

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

LUCIANA NABINGER MENNA BARRETO

**RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO INTEGRIDADE
TISSULAR PREJUDICADA EM ADULTOS COM ÚLCERA POR PRESSÃO -
VALIDAÇÃO POR CONSENSO**

Porto Alegre

2013

LUCIANA NABINGER MENNA BARRETO

**RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO INTEGRIDADE
TISSULAR PREJUDICADA EM ADULTOS COM ÚLCERA POR PRESSÃO -
VALIDAÇÃO POR CONSENSO**

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

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

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

Eixo temático: Processo de Enfermagem e Sistemas de Classificação.

Orientadora: Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Menna Barreto, Luciana Nabinger

Resultados de enfermagem para o diagnóstico
integridade tissular prejudicada em adultos com
úlceras por pressão - validação por consenso /
Luciana Nabinger Menna Barreto. -- 2013.

117 f.

Orientadora: Miriam de Abreu Almeida.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Processos de enfermagem. 2. Diagnóstico de
enfermagem. 3. Classificação. 4. Úlcera de pressão. 5.
Estudos de validação. I. Almeida, Miriam de Abreu,
orient. II. Título.

LUCIANA NABINGER MENNA BARRETO

Resultados de Enfermagem para o diagnóstico Integridade Tissular Prejudicada em indivíduos com úlcera por pressão

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

Aprovada em Porto Alegre, 26 de abril de 2013.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida

Presidente da Banca – Orientadora

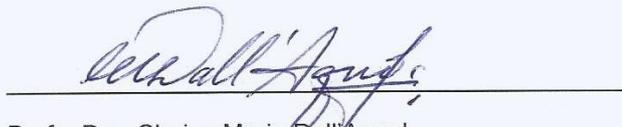
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Amália de Fátima Lucena

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria Márcia Bachion

Membro da banca

UFG

Dedico este trabalho aos professores
que me orientaram ao longo da
caminhada
acadêmica, aos amigos e à família
que apoiaram e entenderam
minha ausência.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dr^a Miriam de Abreu Almeida, minha orientadora e exemplo profissional, pelo aprendizado e apoio.

Aos professores do Curso de Mestrado pela construção do conhecimento.

Às professoras Amália de Fátima Lucena, Clarice Maria Dall'Agnol e Maria Márcia Bachion por aceitaram participar da banca e pelas contribuições para aperfeiçoamento deste trabalho.

Aos colegas pelo companheirismo e risadas tornando menos estressante a concretização desta etapa.

À enfermeira e ex-bolsista Ana Paula de Oliveira Siqueira pelo auxílio.

Aos enfermeiros participantes do estudo pela disponibilidade, disposição e construção dos resultados desta dissertação.

Aos amigos e a meu noivo, Cristiano de Oliveira Dias, por entenderem minha ausência.

À minha família, em especial a minha mãe, Susana Helena Nabinger, sempre presente em todas as horas que necessitei.

RESUMO

A úlcera por pressão (UP) é uma lesão que causa impacto aos pacientes, à instituição e à equipe de enfermagem. Aliando estudos sobre a UP e os resultados de enfermagem (RE) da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) pode-se favorecer a melhoria na qualidade da assistência. Desta forma, este estudo teve como objetivo validar os RE da NOC e de seus indicadores ligados ao diagnóstico de enfermagem (DE) *Integridade Tissular Prejudicada* em adultos com UP. Trata-se de um estudo de validação de RE da NOC e de seus indicadores por consenso de nove enfermeiros de duas instituições hospitalares com experiência na prática clínica. Utilizou-se a técnica de grupo focal, com três sessões, para que as discussões em grupo auxiliassem na seleção dos RE pertinentes ao DE e população em estudo. As discussões em grupo subsidiaram o preenchimento coletivo do instrumento de validação. O instrumento consistiu, primeiramente, de um formulário para registro dos dados de caracterização da amostra, seguido por quadros individuais para cada RE e a sua definição, espaço para registro se “recomendam” ou “não recomendam” o RE e espaço para sugestões, críticas e observações. Abaixo de cada RE apresentaram-se seus indicadores com o mesmo quadro de “recomendo” ou “não recomendo” a fim de validá-los. Abaixo de cada indicador havia a sua definição conceitual. O moderador e o observador também tinham um instrumento para anotar questões relevantes das sessões. Este constava em quadros com os RE propostos na NOC e suas definições. Abaixo de cada RE encontravam-se seus indicadores com as respectivas definições conceituais e espaço para registro de observações. A análise dos dados foi descritiva. Os RE e indicadores que obtiveram consenso de 100% foram considerados validados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. De 16 RE avaliados, nove foram validados: *Cicatrização de feridas: primeira intenção*, *Cicatrização de feridas: segunda intenção*, *Integridade tissular: pele e mucosas*, *Estado nutricional*, *Autocuidado: higiene*, *Consequências da imobilidade: fisiológicas*, *Conhecimento: regime de tratamento*, *Controle de riscos: processo infeccioso* e *Sobrecarga de líquidos severa*. De 312 indicadores avaliados, 75 foram validados. Busca-se aprofundar o conhecimento sobre a aplicabilidade da NOC e obter subsídios para discussão de formas de qualificação do cuidado a indivíduos com UP. Desta maneira, espera-se contribuir com os achados para futuras implantações da NOC, podendo-se avaliar os resultados dos pacientes com UP, em relação às intervenções desenvolvidas.

