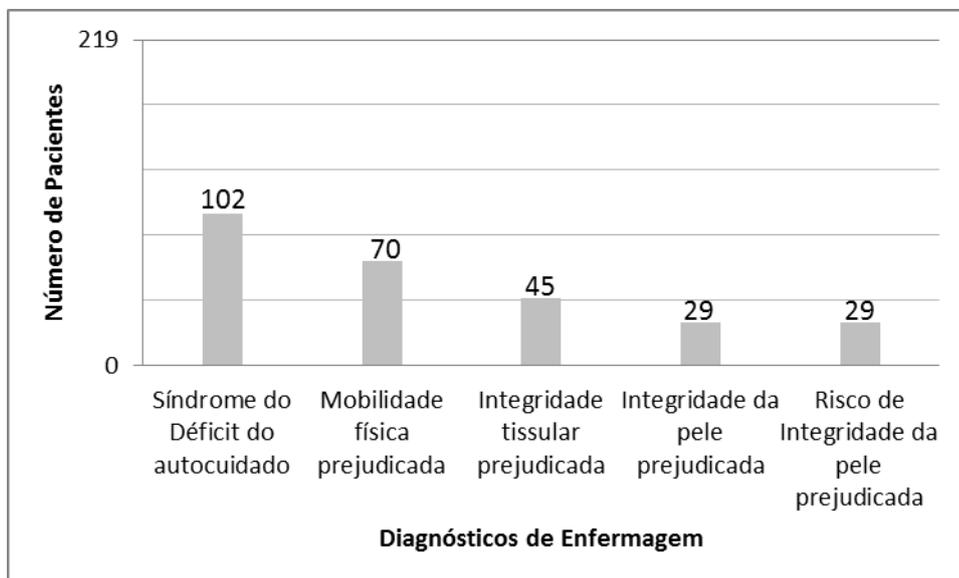
## 5. RESULTADOS

Este estudo foi desenvolvido a partir de resultados de uma investigação maior sobre pacientes em risco para UP, onde foram analisados 219 pacientes em risco para úlcera por pressão, medido pela Escala de Braden (LUCENA, et al 2011).

Esses pacientes apresentaram 47 diferentes Diagnósticos de Enfermagem (DE). Dentre os onze DE identificados como mais freqüentes, notou-se que cinco deles possuíam etiologias relacionadas à prevenção da úlcera por pressão (UP). São eles: Síndrome do déficit do autocuidado; Mobilidade física prejudicada; Integridade tissular prejudicada; Integridade da pele prejudicada e Risco de integridade da pele prejudicada. Estes DE serviram de base para o estudo dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com risco para UP (LUCENA, et al 2011).

A freqüência desses DE, na amostra estudada, está descrita no Gráfico 1.

**Gráfico 1** – Freqüência dos Diagnósticos de Enfermagem relacionados à prevenção da úlcera por pressão.



Na análise dos cuidados de enfermagem prescritos para esses cinco DE se encontrou um total de 1953 prescrições, sendo 1144 (58,5%) para Síndrome do déficit do autocuidado, 352 (18%) para Mobilidade física prejudicada, 206 (10,5%) para Integridade tissular

prejudicada, 112 (6%) para Integridade da pele prejudicada e 139 (7%) para Risco de prejuízo da integridade da pele.

O DE “Síndrome do déficit do autocuidado” foi estabelecido para 102 (46,5%) pacientes. Dentre o total de cuidados prescritos para eles, identificou-se 32 diferentes tipos; destes, nove (30%) estavam relacionados à prevenção da UP (Tabela 1).

**Tabela 1** – Cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com Síndrome do déficit do autocuidado relacionados à prevenção de UP.

<b>CUIDADOS</b>	<b>Frequência</b>	<b>% (n=1144)</b>
<b>Implementar protocolo assistencial de prevenção de úlcera de pressão</b>	89	7,8
<b>Manter colchão piramidal</b>	84	7,3
<b>Proteger proeminências ósseas</b>	72	6,3
<b>Realizar mudança de decúbito</b>	64	5,6
<b>Realizar higiene perineal após cada evacuação</b>	34	3,0
<b>Manter períneo limpo e seco</b>	32	2,8
<b>Sentar paciente na cadeira</b>	30	2,6
<b>Alimentar paciente</b>	18	1,6
<b>Realizar higiene perineal</b>	4	0,3

O DE “Mobilidade física prejudicada” foi estabelecido para 70 (32%) pacientes. Dentre o total de cuidados prescritos para eles, identificou-se 34 diferentes tipos; destes, 17 (50%) estavam relacionados à prevenção da UP (Tabela 2).

**Tabela 2** – Cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com Mobilidade física prejudicada relacionados à prevenção de UP.

<b>CUIDADOS</b>	<b>Frequência</b>	<b>% (n=352)</b>
<b>Manter colchão piramidal</b>	52	14,8
<b>Implementar protocolo assistencial de prevenção de úlcera de pressão</b>	28	8,0
<b>Proteger proeminências ósseas</b>	24	6,8
<b>Sentar paciente na cadeira</b>	22	6,2
<b>Realizar mudança de decúbito</b>	20	5,7
<b>Auxiliar paciente sentar na cadeira</b>	19	5,4
<b>Auxiliar na mudança de decúbito</b>	17	4,8
<b>Estimular movimentação no leito</b>	11	3,1
<b>Proporcionar posição confortável ao paciente</b>	7	2,0
<b>Estimular saída do leito</b>	4	1,1
<b>Auxiliar movimentos ativos</b>	3	0,9
<b>Auxiliar na deambulação</b>	2	0,6
<b>Estimular deambulação</b>	2	0,6
<b>Acompanhar durante a deambulação</b>	1	0,3
<b>Elevar membros inferiores</b>	1	0,3
<b>Estimular movimentos</b>	1	0,3

<b>ativos</b>		
<b>Realizar movimentos passivos</b>	1	0,3

O DE “Integridade tissular prejudicada” foi estabelecido para 45 (20,5%) pacientes. Dentre o total de cuidados prescritos para eles, identificou-se 31 diferentes tipos; destes, 13 (42%) estavam relacionados à prevenção da UP (Tabela 3).

**Tabela 3** – Cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com Integridade tissular prejudicada relacionados à prevenção de UP.

<b>CUIDADOS</b>	<b>Frequência</b>	<b>% (n=206)</b>
<b>Manter colchão piramidal</b>	23	11,2
<b>Comunicar aspecto da lesão</b>	14	6,8
<b>Manter curativo externo limpo e seco</b>	11	5,3
<b>Estimular movimentação no leito</b>	10	4,9
<b>Implementar protocolo de cuidados para úlcera de pressão</b>	10	4,9
<b>Proteger proeminências ósseas</b>	10	4,9
<b>Sentar paciente na cadeira</b>	9	4,4
<b>Realizar mudança de decúbito</b>	6	2,9
<b>Observar condições do períneo</b>	5	2,4
<b>Registrar aspecto da</b>	4	1,9

lesão		
<b>Auxiliar na mudança de decúbito</b>	2	1,0
<b>Proteger a pele para evitar rompimento</b>	2	1,0
<b>Realizar movimentos passivos</b>	1	0,5

O DE “Integridade da pele prejudicada” foi estabelecido para 29 (13%) pacientes. Dentre o total de cuidados prescritos para eles, identificou-se 17 diferentes tipos; destes, 13 (76%) estavam relacionados à prevenção da UP (Tabela 4).

**Tabela 4** – Cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com Integridade da pele prejudicada relacionados à prevenção de UP.

<b>CUIDADOS</b>	<b>Frequência</b>	<b>% (n=112)</b>
<b>Implementar protocolo de cuidados para úlcera de pressão</b>	22	19,6
<b>Realizar mudança de decúbito</b>	16	14,3
<b>Proteger proeminências ósseas</b>	11	9,8
<b>Auxiliar na mudança de decúbito</b>	6	5,4
<b>Manter curativo externo limpo e seco</b>	6	5,4
<b>Oferecer hidratante para a pele</b>	5	4,5
<b>Proteger a pele para evitar rompimento</b>	4	3,6
<b>Registrar aspecto da</b>	4	3,6

lesão		
<b>Auxiliar paciente sentar na cadeira</b>	3	2,7
<b>Estimular movimentação no leito</b>	3	2,7
<b>Estimular cuidados de higiene</b>	1	0,9
<b>Hidratar a pele</b>	1	0,9
<b>Sentar paciente na cadeira</b>	1	0,9

O DE “Risco de integridade da pele prejudicada” foi estabelecido para 29 (13%) pacientes. Dentre o total de cuidados prescritos para eles, identificou-se 20 diferentes tipos; destes, 14 (70%) estavam relacionados à prevenção da UP (Tabela 5).

**Tabela 5** – Cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com Risco de integridade da pele prejudicada relacionados à prevenção de UP.