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

RESUMEN

Las úlceras por presión (UP) son un tipo de lesión que provoca impacto en los pacientes, en la institución y en el equipo de enfermería. Cruzando investigaciones acerca de la UP y los resultados de enfermería (RE) de la *Nursing Outcomes Classification* (NOC), se puede promover la mejora de la calidad de la asistencia. De esta manera, el presente estudio tiene como objetivo validar los RE de la NOC y de sus indicadores relativos al diagnóstico de enfermería (DE) *Deterioro de la Integridad Tisular* en adultos con UP. Tratase de un estudio de validación de RE de la NOC y de sus indicadores, por medio del consenso entre nueve enfermeros de dos instituciones hospitalarias con experiencia en la práctica clínica. Se utilizó la técnica de grupos focales con la realización de tres reuniones, para que las discusiones en grupo ayudaran en la selección de los RE pertinentes al DE y a la población estudiada. Las discusiones en grupo sirvieron para basar la cumplimentación colectiva de la herramienta de validación. La herramienta consiste, en un primer momento, en un formulario en el cual se registran los datos que caracterizan la muestra. Ellos vienen acompañados de cuadros de texto individuales para cada RE; los cuadros incluyen su definición, un espacio para que los enfermeros escriban si creen que el RE es “recomendable” o “no recomendable”, y también espacio para que dejen sugerencias, críticas y comentarios. Abajo de cada uno de los RE se presentan sus indicadores, otra vez con la opción de marcar “recomendable” o “no recomendable”, para fines de validación. Abajo de cada uno de los indicadores está su definición conceptual. El moderador y el observador tenían también una herramienta para anotar cuestiones relevantes que surgieran durante las reuniones. La herramienta, los RE propuestos en la NOC y sus definiciones constan en los cuadros. Abajo de cada uno de los RE se presentan los indicadores con sus respectivas definiciones conceptuales. También hay espacio para el registro de observaciones. El análisis de los datos fue de carácter descriptivo. Los RE y los indicadores que obtuvieron un consenso de 100% fueron validados. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución. De los 16 RE sometidos a la evaluación, nueve han sido validados: *Curación de la herida por primera intención*, *Curación de la herida por segunda intención*, *Integridad tisular: piel y membranas mucosas*, *Estado nutricional*, *Déficit de autocuidado: higiene*, *Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas*, *Conocimiento: régimen de tratamiento*, *Control del riesgo: proceso infeccioso* y *Severidad de la sobrecarga de líquidos*. De los 312 indicadores sometidos a la evaluación, 75 han sido validados. Se busca profundizar el conocimiento sobre la NOC, y también la obtención de basamentos para la discusión sobre el tema de la calificación del cuidado de pacientes con UP. Con eso se espera contribuir con el descubrimiento de nuevas formas de utilizar la NOC, permitiendo así la evaluación de los resultados de los pacientes de acuerdo con las intervenciones realizadas.

Palabras-clave: Procesos de Enfermería. Diagnóstico de Enfermería. Clasificación. Úlcera por Presión. Estudios de validación.

ABSTRACT

Pressure ulcer (PU) is an injury which causes an impact on patients, at the institution and the nursing staff. Combining studies of PU and nursing outcomes (NO) from the *Nursing Outcomes Classification* (NOC) we can improve the quality of care. Therefore, this study aims to validate the NO NOC and its indicators related to nursing diagnosis (ND) *Impaired Tissue Integrity* in adult with PU. This is a validation study of NO NOC and its indicators by consensus of nine nurses from two hospital institutions with experience in clinical practice. It was used the focus group technique, with three sessions, so that the discussions in group would assist with the selection of ND relevant NO and population under study. The group discussions supported the completing of the validation's instrument. The instrument consists primarily in a form for the registering of sample data characterizing, followed by individual boards for each NO containing its definition, some space for the registering on the "recommendation" or "not recommendation" of NO and some space for suggestions, critics and observations. Below each NO there are their own indicators with the same "recommended or not recommended" with the objective to validate them. Below each indicator it is its conceptual definition. The moderator and observer also had their own instruments to take notes on relevant questions related to the sessions. They are in tables with the NO proposed by NOC as well as with their definitions, below each result there are their indicators with the respective conceptual definitions and space for observation registering. The data analysis was descriptive. The NO and indicators which obtained 100% consensus were validated. This research was approved by the institution's Ethics Committee. From the 16 NO, nine were recommended, they were: *Wound healing: Secondary intention, Wound healing: primary intention, Knowledge: Treatment regimen, Tissue integrity: skin and mucous membranes, Nutritional status, Risk control: infectious process, Fluid overload severity, Immobility consequences: physiological, Self care: Hygiene*. From the 312 assessed indicators, 75 were validated. We seek to increase the knowledge of NOC and get subsidies for discussion of ways to qualify the care of individuals with PU. Therefore, we hope to contribute to the findings for future deployments of the NOC system in institutions making it possible to evaluate the results of patients in relation to intervention developments.

Keywords: Nursing Process. Nursing Diagnosis. Classification. Pressure Ulcer. validation studies.

LISTA DE SIGLAS

CPTF	Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas
DE	Diagnóstico de enfermagem
EPUAP	<i>European Pressure Ulcer Advisor Panel</i>
EUA	Estados Unidos da América
GPTF	Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas
HCPA	Hospital de Clinicas de Porto Alegre
MP	Média ponderada
NANDA-I	<i>Nanda-International</i>
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
NPUAP	<i>National Pressure Ulcer Advisor Panel</i>
PE	Processo de enfermagem
PPTF	Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas
RE	Resultado de enfermagem
SEC	Serviço de Enfermagem Cirúrgica
SECLIN	Serviço de Enfermagem Clínica
SETI	Serviço de Enfermagem em Tratamento Intensivo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo crânio-encefálico
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UP	Úlcera por pressão
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estrutura taxonômica da NOC (nível 1 e 2): domínios e classes.....	21
Quadro 1 - <i>Resultados Sugeridos e Adicionais Associados</i> ligados ao DE <i>Integridade Tissular Prejudicada</i>	23
Quadro 2 - <i>Resultados sugeridos e adicionais associados</i> ligados ao DE <i>Integridade Tissular Prejudicada</i> segundo a NOC incluídos para validação neste estudo.....	36
Figura 2 - Logística do estudo do primeiro encontro.....	39
Tabela 1 - Caracterização da amostra de enfermeiros. Porto Alegre-RS, 2012.....	41
Tabela 2 - Produção científica dos enfermeiros acerca do PE e do cuidado com a pele. Porto Alegre-RS, 2012.....	41
Tabela 3 - Indicadores validados e descartados para o RE <i>Cicatrização de feridas: primeira intenção</i> . Porto Alegre-RS, 2012.....	42
Tabela 4 - Indicadores validados e descartados para o RE <i>Cicatrização de feridas: segunda intenção</i> . Porto Alegre-RS, 2012.....	43
Tabela 5 - Indicadores validados e descartados para o RE <i>Integridade tissular: pele e mucosas</i> . Porto Alegre-RS, 2012.....	44
Tabela 6 - Indicadores validados e descartados para o RE <i>Estado nutricional</i> . Porto Alegre-RS, 2012.....	44
Tabela 7 - Indicadores validados e descartados para o RE <i>Autocuidado: higiene</i> . Porto Alegre-RS, 2012.....	45
Tabela 8 - Indicadores validados e descartados para o RE <i>Consequências da imobilidade: fisiológicas</i> . Porto Alegre-RS, 2012.....	46
Tabela 9 - Indicadores validados e descartados para o RE <i>Conhecimento: regime de tratamento</i> . Porto Alegre-RS, 2012.....	47
Tabela 10 - Indicadores validados e descartados para o RE <i>Controle de riscos: processo infeccioso</i> . Porto Alegre-RS, 2012.....	48
Tabela 11 - Indicadores validados e descartados para o RE <i>Sobrecarga de líquidos severa</i> . Porto Alegre-RS, 2012.....	49

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	As classificações de enfermagem NANDA-I e NOC	19
3.1.1	Taxonomia da <i>NANDA-International</i>	19
3.1.2	<i>Nursing Outcomes Classification</i> (NOC).....	20
3.2	Ligações NANDA-I-NOC	22
3.3	Estudos de validação das classificações de enfermagem por consenso de enfermeiros	23
3.4	Úlcera por pressão	25
4	MÉTODO	30
4.1	Tipo de estudo	30
4.2	Campo	31
4.3	População e amostra	32
4.4	Coleta dos dados	33
4.4.1	Grupo focal.....	34
4.4.2	Momentos das sessões grupais.....	36
4.5	Análise dos dados	37
4.6	Logística do estudo	38
4.7	Aspectos éticos	39
5	RESULTADOS	40
5.1	Caracterização da amostra	40
5.2	Validação dos resultados de enfermagem da NOC e de seus indicadores	41
5.3	Considerações dos enfermeiros sobre os resultados no grupo focal	49
5.4	Dissolução e desfecho do grupo focal e contribuições dos debates para a prática assistencial	52
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
7	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	59
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE A - INSTRUMENTOS DOS ENFERMEIROS	68

APÊNDICE B - EXEMPLO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO MODERADOR E OBSERVADOR.....	113
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA..	114
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	116
APÊNDICE E - CRONOGRAMA DAS SESSÕES DE GRUPO FOCAL.....	117

1 INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem (PE) define as necessidades do indivíduo, norteia o cuidado e documenta os resultados obtidos com a ação/intervenção executada, não somente evidenciando a participação da enfermagem na atenção à saúde da população, mas, também, contribuindo para a visibilidade e o reconhecimento profissional⁽¹⁾. Desta forma, a utilização do PE, na opinião de profissionais e estudiosos, oportuniza avanços na qualidade da assistência, o que impulsiona sua adoção nas instituições que prestam assistência à saúde⁽²⁾.

Para a utilização do PE é importante trabalhar com um sistema padronizado de linguagem, tanto para diagnósticos de enfermagem (DE), como para intervenções e resultados de enfermagem (RE)⁽³⁾. Na prática, o emprego de um vocabulário padronizado melhora a compreensão, por parte dos profissionais, quanto ao monitoramento da qualidade do cuidado⁽⁴⁾. Desta forma, também favorece a obtenção de informações importantes sobre a contribuição da enfermagem para os clientes⁽⁵⁾. Essa padronização pode ser obtida com classificações conhecidas internacionalmente⁽³⁾.

Por meio da implementação do PE na prática diária do enfermeiro foram desenvolvidos conceitos e sistemas de classificação com terminologias padronizadas, empregadas nas diferentes fases do processo como, por exemplo, *NANDA-International* (NANDA-I); *Nursing Intervention Classification* (NIC); *Nursing Outcomes Classification* (NOC), dentre outros⁽⁶⁾, tendo ligações entre elas.

Os enfermeiros procuram mensurar os resultados da sua prática profissional há décadas. A construção de uma classificação direcionada à avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem teve início em 1991, em Iowa⁽⁷⁾. Na atualidade, a NOC é a classificação mais desenvolvida e utilizada para avaliação de resultados dos cuidados prestados. A NOC compreende os resultados que descrevem o estado, comportamentos, reações e sentimentos do cliente em resposta ao cuidado prestado pela equipe de enfermagem⁽⁸⁾.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) possui uma trajetória de mais de 30 anos de experiência no cenário do PE e do uso de linguagens padronizadas. O modelo informatizado do PE no HCPA foi introduzido no ano de 2000 e contemplava os DE segundo a Taxonomia I da NANDA-I⁽⁹⁾, em conjugação à Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta⁽¹⁰⁾. Desde então, trabalha-se com os DE, que vem sendo atualizados conforme a taxonomia II da NANDA-I⁽¹¹⁾, de forma sistematizada. As prescrições dos

cuidados de enfermagem informatizadas têm por base a literatura, a experiência da prática clínica das enfermeiras do hospital e, mais recentemente, as intervenções descritas pela NIC. Entretanto, apesar desses avanços, não se mensuram de forma objetiva os resultados alcançados pelo paciente a partir dos cuidados de enfermagem implementados, registrando somente a condição do DE (mantido, melhorado, piorado ou encerrado)⁽¹²⁾.