<b>CUIDADOS</b>	<b>Frequência</b>	<b>% (n=139)</b>
<b>Manter colchão piramidal</b>	24	17,3
<b>Implementar protocolo assistencial de prevenção de úlcera de pressão</b>	20	14,4
<b>Proteger a pele para evitar rompimento</b>	14	10,1
<b>Realizar mudança de decúbito</b>	14	10,1
<b>Proteger proeminências ósseas</b>	13	9,4
<b>Manter períneo limpo e seco</b>	11	7,9

<b>Implementar protocolo de cuidados para úlcera de pressão</b>	5	3,6
<b>Auxiliar na mudança de decúbito</b>	4	2,9
<b>Hidratar a pele</b>	4	2,9
<b>Inspecionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos</b>	4	2,9
<b>Sentar paciente na cadeira</b>	4	2,9
<b>Estimular a movimentação no leito</b>	3	2,2
<b>Estimular ingestão alimentar</b>	1	0,7
<b>Oferecer hidratante para a pele</b>	1	0,7

Para os cinco DE estudados se encontrou, conforme já descrito, um total de 1953 cuidados de enfermagem prescritos. Entretanto, depois de se avaliar aqueles que tinham relação com a prevenção da UP (Tabelas 1, 2, 3, 4, 5), foram excluídos os cuidados repetidos para os diferentes DE. Encontrou-se, então, um total de 953 cuidados prescritos divididos em 32 diferentes tipos relacionados à prevenção da UP, sintetizados no Quadro 2.

**Quadro 2** - Total de diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com um ou mais dos cinco diagnósticos de enfermagem estabelecidos.

<b>Diferentes cuidados prescritos relacionados à prevenção da UP</b>	<b>DE 1</b>	<b>DE 2</b>	<b>DE 3</b>	<b>DE 4</b>	<b>DE 5</b>	<b>N (953)</b>	<b>%</b>
Manter colchão piramidal	84	52	23	0	24	183	19,2
Implementar protocolo	89	28	0	0	20	137	14,3

assistencial de prevenção de UP							
Proteger proeminências ósseas	72	24	10	11	13	130	13,6
Realizar mudança de decúbito	64	20	16	6	14	120	12,5
Sentar paciente na cadeira	30	22	9	1	4	66	7,0
Manter períneo limpo e seco	32	0	0	0	11	43	4,5
Implementar protocolo de cuidados para UP	0	0	10	22	5	37	3,8
Realizar higiene perineal após cada evacuação	34	0	0	0	0	34	3,5
Auxiliar na mudança de decúbito	0	17	2	6	4	29	3,0
Estimular movimentação no leito	0	11	10	3	3	27	2,8
Auxiliar paciente sentar na cadeira	0	19	0	3	0	22	2,3
Proteger a pele para evitar rompimento	0	0	2	4	14	20	2,0
Alimentar paciente	18	0	0	0	0	18	1,9
Manter curativo externo limpo e seco	0	0	11	6	0	17	1,8
Comunicar aspecto da lesão	0	0	14	0	0	14	1,4
Registrar aspecto da lesão	0	0	4	4	0	8	0,83
Proporcionar posição confortável ao paciente	0	7	0	0	0	7	0,73
Oferecer hidratante para a pele	0	0	0	5	1	6	0,62
Hidratar a pele	0	0	0	1	4	5	0,52

Observar condições do períneo	0	0	5	0	0	5	0,52
Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos	0	0	0	0	4	4	0,41
Realizar higiene perineal	4	0	0	0	0	4	0,41
Estimular saída do leito	0	4	0	0	0	4	0,41
Auxiliar movimentos ativos	0	3	0	0	0	3	0,31
Auxiliar na deambulação	0	2	0	0	0	2	0,2
Estimular deambulação	0	2	0	0	0	2	0,2
Acompanhar durante a deambulação	0	1	0	0	0	1	0,1
Estimular ingestão alimentar	0	0	0	0	1	1	0,1
Estimular cuidados de higiene	0	0	0	1	0	1	0,1
Elevar membros inferiores	0	1	0	0	0	1	0,1
Realizar movimentos passivos	0	0	1	0	0	1	0,1
Estimular movimentos ativos	0	1	0	0	0	1	0,1
<b>TOTAL</b>	427	214	117	73	122	<b>953</b>	<b>100</b>

Nota: DE 1 – Síndrome do déficit do autocuidado; DE 2 – Mobilidade física prejudicada; DE 3 – Integridade tissular prejudicada; DE 4 – Integridade da pele prejudicada; DE 5 – Risco de integridade da pele prejudicada.

Para atingir o objetivo específico desta investigação de comparar os cuidados de enfermagem prescritos com as intervenções *NIC*, realizou-se um mapeamento cruzado entre os cuidados de enfermagem identificados na primeira parte do estudo e a classificação das intervenções *NIC*, tendo-se como ponto de partida cada um dos cinco DE. Os dados demonstraram que todos os cuidados de enfermagem prescritos (100%) apresentavam semelhança com as intervenções *NIC*, independente do DE analisado e do nível de ligação descrito no capítulo desta classificação.

O mapeamento cruzado entre os nove diferentes cuidados de enfermagem, relacionados à prevenção da UP, prescritos para os pacientes com “Síndrome do déficit do autocuidado” e as intervenções NIC, bem como o nível de ligação de cada uma das intervenções mapeadas em relação ao DE estão descritos no Quadro 3.

**Quadro 3** – Mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em risco para UP com “Síndrome do déficit do autocuidado” e as intervenções da NIC.

<b>SÍNDROME DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO*</b>		
<b>Cuidados de Enfermagem prescritos</b>	<b>Intervenções NIC</b>	<b>Nível de ligação entre a intervenção NIC e o DE NANDA-I</b>
Implementar protocolo assistencial de prevenção de úlcera de pressão	Supervisão da pele	Não Ligada ao DE
	Prevenção de úlcera por pressão	Não Ligada ao DE
Manter colchão piramidal	Posicionamento	Adicional Optativa
	Cuidados com o repouso no leito	Não Ligada ao DE
	Prevenção de úlcera por pressão	Não Ligada ao DE
Proteger proeminências ósseas	Prevenção de úlcera por pressão	Não Ligada ao DE
Realizar mudança de decúbito	Posicionamento	Adicional Optativa
Realizar higiene perineal após cada evacuação	Banho	Prioritária
	Assistência no autocuidado: banho/higiene	Prioritária
	Cuidados com o períneo	Sugerida

Manter períneo limpo e seco	Banho Cuidados com o períneo	Prioritária Sugerida
Sentar paciente na cadeira	Posicionamento	Adicional Optativa
Alimentar paciente	Assistência no autocuidado: alimentação	Não Ligada ao DE
Realizar higiene perineal	Banho Cuidados com o períneo	Prioritária Sugerida

Nota: DE não descrito pala NANDA-I e portanto, também ausente no capítulo de ligações entre NIC-NANDA-I. Para nortear o mapeamento cruzado do mesmo, utilizou-se como base o DE Déficit no autocuidado: banho/higiene.

O mapeamento cruzado entre os 17 diferentes cuidados de enfermagem, relacionados à prevenção da UP, prescritos para os pacientes com “Mobilidade física prejudicada” e as intervenções NIC, e o nível de ligação de cada uma das intervenções mapeadas em relação ao DE (Quadro 4).

**Quadro 4** - Mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos no HCPA para pacientes em risco para UP com o DE “Mobilidade física prejudicada” e as intervenções da NIC. Porto Alegre, 2011.

<b>MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</b>		
<b>Cuidados de Enfermagem prescritos</b>	<b>Intervenções NIC</b>	<b>Nível de ligação entre a intervenção NIC e o DE NANDA-I</b>
Manter colchão piramidal	Posicionamento	Prioritária
	Cuidados com o repouso no leito	Sugerida
	Prevenção de úlcera por	Não Ligada ao DE

	pressão	
Implementar protocolo assistencial de prevenção de úlcera de pressão	Supervisão da pele  Prevenção de úlcera por pressão	Adicional optativa  Não Ligada ao DE
Proteger proeminências ósseas	Prevenção de úlceras por pressão	Não Ligada ao DE
Sentar paciente na cadeira	Posicionamento  Posicionamento: cadeira de rodas	Prioritária  Sugerida
Realizar mudança de decúbito	Posicionamento  Cuidados com o repouso no leito  Prevenção de úlcera por pressão	Prioritária  Sugerida  Não Ligada ao DE
Auxiliar paciente sentar na cadeira	Posicionamento  Posicionamento: cadeira de rodas	Prioritária  Sugerida
Auxiliar na mudança de decúbito	Posicionamento  Cuidados com o repouso no leito	Prioritária  Sugerida

	Prevenção de úlcera por pressão	Não Ligada ao DE
Estimular movimentação no leito	Posicionamento Cuidados com o repouso no leito Prevenção de úlcera por pressão	Prioritária Sugerida Não Ligada ao DE
Proporcionar posição confortável ao paciente	Posicionamento Controle do ambiente	Prioritária Sugerida
Estimular saída do leito	Terapia com exercícios: deambulação	Prioritária
Auxiliar movimentos ativos	Posicionamento	Prioritária
Auxiliar na deambulação	Terapia com exercícios: deambulação	Prioritária
Estimular deambulação	Terapia com exercícios: deambulação	Prioritária
Acompanhar durante a deambulação	Terapia com exercícios: deambulação	Prioritária
Elevar membros inferiores	Posicionamento	Prioritária
Estimular movimentos ativos	Posicionamento Cuidados com o repouso no leito	Prioritária Sugerida
Realizar movimentos passivos	Posicionamento	Prioritária Sugerida

	Cuidados com o repouso no leito	
--	---------------------------------	--

O mapeamento cruzado entre os 13 diferentes cuidados de enfermagem, relacionados à prevenção da UP, prescritos para os pacientes com “Integridade tissular prejudicada” e as intervenções NIC, e o nível de ligação de cada uma das intervenções mapeadas em relação ao DE (Quadro 5).