O PE qualifica a assistência. Todavia, outros elementos, como protocolos institucionais e indicadores de qualidade assistencial, também tem sido utilizados para melhorar a qualidade da assistência prestada. No HCPA, estes elementos estão sendo utilizados. A úlcera por pressão (UP), por exemplo, compõe um indicador de qualidade adotado na instituição e tem um protocolo assistencial. Esse protocolo de UP está baseado na avaliação de risco para UP, utilizando-se a escala de Braden, sendo que o escore obtido define a conduta de enfermagem a ser adotada, auxiliando na elaboração dos DE, e na escolha de intervenções de enfermagem, que estão descritas no protocolo⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O DE *Integridade Tissular Prejudicada* conceituado como: “*dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos*”⁽¹¹⁾, é bastante utilizado na prática, principalmente, em indivíduos com UP. No HCPA, um levantamento realizado em 2008 acerca dos diagnósticos prevalentes nos serviços de enfermagem mostrou que o DE mencionado está entre os dez mais utilizados no Serviço de Enfermagem Clínica (SECLIN), Cirúrgica (SEC) e em terapia intensiva (SETI) da instituição⁽¹⁵⁾.

Em outros locais este DE também é bastante utilizado. Um estudo descritivo analisou os registros dos DE documentados após três meses de implementação da taxonomia da NANDA-I em hospital universitário de São Paulo. Na clínica médica o DE *Integridade Tissular Prejudicada* foi o segundo mais frequente (63,3%)⁽¹⁶⁾. Outra investigação com delineamento transversal identificou dentre os principais DE de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI): *Integridade Tissular Prejudicada* como o mais frequente (22,1%). Nos 150 prontuários avaliados foram encontrados 195 diagnósticos, com uma média de 1,3 DE por paciente⁽¹⁷⁾.

Desta forma, o DE mencionado está entre os sugeridos para pacientes que apresentam UP⁽¹⁸⁾. A UP “*é uma lesão na pele e/ou no tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, em consequência da pressão, ou da pressão em combinação com o cisalhamento e/ou a fricção*”⁽¹⁹⁾, assim é coerente a hipótese diagnóstica de *Integridade Tissular Prejudicada* para as pessoas com UP.

A UP é uma lesão de desenvolvimento rápido e representa uma possível complicação ao paciente hospitalizado, prolonga o sofrimento e o tempo de internação, dificulta a

reabilitação, aumenta os riscos e onera o tratamento em termos de recursos humanos e materiais⁽²⁰⁾. Além disso, destaca-se o impacto econômico do tratamento das UP.

Um estudo realizado no Brasil avaliou o custo total com curativos industrializados na clínica neurocirúrgica relacionados com UP no ano de 2005. O gasto foi de aproximadamente 33 mil reais¹, o qual aumenta de acordo com agravo da lesão tecidual⁽²¹⁾. Outro estudo demonstrou que o custo total com UP para o Sistema de Saúde britânico foi de 150 milhões de libras² em 1982 e de 759 milhões de libras³ em 1994, ressaltando que o custo do tratamento de uma UP de grau IV atingia o valor de 26 mil libras⁴ em 1994, associado a uma internação de até 25 semanas⁽²²⁾.

Portanto, a ocorrência de feridas implica custos elevados para o Sistema de Saúde, que se dividem em três categorias principais: custos financeiros que estão associados à aquisição de material preventivo; tratamento da UP e de complicações; custos relacionados com internações prolongadas; e custos associados ao tempo despendido nos cuidados prestados⁽²³⁾.

Além disso, as UP têm um impacto significativo na qualidade de vida do doente com efeitos nocivos de ordem física, social, psicológica e de saúde em geral, além de causar ônus substancial ao portador desta lesão⁽²⁴⁾. A literatura mostra que a UP significa um grave problema de saúde a nível nacional e internacional, não apenas pelos custos relativos a recursos humanos e materiais, mas, principalmente, por provocar dor e sofrimento aos doentes e suas famílias. Esta questão tem gerado crescentes preocupações de ordem política e econômica, uma vez que as UP são uma causa importante de morbidade e mortalidade, afetam a qualidade de vida do indivíduo e dos seus cuidadores e significam uma sobrecarga econômica para os serviços de saúde⁽²⁵⁾.

Portanto, a UP é uma lesão que causa grande impacto aos pacientes e sua família, à instituição e à equipe de enfermagem. Dessa forma, o desenvolvimento de estudos que abordem esta temática é importante. Devido ao impacto da UP no contexto da enfermagem, principalmente no que tange ao tempo despendido no cuidado do paciente, custos de tratamento, aumento do tempo de internação e sofrimento do paciente e família; e também devido aos avanços das classificações de enfermagem, mais especificamente a NOC, na avaliação dos RE relacionados às intervenções prestadas, senti-me motivada a desenvolver este estudo.

¹ Aproximadamente \$14.769,00 (dólar americano com taxa de câmbio de 16 de julho de 2013).

² Aproximadamente \$ 226.568.305,00 (dólar americano com taxa de câmbio de 16 de julho de 2013).

³ Aproximadamente \$ 1.146.435.627,00 (dólar americano com taxa de câmbio de 16 de julho de 2013).

⁴ Aproximadamente \$ 39.271,00 (dólar americano com taxa de câmbio de 16 de julho de 2013).

A importância de desenvolver pesquisas utilizando a NOC é evidenciada em uma revisão integrativa da literatura acerca do conhecimento científico produzido até 2008 sobre esta classificação. Os resultados mostraram que apenas duas (13,3%) das produções são de autoria brasileira, enquanto as publicações de autores estadunidenses contabilizam nove (60,2%). A investigação verificou que ocorre um aumento na produção de trabalhos que abordam a NOC, porém ainda pequena. Desta forma, outros estudos são necessários a fim de fornecer maior embasamento para a utilização da classificação⁽²⁶⁾.

As escalas da NOC podem ser utilizadas na prática assistencial da enfermagem para complementar o PE. Esta realidade é evidenciada em pesquisa pioneira no país. Verificou-se a aplicabilidade da NOC em pacientes com problemas ortopédicos hospitalizados com o DE *Déficit no Autocuidado: banho/higiene*. De um total de 24 indicadores, 21 apresentaram variação estatisticamente significativa entre as médias de pontuação do primeiro para o segundo banho. Portanto, as escalas da NOC apresentaram consistência interna (alfa de Crombach $\geq 0,6$), mostrando-se aplicáveis para mensurar a evolução dos pacientes durante a implementação dos cuidados de enfermagem⁽²⁷⁾. A partir desse estudo, vislumbrou-se a necessidade de realizar outras pesquisas mais amplas que envolvessem diferentes áreas e outros DE.

Embora ainda incipientes, estão sendo desenvolvidos estudos de validação de RE da NOC. O método proposto por Fehring em 1987⁽²⁸⁾ é bastante utilizado para realizar validação de conteúdo de DE⁽²⁹⁾ e adaptado para intervenções⁽³⁰⁾ e RE⁽³¹⁾, uma vez que para os dois últimos não existe um método específico para validação. Porém, recentemente verifica-se que a validação de conteúdo de DE, intervenções e RE também está sendo realizada pelo processo de validação por consenso entre especialistas⁽³²⁻⁴⁰⁾.

Sabe-se que existem avanços nas pesquisas com DE, intervenções e RE, entretanto, estudos de validação por meio de consenso são iniciais e permanecem inexplorados para RE no cenário de indivíduos adultos com UP. Existe, então, a necessidade de realizar a validação por consenso para obter melhores perspectivas para a aplicabilidade e validação clínica dos RE neste cenário uma vez que estudos determinam que o DE *Integridade Tissular Prejudicada* está presente nesta população⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

A relevância deste estudo alicerça-se nas contribuições que traz à enfermagem ao se trabalhar com a NOC. Uma classificação que mensura resultados, assim favorecendo a identificação do impacto, da qualidade, da efetividade e do custo das intervenções de enfermagem no cuidado ao paciente⁽⁴¹⁾ com UP. A avaliação da enfermeira representa uma

etapa fundamental para a implementação de medidas preventivas e do tratamento das UP, e, por conseguinte, a avaliação do cuidado prestado que pode ser realizado utilizando-se a NOC.

Além disso, busca-se com esta pesquisa aprofundar o conhecimento sobre a NOC e obter subsídios para discussão de formas de qualificação do cuidado prestado a adultos com UP. Desta maneira, espera-se contribuir com os achados deste estudo para futuramente implantar a NOC em sistemas informatizados, podendo-se avaliar os resultados dos pacientes que desenvolveram UP em relação às intervenções desenvolvidas.

Em suma, a UP é uma lesão que causa grande impacto não só aos pacientes e familiares, como também à instituição e à equipe de enfermagem, considerada um problema evitável, na maioria das vezes⁽⁴²⁾. Também, a UP é um indicador de qualidade assistencial. Portanto, indivíduos com UP revelam-se como uma população e um cenário relevante de ser estudado. Aliando estudos sobre a população citada e a NOC pode-se favorecer a melhoria na qualidade da assistência. O uso da NOC na prática clínica não é uma realidade, persistem muitas dúvidas de como utilizá-la. Lembrando também que apesar de existirem as ligações entre os DE da NANDA-I e os RE da NOC, não se tem validado os RE para o DE *Integridade Tissular Prejudicada*. Portanto, considerando a população e o cenário citados, estudos de validação se apresentam como um meio para elucidar essas dúvidas e questões sobre a classificação e qualificar a assistência prestada a esta população.

Desta forma, considera-se importante e necessário o conhecimento dos RE da NOC direcionados à avaliação de indivíduos com UP, por meio de um processo de validação, por consenso de enfermeiros, dos RE da NOC e dos seus indicadores ligados ao DE *Integridade Tissular Prejudicada*. Para isto, desenvolveu-se este estudo norteado pelo questionamento: Quais RE e indicadores da NOC são considerados como prioritários na avaliação de adultos com UP com o DE *Integridade Tissular Prejudicada*?

2 OBJETIVO

Validar os resultados de enfermagem da NOC e seus indicadores ligados ao diagnóstico de enfermagem *Integridade Tissular Prejudicada* em adultos com úlcera por pressão.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Apresenta-se, a seguir, a revisão de literatura que forneceu base teórica ao estudo. Os tópicos são: as classificações de enfermagem: NANDA-I e NOC, ligações NANDA-I- NOC, estudos de validação das classificações de enfermagem por consenso de enfermeiros e úlcera por pressão.

3.1 As classificações de enfermagem NANDA-I e NOC

Há diversas classificações de termos de enfermagem. As taxonomias da NANDA-I e NOC são hoje as mais utilizadas e conhecidas no contexto brasileiro no que tange os DE e RE^(12, 43).

3.1.1 Taxonomia da *NANDA-International*

A taxonomia da NANDA-I é uma classificação de linguagem padronizada de DE. A *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), oficializada em 1982, surgiu da necessidade sentida por enfermeiros norte-americanos de desenvolver uma linguagem clara e consistente para nomear o que faziam em seu trabalho assistencial⁽⁴⁴⁾. Essa associação expandiu suas fronteiras em 2002 e passou a ser chamada *NANDA-International*⁽⁴⁵⁾.

A NANDA-I, em 2001, modificou sua estrutura inicial de nove padrões de respostas humanas (Taxonomia I), para uma forma multiaxial de 7 eixos (Taxonomia II). Os eixos são: conceito diagnóstico, sujeito do diagnóstico, julgamento, localização, idade, tempo e situação do diagnóstico. A taxonomia II da NANDA-I está constituída em três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. A última edição da classificação traz 13 domínios, 47 classes e 216 DE⁽⁴⁶⁾.

O DE é definido pela NANDA-I como: “*Julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas reais ou potenciais de saúde ou a processos de vida. Os diagnósticos de enfermagem constituem a base para a seleção das*

intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável”⁽⁴⁶⁾.

Um DE é composto de título, definição, fator relacionado ou fator de risco e características definidoras. Existem quatro tipos de DE: real, de risco, de promoção da saúde e de síndrome⁽⁴⁶⁾.

O DE *Integridade Tissular Prejudicada*, pertencente a este estudo, é um DE real e encontra-se no domínio 11: *Segurança/proteção* e na classe 2: *lesão física*. O DE em questão é definido como “*Epiderme e/ou derme alteradas*”⁽⁴⁶⁾.