**Quadro 5** - Mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos no HCPA para pacientes em risco para UP com o DE “Integridade tissular prejudicada” e as intervenções da NIC. Porto Alegre, 2011.

<b>INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA</b>		
<b>Cuidados de Enfermagem prescritos</b>	<b>Intervenções NIC</b>	<b>Nível de ligação entre a intervenção NIC e o DE NANDA-I</b>
Manter colchão piramidal	Posicionamento	Sugerida
	Prevenção de úlcera por pressão	Sugerida
	Cuidados com o repouso no leito	Não Ligada ao DE
Comunicar aspecto da lesão	Cuidados com lesões	Prioritária
	Supervisão da pele	Sugerida
Manter curativo externo limpo e seco	Cuidados com lesões	Prioritária
Estimular movimentação no leito	Controle de pressão sobre áreas de corpo	Adicional Optativa
Implementar protocolo de cuidados para úlcera de pressão	Cuidados com úlcera por pressão	Sugerida

Proteger proeminências ósseas	Prevenção de úlcera por pressão	Sugerida
Sentar paciente na cadeira	Posicionamento	Sugerida
Realizar mudança de decúbito	Posicionamento	Sugerida
	Prevenção de úlceras por pressão	Sugerida
	Cuidados com repouso no leito	Não Ligada ao DE
Observar condições do períneo	Supervisão da pele	Sugerida
	Cuidados com o períneo	Não Ligada ao DE
Registrar aspecto da lesão	Cuidados com lesões	Prioritária
	Supervisão da pele	Sugerida
Auxiliar na mudança de decúbito	Posicionamento	Sugerida
	Prevenção de úlcera por pressão	Sugerida
	Cuidados com repouso no leito	Não Ligada ao DE
Proteger a pele para evitar rompimento	Supervisão da pele	Sugerida
	Prevenção de úlcera por pressão	Sugerida
Realizar movimentos passivos	Posicionamento	Sugerida
	Cuidados com o repouso no leito	Não Ligada ao DE

O mapeamento cruzado entre os 13 diferentes cuidados de enfermagem, relacionados à prevenção da UP, prescritos para os pacientes com “Integridade da pele prejudicada” e as intervenções NIC, e o nível de ligação de cada uma das intervenções mapeadas em relação ao DE (Quadro 6).

**Quadro 6** - Mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos no HCPA para pacientes em risco para UP com o DE “Integridade da pele prejudicada” e as intervenções da NIC. Porto Alegre, 2011.

<b>INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</b>		
<b>Cuidados de Enfermagem prescritos</b>	<b>Intervenções NIC</b>	<b>Nível de ligação entre a intervenção NIC e o DE NANDA-I</b>
Implementar protocolo de cuidados para úlcera de pressão	Cuidados com úlceras por pressão	Prioritária
Realizar mudança de decúbito	Posicionamento	Sugerida
	Prevenção de úlcera por pressão	Sugerida
Proteger proeminências ósseas	Cuidados com repouso no leito	Adicional Optativa
	Prevenção de úlcera por pressão	Sugerida
Auxiliar na mudança de decúbito	Prevenção de úlcera por pressão	Sugerida
	Posicionamento	Sugerida

	Cuidados com repouso no leito	Adicional Optativa
Manter curativo externo limpo e seco	Cuidados com lesões	Prioritária
Oferecer hidratante para a pele	Prevenção de úlcera por pressão	Sugerida
	Banho	Sugerida
Proteger a pele para evitar rompimento	Supervisão da pele	Sugerida
	Prevenção de úlcera por pressão	Sugerida
Registrar aspecto da lesão	Cuidados com lesões	Prioritária
	Supervisão da pele	Prioritária
Auxiliar paciente sentar na cadeira	Posicionamento	Sugerida
	Posicionamento: cadeira de rodas	Não Ligada ao DE
Estimular movimentação no leito	Prevenção de úlcera por pressão	Sugerida
	Posicionamento	Sugerida
	Cuidados com o repouso no leito	Adicional Optativa
Estimular cuidados de higiene	Banho	Sugerida

	Cuidados com o períneo	Sugerida
Hidratar a pele	Prevenção de úlcera por pressão	Sugerida
	Cuidados com a pele: tratamentos tópicos	Não Ligada ao DE
Sentar paciente na cadeira	Posicionamento	Sugerida
	Posicionamento: cadeira de rodas	Não Ligada ao DE

O mapeamento cruzado entre os 14 diferentes cuidados de enfermagem, relacionados à prevenção da UP, prescritos para os pacientes com “Risco de integridade da pele prejudicada” e as intervenções NIC, e o nível de ligação de cada uma das intervenções mapeadas em relação ao DE (Quadro 7).

**Quadro 7** – Mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos no HCPA para pacientes em risco para UP com o DE “Risco de integridade da pele prejudicada” e as intervenções da NIC. Porto Alegre, 2011.

<b>RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</b>		
<b>Cuidados de Enfermagem prescritos</b>	<b>Intervenções NIC</b>	<b>Nível de ligação entre a intervenção NIC e o DE NANDA-I</b>
Manter colchão piramidal	Prevenção de úlcera por pressão	Prioritária
	Posicionamento	Sugerida
	Cuidados com o repouso no leito	Adicional Optativa
Implementar protocolo assistencial de prevenção	Supervisão da pele	Prioritária

de úlcera de pressão	Prevenção de úlceras por pressão	Prioritária
Proteger a pele para evitar rompimento	Supervisão da pele Prevenção de úlcera por pressão	Prioritária Prioritária
Realizar mudança de decúbito	Prevenção de úlcera por pressão Posicionamento Cuidados com o repouso no leito	Prioritária Sugerida Adicional Optativa
Proteger proeminências ósseas	Prevenção de úlcera por pressão	Prioritária
Manter períneo limpo e seco	Banho Cuidados com o períneo	Adicional Optativa Adicional Optativa
Implementar protocolo de cuidados para úlcera de pressão	Cuidados com úlceras por pressão	Não Ligada ao DE
Auxiliar na mudança de decúbito	Prevenção de úlcera por pressão Posicionamento	Prioritária Sugerida

	Cuidados com o repouso no leito	Adicional Optativa
Hidratar a pele	Prevenção de úlcera por pressão  Cuidados com a pele: tratamentos tópicos	Prioritária  Sugerida
Inspecionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos	Supervisão da pele  Prevenção de úlceras por pressão	Prioritária  Prioritária
Sentar paciente na cadeira	Posicionamento  Posicionamento: cadeira de rodas	Sugerida  Não Ligada ao DE
Estimular a movimentação no leito	Prevenção de úlcera por pressão  Posicionamento  Cuidados com o repouso no leito	Prioritária  Sugerida  Adicional Optativa
Estimular ingestão alimentar	Terapia nutricional  Controle da nutrição	Adicional Optativa  Adicional Optativa
Oferecer hidratante para a pele	Prevenção de úlcera por pressão	Prioritária

	Banho	Adicional Optativa
--	-------	--------------------

## 6. DISCUSSÃO

Os cinco DE eleitos para este estudo, estabelecidos para uma amostra de 219 pacientes em risco para UP foram, Síndrome do déficit do autocuidado, Mobilidade física prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Integridade da pele prejudicada e Risco de integridade da pele prejudicada, conforme já descrito na seção anterior. De forma semelhante, estudo sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na prevenção de lesões, apontou alguns DE para pacientes em risco para UP, dentre os quais se encontram Déficit no autocuidado banho/higiene e Mobilidade física prejudicada, bem como Integridade da pele prejudicada (Rodrigues, Souza e Silva 2008). Esse dado remete à importância da questão da mobilidade alterada como um fator preponderante para a identificação do risco para UP, pois a partir desses DE é possível planejar cuidados preventivos.

O DE Síndrome do déficit do autocuidado é definido por Carpenito-Moyet (2009) como “estado em que o indivíduo apresenta prejuízo na função motora ou cognitiva, causando diminuição da capacidade de desempenhar cada uma das cinco atividades de autocuidado”. Os pacientes com esse DE, conforme a sua definição são totalmente dependentes de auxílio, o que pode aumentar o risco para UP. Porém, ele se mostra muito amplo, englobando diversas atividades básicas diárias e uma gama imensa de intervenções, que nem sempre são específicas para a prevenção da UP. Isso se reflete no percentual de cuidados relacionados com a UP, sendo o menor de todos quando comparado aos demais DE analisados neste estudo.

Apesar disso, chama a atenção que um terço dos cuidados relacionados à prevenção prescritos para esses pacientes estavam relacionados com a questão da umidade, que é um fator importante para o desenvolvimento de UP. Identificou-se cuidados como “realizar higiene perineal após cada evacuação”, “manter períneo limpo e seco” e “realizar higiene perineal”. A umidade torna a pele mais vulnerável às lesões, pois macera e enfraquece as suas camadas superficiais (BLANES et al, 2004), sendo esse aspecto muito importante na prevenção da UP, inclusive sendo uma das subescalas que fazem parte da Escala de Braden. Cuidados como “realizar mudança de decúbito” e “sentar paciente na cadeira”, também prescritos para os pacientes com esse DE, mostram o empenho das enfermeiras em movimentar esse paciente

totalmente dependente e assim prevenir UP. A mobilidade tem estreita relação com a UP, fazendo também parte da Escala de Braden. Estudo que analisou a Sistematização da Assistência em Enfermagem na prevenção de lesões apontou a mudança de decúbito como um dos principais cuidados de enfermagem a serem prescritos aos pacientes em risco de UP (RODRIGUES; SOUZA; SILVA, 2008).

Outro aspecto que demonstra a amplitude desse DE está nos resultados do mapeamento cruzado, pois muitos dos cuidados prescritos a esses pacientes, apesar de possuírem 100% de semelhança com as intervenções NIC, não estão ligadas a esse DE. As únicas intervenções consideradas prioritárias estavam relacionados à higiene, e as de posicionamento consideradas adicionais optativas (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

A questão da imobilidade, que sabidamente é considerada o fator de maior importância no desenvolvimento da UP (FERNANDES; CALIRI, 2008) ficou bem pontuada, tanto pelo estabelecimento do DE discutido anteriormente, como também pelo DE “Mobilidade física prejudicada”, estabelecido de maneira mais específica e acurada aos pacientes em risco para UP. Os cuidados de enfermagem referentes à mobilização e ao auxílio nas incapacitações no desempenho das tarefas da vida diária se tornam essenciais na manutenção da integridade da pele e, conseqüentemente, auxiliam ativamente na prevenção da UP. A mudança de decúbito é apontada como um dos principais cuidados para os pacientes em risco para UP (ANSELMINI, PEDRUZZI, FRANÇA JUNIOR, 2009; BLANES et al, 2004).

Os cuidados para os pacientes com esse DE estão, de fato, relacionados em sua grande maioria, com o posicionamento e a mobilização: “sentar paciente na cadeira”, “realizar mudança de decúbito”, “estimular movimentação no leito”. A interrupção da circulação causada por imobilidade prolongada, devido à paralisia, anestesia geral ou limitações físicas, associada com a pressão externa sobre as proeminências ósseas, pode trazer dano tecidual por hipóxia e finalmente causar necrose. O período de pressão considerado suficiente para provocar isquemia varia entre os indivíduos e situa-se entre 30 a 240 minutos (MENEGON et al, 2011).

Em relação ao mapeamento cruzado dos cuidados com as intervenções NIC relacionadas a este DE, pode-se observar que ele é bem utilizado em se tratando de prevenção da UP, pois mais da metade das intervenções mapeadas tinham nível de ligação com a NIC prioritária ou sugerida. Importante ressaltar, também, que o cuidado mais frequente para esse DE foi “manter colchão piramidal” e seu mapeamento com a intervenção NIC semelhante

indicou nível prioritário de ligação com a NANDA, mostrando acurácia por parte das enfermeiras.

Integridade tissular prejudicada é definida como dano à mucosa, córnea, tecido tegumentar ou subcutâneo (NANDA-I, 2009). Tem-se compreendido que esse diagnóstico de enfermagem é o mais adequado para indicar UP, uma vez que essa lesão pressupõe dano tecidual (MENEGON et al, 2011; LIMA; GUERRA, 2011; BLANES et al, 2004).

No presente estudo, os cuidados prescritos para os pacientes com esse DE, como “comunicar aspecto da lesão”, “registrar aspecto da lesão” indicam que eles já possuem alguma espécie de agravo, porém, não especificado. Entretanto, o cuidado “implementar protocolo de cuidados para úlcera por pressão” aponta para UP especificamente. Um paciente que possui UP tem muito risco de vir a desenvolver outras e, por isso, além dos cuidados referentes ao tratamento, não se pode prescindir da prevenção de novos agravos (LIMA; GUERRA, 2011).

No mapeamento cruzado entre os cuidados prescritos aos pacientes com o DE Integridade tissular prejudicada e as intervenções NIC, foi possível observar poucas intervenções não ligadas a esse DE, porém também foram poucas as intervenções classificadas como prioritárias. A grande maioria das intervenções NIC semelhantes aos cuidados prescritos eram sugeridas, mostrando assim que esse DE não especifica o tipo de lesão presente, podendo se tratar de lesão de outra natureza.

Integridade da pele prejudicada é definido pela NANDA-I (2009) como a alteração da epiderme ou derme, e é caracterizado pela destruição das camadas da pele, invasão de estruturas do corpo e/ou rompimento da superfície da pele. Na amostra estudada, os cuidados de enfermagem relacionados à prevenção da UP representaram 76% de todos os cuidados prescritos aos pacientes com esse DE.

Entretanto, deve-se também considerar a possibilidade do estabelecimento deste DE nos casos em que esses pacientes poderiam apresentar outros tipos de lesões, tais como feridas operatórias (FO), uma vez que alguns cuidados de enfermagem podem ser comuns a essas duas situações.

O mapeamento cruzado mostrou que a maioria das intervenções NIC correspondente aos cuidados prescritos a esses pacientes eram sugeridas, poucas prioritárias e poucas não-ligas. Isso indica, semelhantemente ao que ocorreu com o DE anterior, pouca especificidade

quanto ao tipo de lesão, e conseqüentemente, ao cuidado prestado a ela. Sendo assim, esse DE se mostra amplo, englobando vários tipos de lesões de pele.

Em relação ao DE “Risco de integridade da pele prejudicada”, definido como o risco de a pele ser alterada de forma adversa, destaca-se a importância de utilizar um instrumento de avaliação de risco nos pacientes, como, por exemplo, a Escala de Braden (NANDA-I, 2009). Dentre os DE disponíveis nesta classificação, entende-se que este é o que melhor indica o risco para UP e que possibilita melhor planejamento de cuidados, embora não seja específico para este tipo de agravo, o qual demanda tantas intervenções de enfermagem. Nesse estudo, observou-se que 70% dos cuidados prescritos aos pacientes com esse DE estavam relacionadas à prevenção da UP. Os cuidados prescritos para esses pacientes mostraram maior relação com a prevenção da UP, pois dentre os cinco DE analisados, esse era o mais específico de prevenção de lesões. Isso se dá pelo fato de o risco para UP se enquadra na definição do DE , de risco de a pele ser alterada. Os cuidados no sentido de prevenir a UP, como “proteger a pele para evitar rompimento”, “hidratar a pele”, “inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos” encontraram semelhantes nas intervenções NIC, com nível de ligação prioritária de acordo com Dochterman e Bulechek (2008). A literatura tem apontado que esses cuidados estão intimamente relacionados com a prevenção da UP (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006; RODRIGUES; SOUZA; SILVA, 2008; MAGNAN; MAKLEBUST, 2009) uma vez que promovem o cuidado de atentar para a pele, seja inspecionando, hidratando ou protegendo, e intervir antes que surja lesão.

O mapeamento cruzado dos outros cuidados também corrobora esse fato, mostrando que a maioria das intervenções comparadas aos cuidados prescritos, eram consideradas prioritárias ou sugeridas. Destaca-se aqui o cuidado “manter colchão piramidal”, cuja intervenção correspondente na NIC era “prevenção de úlcera por pressão”, considerada prioritária para esse DE (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Quando se analisou os 32 diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes estudados e portadores de pelo menos um dos cinco DE avaliados (Quadro 2), verificou-se que o cuidado “manter colchão piramidal” foi o mais prescrito. Isto demonstra a preocupação das enfermeiras com a necessidade de diminuir a pressão sobre as áreas do corpo do paciente, uma vez que o uso de colchões especiais é uma das medidas de prevenção mais utilizadas para isto (FERNANDES; CALIRI, 2008. MAGNAN, MAKLEBUST, 2009). Outro

nome para o piramidal é colchão de poliuretano do tipo caixa de ovo (LISE, SILVA, 2007. ANSEMI, PEDUZZI FRANÇA JUNIOR, 2008).