Um estudo recente publicado em 2012 validou as definições operacionais das características definidoras e fatores de risco dos três diagnósticos de enfermagem, relacionados à pele, da NANDA-I, incluindo o DE citado anteriormente, e revisou as definições desses diagnósticos. O método utilizado foi a validação de conteúdo de DE. Identificaram-se 146 características definidoras e fatores de risco na literatura e nas bases de dados nacionais e internacionais. Em seguida, realizou-se a validação de conteúdo das definições desses diagnósticos, apresentadas pela NANDA-I e das definições operacionais, elaboradas pelas pesquisadoras, das características definidoras e fatores de risco, por seis enfermeiras peritas, quanto à pertinência, clareza e abrangência. Das 146 características definidoras e fatores de risco, apenas 22 foram considerados redundantes e excluídos. O estudo concluiu que o processo atingiu o objetivo de produzir definições operacionais válidas para características definidoras e fatores de risco. A contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico consistiu em apresentar definições operacionais mais claras desses diagnósticos e características definidoras e fatores de risco que poderão contribuir para que os enfermeiros identifiquem e se utilizem dos mesmos com maior acurácia na prática clínica⁽⁴⁷⁾.

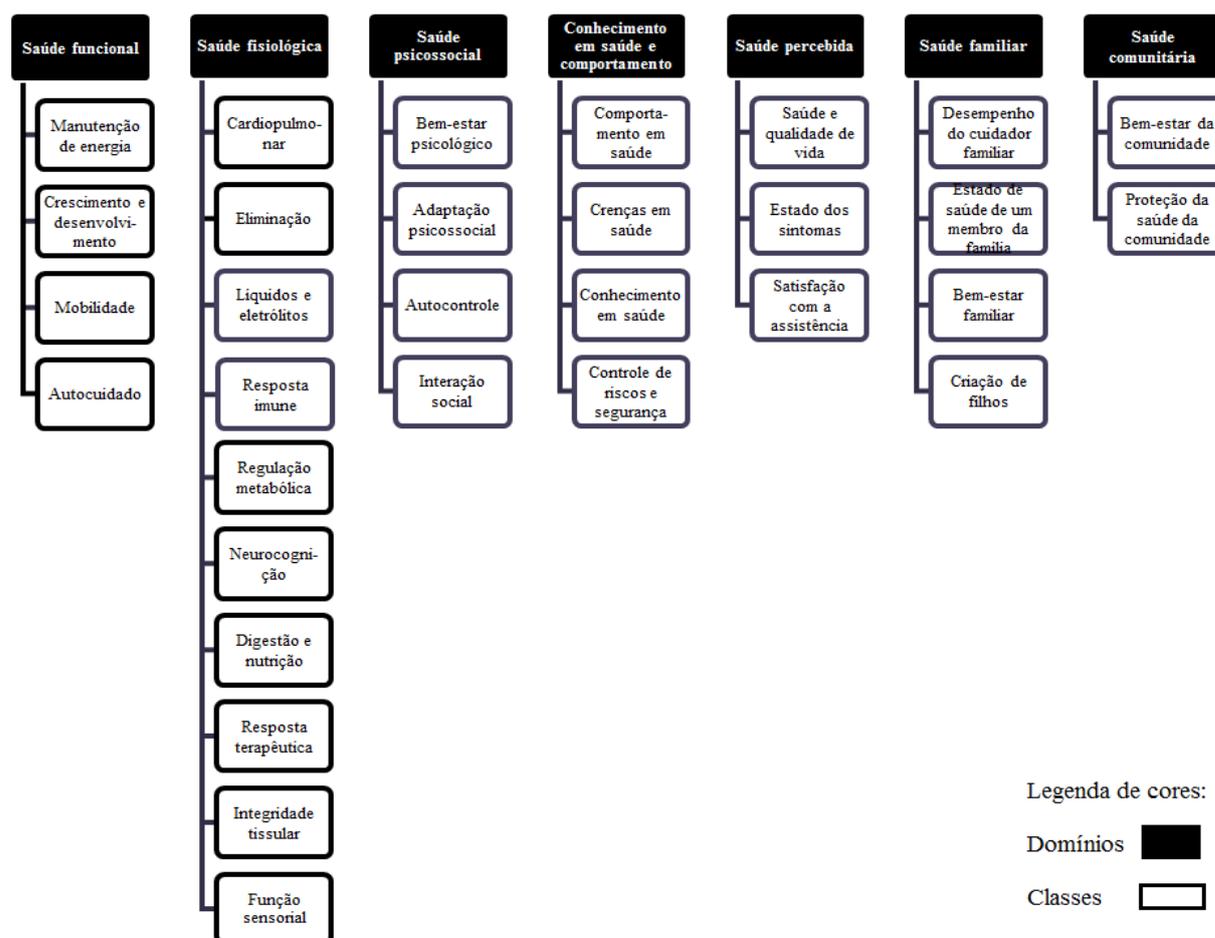
3.1.2 *Nursing Outcomes Classification* (NOC)

A NOC é uma classificação de linguagem padronizada de resultados de enfermagem, surgiu, assim como a *Nursing Intervention Classification* (NIC), de um projeto de pesquisa desenvolvido por membros do *College of Nursing*, da *University of Iowa*, Estados Unidos da América (EUA), em 1991⁽⁸⁾.

A estrutura taxonômica da NOC possui três níveis: domínios, classes e resultados. A NOC encontra-se na quarta edição, publicada em 2008 na língua inglesa e sendo publicada em

português em 2010. A primeira publicação, de 1997, continha 190 RE e a última traz 385 RE agrupados em 31 classes e sete domínios⁽⁸⁾ (demostrados na **Figura 1**). O aumento do número de resultados da NOC ao longo das edições denota o contínuo avanço desta classificação.

Figura 1- Estrutura taxonômica da NOC (nível 1 e 2): domínios e classes



Fonte: Moorhead, Johnson, Maas, Swanson (2008).

Na NOC, cada RE (nível 3) pode ser encontrado em uma classe apenas e possui um único código numérico, visando facilitar a sua inserção em um sistema informatizado. Cada RE possui um nome, uma definição e uma lista de indicadores que descrevem o estado do cliente, cuidador ou família⁽⁸⁾.

Os indicadores da NOC são avaliados por meio de escalas do tipo *Likert* de cinco pontos. Atualmente há 14 escalas de mensuração na NOC. Há 298 RE que utilizam apenas uma escala para medir os indicadores. Como os RE têm como foco o estado, as percepções e o comportamento, diferentes escalas de medidas são necessárias para se ajustarem ao foco do

RE⁽⁸⁾.

As escalas permitem a mensuração em qualquer ponto de um *continuum* facilitando a identificação de alterações do estado do cliente por meio de diferentes pontuações ao longo do tempo. A NOC sugere que na prática, deve-se medir o estado do cliente antes e depois de uma intervenção. A diferença entre uma medida e outra reflete o efeito da intervenção no resultado. A alteração no escore pode ser positiva, quando um segundo escore de resultados se eleva; negativa, quando diminui o escore e, nula, quando não há alteração⁽⁸⁾. O uso da NOC possibilita, portanto, monitorar a melhora, a piora ou a estagnação do estado do cliente durante um período de cuidado ou através de diferentes setores de atendimento⁽¹²⁾.

Segundo a NOC, um resultado do paciente relacionado à enfermagem é “*o estado, comportamento ou percepção de um indivíduo, da família ou da comunidade, mensurado ao longo de um continuum, em resposta a uma ou mais intervenções de enfermagem*”⁽⁸⁾.

A NOC ressalta que além da intervenção de enfermagem, outras variáveis podem influenciar o resultado do paciente, por exemplo: ações realizadas por outros profissionais, aspectos organizacionais e /ou ambientais, a saúde física e emocional do paciente, entre outras. Portanto, cabe ao enfermeiro definir quais são os RE mais influenciados pelas intervenções de enfermagem⁽⁸⁾.

Acredita-se que os resultados referentes ao cuidado da pessoa com UP, tema deste estudo, são bastante sensíveis ao cuidado de enfermagem uma vez que a equipe de enfermagem permanece no hospital 24 horas por dia prestando cuidados diretos aos pacientes⁽⁴⁸⁾. Desta forma, a enfermagem tem grande responsabilidade no que tange a lesão, prevenção e tratamento da UP visto que identificam o problema, tomam decisões acerca dele e instituem práticas de tratamento e de prevenção⁽⁴⁹⁾.

3.2 Ligações NANDA-I-NOC

Pesquisadoras da *University of Iowa* desenvolveram ligações entre as classificações (NANDA-I, NIC e NOC) para dirigir a associação entre os conceitos⁽⁸⁾. Portanto, os diagnósticos, intervenções e resultados, podem ser usados em conjunto, embora não haja obrigatoriedade. A sequência da aplicação das classificações no PE é NANDA-I (diagnósticos), NOC (resultados inicialmente avaliados, antes das intervenções), NIC (intervenções) e NOC (resultados após as intervenções)⁽¹²⁾.

As ligações entre os RE da NOC e os DE da NANDA-I sugerem a relação entre o problema ou o estado atual do paciente e os aspectos do problema ou do estado que se espera que sejam resolvidos ou melhorados por meio de uma intervenção. Desta forma, um DE identifica um estado que está alterado e tem potencial para ser melhorado. O RE avalia o estado real em um determinado momento no tempo⁽⁸⁾.

As ligações são opções a partir das quais o enfermeiro faz sua escolha. Porém, outros RE podem também ser adequados para um problema clínico específico. Para cada DE a NOC traz duas categorias de RE: *Resultados Sugeridos* e *Resultados Adicionais Associados*⁽⁸⁾. Os *Resultados Sugeridos* são aqueles considerados mais adequados para o DE⁽⁴³⁾.

Para o DE *Integridade Tissular Prejudicada* a NOC traz no capítulo de ligações cinco *Resultados Sugeridos* e 16 *Resultados Adicionais Associados*, apresentados no **Quadro 1**, a seguir⁽⁸⁾.

Quadro 1 - *Resultados Sugeridos e Adicionais Associados* ligados ao DE *Integridade tissular prejudicada*

Resultados sugeridos	
<i>Cicatrização de Feridas: Primeira Intenção</i>	<i>Integridade Tissular: Pele e Mucosas</i>
<i>Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção</i>	<i>Resposta Alérgica: Localizada</i>
<i>Cicatrização de Queimaduras</i>	
Resultados adicionais associados	
<i>Autocuidado: Higiene</i>	<i>Gravidade da Infecção</i>
<i>Autocuidado da Ostomia</i>	<i>Gravidade da Infecção: Recém Nascido</i>
<i>Conhecimento: Controle de Infecção</i>	<i>Hidratação</i>
<i>Conhecimento: Regime de Tratamento</i>	<i>Perfusão Tissular: Periférica</i>
<i>Consequências da Imobilidade: Fisiológicas</i>	<i>Recuperação de Queimaduras</i>
<i>Controle de Riscos: Processo Infecioso</i>	<i>Sobrecarga de Líquidos Severa</i>
<i>Estado Nutricional</i>	<i>Termorregulação</i>
<i>Função Sensorial: Cutânea</i>	<i>Termorregulação: Recém Nascido</i>

Fonte: Moorhead, Johnson, Maas, Swanson (2008).

3.3 Estudos de validação das classificações de enfermagem por consenso de enfermeiros

A validação por consenso de enfermeiros é uma técnica de pesquisa proposta pela Dra. Judy Carlson, enfermeira pesquisadora da *Tripler Army Medical Center*, Honolulu-Hawaii (EUA). Ela conduziu este método para o desenvolvimento de padrões de prática profissional de enfermagem em populações específicas de pacientes. A técnica recomenda métodos participativos de pesquisa-ação a fim de identificar termos específicos da NANDA-I, NIC e

NOC aplicáveis aos pacientes atendidos por uma organização ou unidade⁽³⁴⁻³⁶⁾. A validação por consenso é recomendada pelo Comitê de Pesquisas da NANDA-I⁽¹¹⁾ e está sendo utilizada em diferentes cenários podendo ser realizada pelos enfermeiros em qualquer ambiente de cuidado⁽³²⁻⁴⁰⁾.