O segundo cuidado com maior frequência de prescrições foi “implementar protocolo assistencial de prevenção de úlcera por pressão”, o que corrobora a idéia de que o uso de um protocolo assistencial, norteado por um DE acurado é importante. Em estudo brasileiro que buscou avaliar o custo do tratamento das UP, concluiu-se que se gasta grande quantia de dinheiro nos curativos e medicamentos, e que assim, deve-se investir na prevenção, sendo que os protocolos assistenciais de cuidados tem grande papel nessa tarefa, pois se mostram efetivos e resolutivos (LIMA; GUERRA, 2011). Esse cuidado, apesar de ser o segundo mais frequente para essa amostra, não foi prescrito para os pacientes com os DE Integridade tissular prejudicada e Integridade da pele prejudicada. Isso provavelmente se dá pelo fato desses DE indicarem uma lesão já instalada, por isso, foi mais prescrito para esses DE o cuidado “implementar protocolo de cuidados para UP”, pouco e nada frequente nos demais diagnósticos de enfermagem.

O cuidado “proteger proeminências ósseas” foi o terceiro mais frequente. A úlcera por pressão geralmente se localiza sobre uma proeminência óssea, pois o osso faz pressão sobre a pele e causa isquemia tecidual (BLANES et al, 2004). Sendo assim, esse cuidado foi acertadamente prescrito frequentemente para esses pacientes em risco para UP inclusive, se mostrando presente para todos os DE; o mesmo ocorreu com o cuidado “realizar mudança de decúbito”, que foi um dos mais frequentes, demonstrando a importância do reposicionamento do paciente na prevenção da UP.

Finalmente, os protocolos assistenciais, as escalas preditivas de risco – como a Escala de Braden – bem como a utilização do processo de enfermagem, propiciam ferramentas para cuidar de forma mais acurada o paciente em risco para úlcera por pressão. Os cuidados prescritos para esses pacientes, aqui analisados, possuíam base na literatura, mostrando que as enfermeiras tem se utilizado desses recursos e exercido seu papel na prevenção deste agravo. Conhecer os fatores específicos que colocam o paciente em risco para UP possibilita um planejamento de cuidados específico e resolutivo (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu identificar os cuidados de enfermagem mais frequentemente prescritos para a prevenção da UP no HCPA, sendo que “manter colchão piramidal”, “implementar protocolo assistencial de prevenção de UP”, “proteger proeminências ósseas” e “realizar mudança de decúbito” estavam entre os mais frequentes.

O mapeamento cruzado mostrou que as práticas executadas no HCPA possuem 100% de correspondência com as intervenções NIC, demonstrando que a linguagem utilizada nas prescrições de enfermagem do HCPA está retratada na NIC. Apesar disso, alguns DE como Síndrome do déficit do autocuidado, Integridade tissular prejudicada e Integridade da pele prejudicada se mostraram muito amplos, pois as intervenções semelhantes aos cuidados prescritos para esses pacientes, em sua maioria, eram sugeridas, adicionais optativas ou não ligadas ao DE.

Destaca-se aqui a importância da utilização de protocolos assistenciais na identificação e no manejo do paciente em risco para UP, uma vez que a partir dele os cuidados de enfermagem são melhor direcionados.

Como implicação à prática clínica, o estudo identificou que, apesar das enfermeiras do HCPA possuírem acurácia ao identificar o risco de úlcera por pressão e ao planejar as medidas preventivas, mostra-se extremamente necessário a construção e validação de um diagnóstico de enfermagem que retrate tanto a questão do risco para UP, quanto a própria lesão. Isto poderia auxiliar, de forma mais específica, no estabelecimento de um plano de cuidados mais apropriado, trazendo melhores resultados para o paciente, tanto no que diz respeito à prevenção quanto ao tratamento deste tipo de lesão.

## REFERÊNCIAS

ALFARO LeFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 306 p.

ANSEMI, M.L; PEDRUZZI, M; FRANÇA JUNIOR, I. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 257-264, maio/jun. 2009.

BERGSTROM, N. et al. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. **Nurs Res**, v. 36, n. 4, p. 205-210, 1987.

BLANES, L. et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 182-187, abr./jan. 2004.

BOURS, G.J.J.W. Prevalence, risk factors and prevention of pressure ulcers in Dutch intensive care units. **Intensive Care Medicine**, v. 27, n. 10, p. 1599-1605, out. 2001.

BRADEN, B.J. **I Encontro Internacional sobre Úlcera por Pressão**. São Paulo, out. 2009.

BULECHEK, G; BUTCHER, H; DOCHTERMAN, J. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CARPENITO-MOYET, L.J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

DOCHTERMAN, J.M; BULECHEK, G. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 988 p.

FERNANDES, L.M; CALIRI, M.H.L; HAAS, V.J. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 305-311, 2008.

FIFE, C. et al. Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v. 29, n. 2, p. 283-290, Feb. 2001.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EDUSP, 1979. 99 p.

JULL, A; GRIFFITHS, P. Is pressure sore prevention a sensitive indicator of the quality of nursing care? A cautionary note. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, n. 5, p. 531-533, May 2010.

KELLER, B.P.J.A et al. Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. **Intensive Care Medicine**, v.28, n. 10, p. 1379-1388, Oct. 2002.

LIMA, A.C; GUERRA, D.M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 267-277, jan 2011.

LUCENA, A.F.et al. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 3, p. 523-530, maio/jun. 2011.

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

LUCENA, A.F; ALMEIDA, M.A. Classificação de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC no Processo de Enfermagem. *In*: SILVA, E.R.R; LUCENA, A.F. **Diagnósticos de Enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 35-52.

LUCENA, A.F; BARROS, A.L. Nursing Diagnoses in a Brazilian Intensive Care Unit. **International Journal of Nursing Terminology**, v. 17, n. 3, p. 139-146, July/Sep. 2006.

LYDER, Courtney et al. Quality of care for hospitalized medicare patients at risk for pressure ulcers. **Archives of Internal Medicine**, v.161, n. 12, p. 1549-1554, June 2001.

MAGNAN, M; MAKLEBUST, J. The nursing process and pressure ulcer prevention: making the connection. **Advances in Skin & Wound Care**, v.22, n.2, p.83-92, Feb. 2009.

MENEGON, D.B. et al. Diagnósticos de Enfermagem com base em sinais e sintomas do sistema tegumentar. *In*: SILVA, Err da; LUCENA, Amália de Fátima. **Diagnósticos de Enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 270-280.

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

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 936 p.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

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

PARANHOS, W.Y.; SANTOS V.L.C.G. **Avaliação de Risco para Úlceras de Pressão por Meio da Escala de Braden, na Língua Portuguesa**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

RODRIGUES, M.M; SOUZA, M.S; SILVA, J.L. Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 566-575, out/dez 2008.

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

SALGADO, P.O; CHIANCA, T.C.M. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.4, 8 telas, jul./ago. 2011.

SOUSA, C.A; SANTOS, I; SILVA, L.D. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.3, p.279-284, maio/jun. 2006.

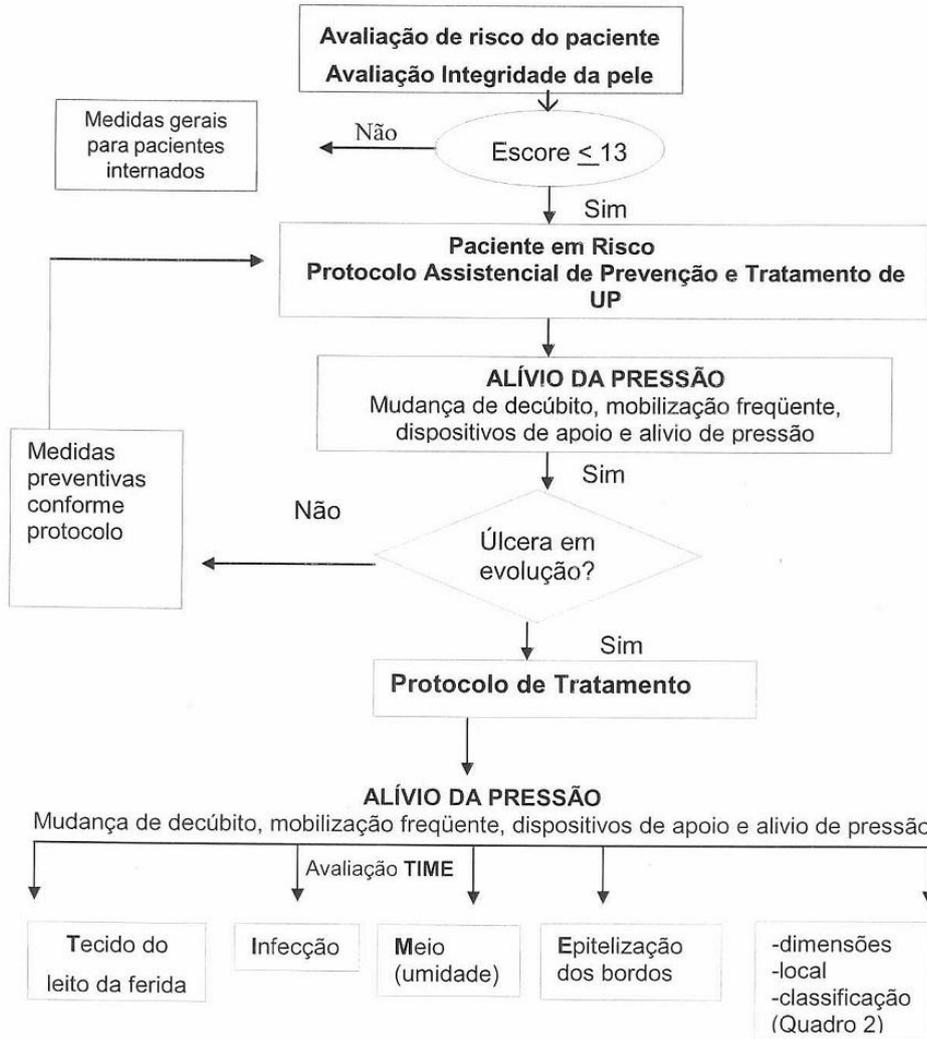
SOUZA, T. et al. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.3, p.470-476, maio/jun. 2010.

# ANEXO A – Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento da úlcera por Pressão

## PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

### População Alvo

- Todos os pacientes internados no HCPA serão avaliados pelo enfermeiro no momento da internação, para grau de risco e presença de úlcera de pressão (UP).
- O grau de risco será estabelecido pela aplicação da escala de Braden (Quadro 1).
  - Os pacientes que tenham Grau de Risco > 13 devem ser reavaliados quando ocorrerem modificações no quadro geral e a cada 72 horas.





**HOSPITAL DE CLÍNICAS**  
PORTO ALEGRE RS

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA DE PRESSÃO**

Identificação \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

**Medidas Gerais para Pacientes Internados:**

1. Supervisionar cuidados de higiene corporal;
2. Troca de roupa de cama conforme rotina;
3. Estimular saída do leito.

**Protocolo Assistencial de Prevenção de Úlceras de Pressão (escore  $\leq 13$ ):**

1. Usar lençóis ou dispositivos para virar ou transferir os pacientes (tipo Eleve/Transfer).
2. Elevar cabeceira até 30°, ou na menor elevação possível conforme a condição do paciente.
3. Colocar em superfícies redutoras de pressão.
4. Mudar posição a cada 2-4 horas em colchões redutores de pressão e a cada 2 horas em colchões não redutores (piramidal).
5. Não massagear proeminências ósseas.
6. Aliviar pressão sobre calcanhares com travessieiros, coxins e dispositivos tipo Bota salva-pés (kit prevenção de UP).
7. Não usar anéis de espuma para redução de pressão.
8. Usar instrumentos de alívio de pressão na sala de cirurgia.
9. Reposicionar indivíduos restritos a cadeira a cada hora, quando os mesmos sozinhos forem incapazes de mobilizar-se para alívio de pressão a cada 15 minutos. Posicionar indivíduos levando em conta a anatomia, alinhamento postural, distribuição de peso e suporte para os pés.
10. Aplicar hidratante: lanette, óleo (não usar vaselina).
11. Manter nutrição adequada.
12. Educar paciente e cuidadores sobre os fatores de risco para úlcera de pressão.
13. Continuar medidas preventivas mesmo quando o paciente já possui uma úlcera, prevenindo novas.

**Medidas para Incontinência Urinária e /ou Fecal:**

14. Limpar e secar a pele após cada eliminação.
15. Usar barreiras de pele para incontinência visando manter a integridade da pele.
  - Terapia tópica com TCM ou óxido de zinco.
16. Instituir medidas para incontinência intestinal e urinária.
17. Considerar aparelhos coletores de urina e se necessário usar cateteres por curto período de tempo.

**Estado Nutricional:**

1. Avaliar estado nutricional de pacientes na admissão e quando necessário (Avaliação pela nutricionista).
2. Em caso de desnutrição, solicitar acompanhamento da Comissão de Suporte Nutricional.

**CLASSIFICAÇÃO POR ESTÁGIOS DAS UP: (Quadro 2)**

<b>Estágio 0</b>	Pele íntegra	Sem área avermelhada, sem lesão.
<b>Estágio I</b>	Área avermelhada	Pele intacta, presença de eritema que não retorna ao normal após remoção da pressão. Precursor da ulceração de pele.
<b>Estágio II</b>	Rompimento da pele, flictenas.	Lesão parcial da pele, envolvendo epiderme e/ou derme, ou ambas. A úlcera é superficial e clinicamente aparece como abrasão, bolha ou cratera rasa.
<b>Estágio III</b>	Rompimento da pele, expondo 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 adjacentes.
<b>Estágio IV</b>	Rompimento da pele, expondo o músculo.	Grande destruição com presença de tecidos necrótico ou dano de músculos, ossos ou estruturas de suporte (ex.: tendões e cápsula articular).

Fonte: JORGE, Sílvia A.; DANTAS Sônia Regina P.E. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

### Tratamento:

1. Manter protocolo assistencial de prevenção de UP em pacientes com escore  $\leq 13$ .
2. Avaliar úlcera: dimensões, localização e aplicar **TIME**.
3. Identificação dos estágios da ulcera de pressão (Quadro 2)
4. Realizar medidas objetivas de acompanhamento (fotografias, medidas).
5. Assegurar nutrição adequada para melhorar cicatrização: quantidade de calorias adequar com IMC pode ser 30-40 kcal/kg de peso por dia para calorias totais e oferta ideal de proteína 1,4-1,7g proteína/kg de peso para proteínas totais.
6. Limpeza da ferida com soro fisiológico morno e em jato, conforme Procedimento Operacional Padrão (POP) de curativo, que constam nas rotinas assistenciais de Enfermagem.
7. Não utilizar agentes anti-sépticos, tais como: povidine, iodoform, ácido acético, iodo, peróxido de hidrogênio, hipoclorito, Thiersch, clorexidine.
8. Realizar cuidados da ferida usando curativos tópicos determinados de acordo com Fluxo de Manejo (**TIME**).
9. Desbridar tecido desvitalizado conforme o Fluxo de Manejo.
10. Escolher curativos que forneçam um ambiente úmido na ferida, manter a região perilesional seca, controlar exsudatos e eliminar o espaço morto.
11. Reavaliar a ferida em cada troca de curativos e se necessário modificar a conduta.
12. Avaliar a cicatrização da UP através da tabela PUSH (Tabela 1).
13. Paciente com UP em estágios III e/ou IV devem ser avaliados pela Cirurgia Plástica, especialmente os indivíduos com imobilidade crônica.
14. Usar aparelhos de alívio de pressão como colchões de ar de alternância de pressão para indivíduos com úlceras estágio III e/ou IV ou naqueles com múltiplas úlceras.
15. Abolir banho de luz e oxigênio tópico, pois provocam o ressecamento da lesão e destruição do tecido de granulação.

### Infecção em Úlceras de Pressão:

1. Suspeitar clinicamente em caso de má evolução, sem cicatrização em 2-4 semanas, úlcera com odor e exsudato contínuo.
2. Alterações sistêmicas (hipertermia, leucocitose) sem outra causa aparente.
3. Não usar culturas por swab para diagnosticar infecção da ferida porque todas as úlceras de pressão são colonizadas por bactérias.
4. Obter cultura QUANTITATIVA ou biópsia se altos níveis de bactéria são suspeitos ( $>10^5$ ) em feridas apresentando sinais de infecção com ausência de cicatrização.
5. Usar antimicrobianos tópicos seletivamente (com iodo ou prata de liberação lenta) se bactérias ( $>10^5$ ) (solicitar consultoria PPTF).
6. Usar antibióticos sistêmicos conforme Quadro 3.

### ANTIBIOTICOTERAPIA EM ÚLCERAS DE PRESSÃO (Quadro 3):

Apresentação	Gravidade	Bactéria	Antibiótico	Via	Duração
< 4 semanas < 2 cm de celulite Sem comprometimento sistêmico ou ósseo	Leve	<i>S aureus</i> <i>Streptococcus sp</i>	Amoxicilina+clavulanato 500 mg 8/8h OU Clindamicina 300 mg 8/8h	VO	14 dias
< 4 semanas Celulite extensa com comprometimento sistêmico	Grave	<i>S aureus</i> <i>Streptococcus sp</i>	Oxacilina 2g EV 6/6h	EV/ VO <sup>1</sup>	14 dias
>4 semanas e < 2 cm de celulite Úlcera profunda Sem comprometimento sistêmico	Leve a moderada	<i>S aureus</i> <i>Streptococcus sp</i> <i>Coliformes</i> <i>Anaeróbios</i>	Cefuroxima 500 mg 12/12h + Metronidazol 500 mg 6/6h OU Sulfametoxazol+trimetoprim 960 mg 12/12h + metronidazol 500 mg 6/6h OU Amoxicilina+clavulanato 500 mg 8/8h	VO	14 dias
>4 semanas Úlcera profunda Febre ou tremores Risco de vida	Grave	<i>S aureus</i> <i>Streptococcus sp</i> <i>Coliformes</i> <i>Anaeróbios</i> <i>Pseudomonas</i>	Ciprofloxacina 400 mg 12/12h + clindamicina 600 mg 6/6h OU Levofloxacina 500 mg/d + metronidazol 500 mg 6/6h	EV	14 dias <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituir tratamento por via oral o mais precoce possível. Opções via oral: amoxicilina+clavulanato 500 mg 8/8h.

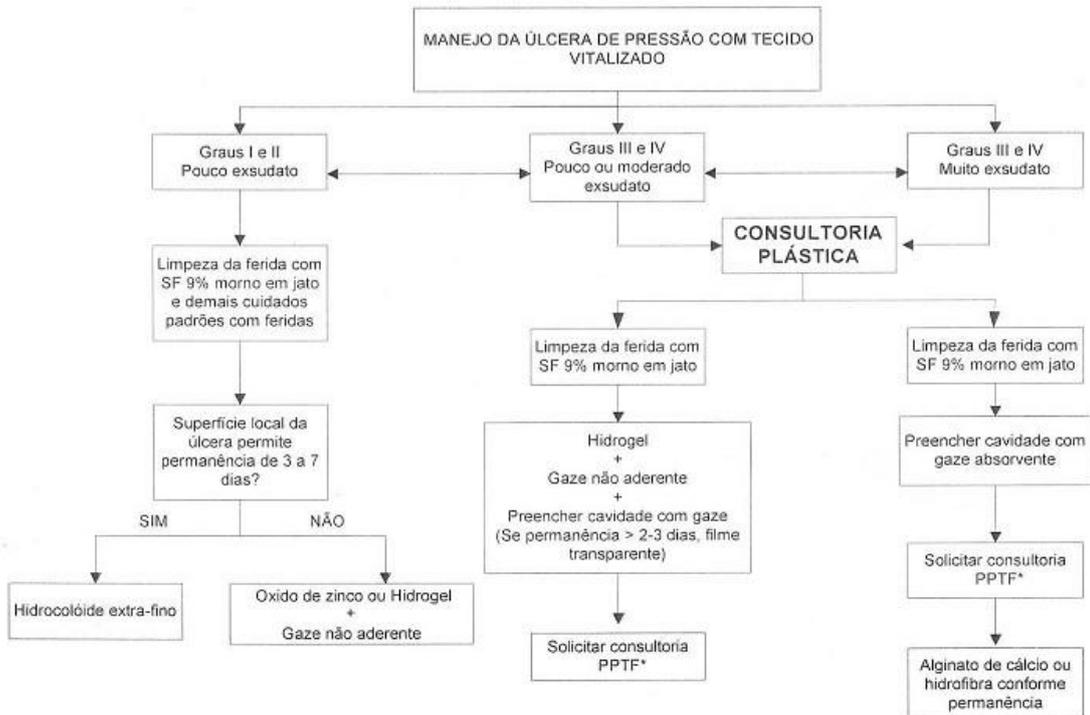
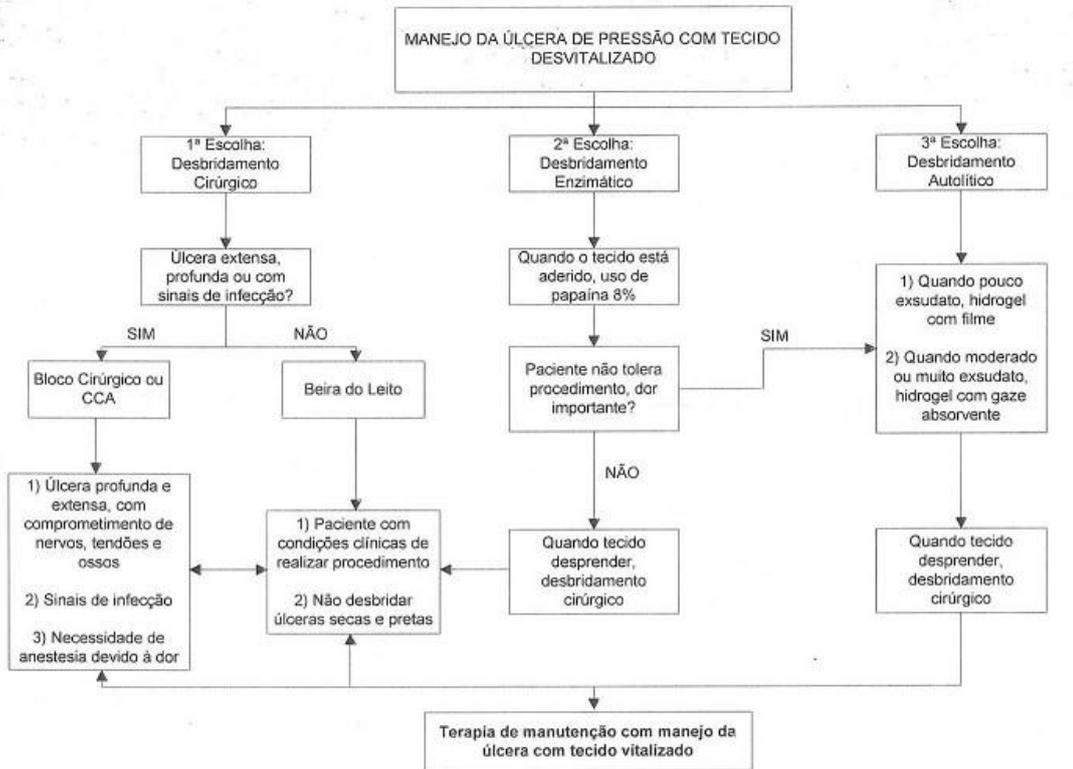
<sup>2</sup>Após a melhora clínica, instituir tratamento por via oral; considerar terapia por 2 a 12 semanas.

Em caso de diagnóstico de osteomielite o tempo de tratamento deve ser prolongado – em média 4-6 semanas.

Também deve ser considerada a epidemiologia da flora bacteriana HCPA (ver perfil de sensibilidade das bactérias no AGH ou intranet).

Fonte: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCH) do HCPA.

**Fluxo de manejo:**



\* Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas

Tabela 1:

HCPA/Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas (PPTF)  
TABELA DE CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO/PRESSURE ULCER SCALE FOR HEALING(PUSH)

-Nome do paciente: .....  
-Data da avaliação inicial: ...../...../..... Número de UP (até 4 ):.....

CARACTERÍSTICAS E RESPECTIVOS SUBESCORES:

Comprimento x Largura	0 0 cm <sup>2</sup>	1 < 0.3cm <sup>2</sup>	2 0.3-0.6 cm <sup>2</sup>	3 0.7-1cm <sup>2</sup>	4 1.1-2cm <sup>2</sup>	5 2.1-3cm <sup>2</sup>	6 3.1-4cm <sup>2</sup>	7 4.1-6cm <sup>2</sup>	8 8.1-12cm <sup>2</sup>	9 12.1-24cm <sup>2</sup>	10 >24cm <sup>2</sup>
Quantidade exsudato	0 ausente	1 pequena	2 moderada	3 grande							
Tipo de Tecido	0 Ferida fechada	1 Tecido epitelial	2 Tecido de granulação	3 Estacelo	4 Tecido necrótico						

LOCALIZAÇÃO E ESTÁGIO DA UP:

UP Nº 1		UP Nº 2		UP Nº3		UP Nº4	
Localização	Estágio	Localização	Estágio	Localização	Estágio	Localização	Estágio
S ( )	I ( )	S ( )	I ( )	S ( )	II ( )	S ( )	I ( )
M ( )	III ( )	M ( )	II ( )	M ( )	III ( )	M ( )	II ( )
T ( )	IV ( )	T ( )	III ( )	T ( )	IV ( )	T ( )	III ( )
C ( )		C ( )	IV ( )	C ( )		C ( )	IV ( )
Outra: .....		Outra:.....		Outra:.....		Outra:.....	

S: sacral/ M: maleolar/ T: trocântérica / C: calcânea/

REGISTRO DOS SUBESCORES E ESCORE TOTAL DA UP:

Data:																						
Úlcera de Pressão		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Comprimento x largura																						
Quantidade de exsudato																						
Tipo de tecido																						
Escore total																						

GRÁFICO DE CICATRIZAÇÃO DA ÚLCERA DE PRESSÃO (Registrar escores totais do PUSH (UP 1=verde, UP 2=vermelho, UP3=azul, UP4=amarelo).

Data:																						
17																						
16																						
15																						
14																						
13																						
12																						
11																						
10																						
9																						
8																						
7																						
6																						
5																						
4																						
3																						
2																						
1																						
0																						

Fonte: Santos, V.L.C.G; Azevedo, M.A.J; Silva, T.S; Carvalho, V.M.J; Carvalho, V.F. Adaptação Transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) para Língua Portuguesa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005 maio-junho; 13(3): 305-13.

**Quadro 1:**

**Escala de Avaliação de Risco de Braden:**

					PONTUAÇÃO
<b>Percepção sensorial:</b> Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	<b>1. Totalmente limitado:</b> Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivar) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	<b>2. Muito limitado:</b> Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	<b>3. Levemente limitado:</b> Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar a necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Responde a comandos verbais: Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.	
<b>Umidade:</b> Nível ao qual a pele é exposta à umidade.	<b>1. Completamente molhada:</b> A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	<b>2. Muito molhada:</b> A pele frequentemente, mas nem sempre, molhada. A roupa da cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Ocasionalmente molhada:</b> A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	<b>4. Raramente molhada:</b> A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.	
<b>Atividade:</b> Grau de atividade física.	<b>1. Acamado:</b> Confinado à cama.	<b>2. Confinado à cadeira:</b> Capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	<b>3. Caminha ocasionalmente:</b> Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou na cadeira.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.	
<b>Mobilidade:</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	<b>1. Totalmente imóvel:</b> Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Bastante limitada:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	<b>3. Levemente limitada:</b> Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>4. Não apresenta limitações:</b> Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio.	
<b>Nutrição:</b> Padrão usual de consumo alimentar.	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais que 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteínas (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.	
<b>Fricção e cisalhamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer assistência moderada a máxima para mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que aja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	<b>2. Problema em potencial:</b> Move-se mas, sem vigor, ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira e outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira.		
					<b>TOTAL</b>

Fonte: PARANHOS, Wana Yeda ; SANTOS, V. L. C. G. . AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERAS DE PRESSÃO POR MEIO DA ESCALA DE BRADEN, NA LÍNGUA PORTUGUESA. Rev Esc Enf Usp, SÃO PAULO, v. 33, n. especial, p. 191-206, 1999.

## ANEXO B – Carta de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**  
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto.

**Projeto:** 08-319

**Pesquisadores:**

AMÁLIA DE FATIMA LUCENA  
NIRIAM DE ABREU ALMEIDA  
DORIS BARATZ MENEGON  
ROSSANA ROSA BERGNI  
SUZANA FIORE SCAIN  
VERA LUCIA MENDES DIAS  
WNELODA RENE LUNUMAT  
ISIS MARQUES SEVERO  
LYLIAM MIDRE SUZUKI  
ROGERIO DOMINGOS MARCOLINO  
IVANA LINHARES COLISSE KERN  
MARIA REGINA FERREIRA SOUVEA  
CRISTIANE ATHANASIO KOLBE  
MELINA ADRIANA FRIEDRICH

**Título:** RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DA ÚLCERA DE PRESSÃO (UP), MEDIDO PELA ESCALA DE BRADEN, INCIDÊNCIA DE UP, DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP/HCPA. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Porto Alegre, 23 de julho de 2005

## ANEXO C – Relatório da pesquisa com o nome da autora como participante

 <b>HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE</b> <b>GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO</b> <b>RELATÓRIO DE PESQUISA</b>																	
<b>Origem:</b>	DEMC/ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFRGS																
<b>Realização:</b>	SERVIÇO DE ENFERMAGEM MÉDICA																
<b>Participante(s):</b>	<table border="0"> <tr> <td>AMÁLIA FÁTIMA LUCENA</td> <td>DORIS BARATZ MENECON</td> <td>MIRIAM DE ABREU ALMEIDA</td> </tr> <tr> <td>ROSSANA ROSA BERGINI</td> <td>VERA LUCIA MENDES DIAS</td> <td>MARA REGINA FERREIRA GOUVEA</td> </tr> <tr> <td>SUZANA FIORE SCAIN</td> <td>IVANA LINHARES COLISSE KERN</td> <td>LYLIAM MIDORI SUZUKI</td> </tr> <tr> <td>VANESSA KERNE LONGARAY</td> <td>ISIS MARQUES SEVERO</td> <td>ROGERIO DOMINGOS MARCOLINO</td> </tr> <tr> <td>MELINA ADRIANA FRIEDRICH</td> <td>ANA GABRIELA SILVA PEREIRA</td> <td>CÁSSIA TEIXEIRA DOS SANTOS</td> </tr> </table>		AMÁLIA FÁTIMA LUCENA	DORIS BARATZ MENECON	MIRIAM DE ABREU ALMEIDA	ROSSANA ROSA BERGINI	VERA LUCIA MENDES DIAS	MARA REGINA FERREIRA GOUVEA	SUZANA FIORE SCAIN	IVANA LINHARES COLISSE KERN	LYLIAM MIDORI SUZUKI	VANESSA KERNE LONGARAY	ISIS MARQUES SEVERO	ROGERIO DOMINGOS MARCOLINO	MELINA ADRIANA FRIEDRICH	ANA GABRIELA SILVA PEREIRA	CÁSSIA TEIXEIRA DOS SANTOS
AMÁLIA FÁTIMA LUCENA	DORIS BARATZ MENECON	MIRIAM DE ABREU ALMEIDA															
ROSSANA ROSA BERGINI	VERA LUCIA MENDES DIAS	MARA REGINA FERREIRA GOUVEA															
SUZANA FIORE SCAIN	IVANA LINHARES COLISSE KERN	LYLIAM MIDORI SUZUKI															
VANESSA KERNE LONGARAY	ISIS MARQUES SEVERO	ROGERIO DOMINGOS MARCOLINO															
MELINA ADRIANA FRIEDRICH	ANA GABRIELA SILVA PEREIRA	CÁSSIA TEIXEIRA DOS SANTOS															
<b>Projeto:</b>	08-319	<b>Situação:</b> APROVADO															
<b>Título:</b>	RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DA ÚLCERA DE PRESSÃO (UP), MEDIDO PELA ESCALA DE BRADEN, INCIDÊNCIA DE UP, DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM																
<b>Último Relatório:</b> 16/06/2010																	
<b>Tema Livre Nacional:</b> 4	<b>Tema Livre Internacional:</b> 1	<b>Artigo Periódico Nacional:</b> 0															
<b>Tese Doutorado:</b> 0	<b>Dissertação Mestrado:</b> 0	<b>Artigo Periódico Internacional:</b> 0															
<b>Capítulo Livro:</b> 0	<b>Livro:</b>	<b>Video/Filme:</b> 0															
<b>1. SITUAÇÃO ATUAL DO PROJETO:</b> Não Iniciado: <input type="checkbox"/> Cancelado Data: Em Execução: <input checked="" type="checkbox"/> Data Início: 01/04/2008 Data Término: 31/12/2011 Interrompido Data: Encerrado Data:		<b>2. Nº DE PESSOAS PESQUISADAS:</b> Pessoas Previstas HCPA: 219 Pessoas Incluídas: no HCPA: 0 Pessoas no Brasil: 219  <b>3. Nº DE PARTICIPANTES EXCLUÍDOS:</b> 00  <b>4. EVENTOS ADVERSOS GRAVES (SAE):</b> no HCPA: <input type="checkbox"/> Em outros centros: <input type="checkbox"/>  <b>CONSULTORIAS GPPG (Nº):</b> 02															
Prorrogar Data de Término para: 31/12/2011 Justificativa da Prorrogação da Data de Término: Coleta de dados extremamente trabalhosa, realizada em três etapas e com necessidade de maior tempo para ser concluída.																	
<b>5. RECURSOS FINANCEIROS NECESSÁRIOS:</b> <input type="checkbox"/> Ainda não disponíveis <input checked="" type="checkbox"/> Já disponíveis <input type="checkbox"/> Insuficientes																	

## ANEXO D – Carta de Aprovação do Projeto pela COMPESQ



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

### CARTA DE APROVAÇÃO

**Projeto TCC GRAD.:** 24/2011

**Pesquisadores:** Ana Gabriela Silva Pereira e Profa. Amália de Fatima Lucena

**Título:** CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES EM RISCO PARA 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. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 19 de Outubro de 2011.

---

Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes  
Coordenadora COMPESQ/EENFP