A principal justificativa para realizar o processo de validação por consenso é a abrangência dos termos dos sistemas de classificação, o que os torna difíceis de serem alocados em contextos específicos⁽³²⁻³⁸⁾. Os termos foram construídos para serem utilizados em diversas especialidades, assim juntos, contêm mais de 1.000 termos, conceitos e definições. A maioria não são utilizados regularmente pelas dificuldades de sua aplicabilidade no PE⁽⁵⁰⁾. Na validação por consenso estes termos são discutidos e os resultados da pesquisa são alocados com melhores perspectivas nas populações estudadas. Além disso, quando os termos são usados em um Registro Eletrônico de Saúde, fornecem estrutura para a agregação de dados, podendo-se descrever os cuidados de enfermagem que aprimoram a prática profissional e melhoram o desempenho da equipe. Do mesmo modo, a agregação de dados fornece elementos que simplificam a documentação⁽³²⁻³⁸⁾.

Na metodologia da validação por consenso a Dra. Judy Carlson recomenda que o tamanho da amostra seja pequeno, em torno de três enfermeiros experientes na prática clínica assistencial. Recomenda-se uma amostra pequena porque as discussões são longas com posições convergentes e divergentes para chegar ao objetivo e a um consenso⁽³⁵⁾.

Um estudo realizado pela *Staten Island* da *City University of New York* (EUA) utilizou o método de pesquisa-ação para realizar a validação por consenso para diagnósticos, intervenções e RE para pessoas hospitalizadas com diabetes. Duas enfermeiras líderes com mestrado conduziram as discussões em grupo de quatro enfermeiras com prática clínica de mais de 15 anos. Os líderes facilitavam o debate, porém não mostravam seu ponto de vista. As reuniões de consenso consistiam em discussões sobre os termos serem aplicáveis ou não serem aplicáveis no cuidado a pacientes hospitalizados com diabetes. Foram validados com 100% de consenso para a população em questão 14 diagnósticos, cada um com 7 a 19 intervenções de 78 avaliadas e 4 a 14 RE de 76 avaliados. As reuniões tiveram duração entre uma hora e meia e duas horas de duração cada, totalizando 30 horas ao longo de um ano. As autoras recomendam a utilização deste método em outros locais e áreas de enfermagem⁽³²⁾.

Outro estudo, realizado em Nova York, realizou validação por consenso de especialistas utilizando o método de pesquisa-ação para identificar DE relevantes, intervenções de enfermagem, e os resultados para pacientes com traumatismo crânio-encefálico (TCE) em cuidados intensivos. Em reuniões, totalizando 159 horas, para chegar a

um consenso de 100% através de discussões em grupo, as três classificações NANDA-I, NIC e NOC foram utilizadas por três enfermeiras especialistas no trabalho com adultos com TCE para selecionar os elementos relevantes do cuidado de enfermagem para estes pacientes. Entre quase 200 DE, 29 foram identificados como relevantes para a assistência de enfermagem abrangente desta população. Cada DE estava associada com 03 a 11 das mais de 500 intervenções e com 01 a 13 de mais de 300 RE da NOC. Os achados da pesquisa foram usados para refinar padrões de cuidado de enfermagem, que devem ser combinados com um plano interdisciplinar de cuidado e, futuramente, incluídos em registros de saúde eletrônicos⁽³³⁾.

Uma tese de doutorado, realizado no sul do Brasil, também utilizou o método citado anteriormente na primeira etapa do estudo para formulação de um protocolo de pesquisa, com os DE, intervenções e RE para pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva em cuidado domiciliar. Participaram da primeira etapa seis enfermeiras especialistas, em dois encontros presenciais com duração de quatro horas cada e por meio eletrônico com envio de quatro e-mails. Foram considerados validados oito DE, 14 intervenções de um total de 96 pré-selecionadas e nove RE de 71 pré-selecionados que obtiveram de 70 a 100% de consenso entre as especialistas. Os resultados da primeira etapa foram utilizados na segunda etapa do estudo que se constituiu em utilizar em ambiente clínico real as taxonomias NANDA-I, NIC e NOC⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

Importante ressaltar que as técnicas de validação por consenso estão sendo utilizadas para refinamento das taxonomias de enfermagem, visando estabelecer conexões entre estas e também para definir padrões de prática⁽³³⁾.

3.4 Úlcera por pressão

A pele é o maior órgão do corpo humano, correspondendo a 16% do peso corporal, e tem como principais funções: defesa orgânica, regulação térmica, revestir, proteger contra diversos agentes do meio ambiente e funções sensoriais. Constitui-se de três camadas: epiderme, derme e hipoderme⁽⁵¹⁾. A epiderme é a mais fina e mais externa das camadas. A derme, camada da pele composta por fibras, vasos sanguíneos e terminações nervosas, fornece suporte, resistência, sangue e oxigênio à pele. A hipoderme, conhecida como tecido

subcutâneo é a camada mais profunda da pele, formada basicamente por células de gordura, funciona como um depósito de calor e mantém a temperatura corporal⁽⁵²⁾.

As lesões de pele são uma preocupação dos dias atuais, uma vez que demandam grande parcela dos cuidados da equipe de enfermagem. Além disso, elas têm sido objeto de discussão, devido à necessidade de qualificar a prevenção e o tratamento das mesmas, particularmente das UP⁽¹⁹⁾.

A UP é uma lesão localizada de necrose celular que tende a se desenvolver quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por prolongado período de tempo, pois decorre da compressão e consequente falta de oxigênio e nutrição dos tecidos (pele, mucosas e tecidos adjacentes) associada à diminuição da mobilidade⁽⁵³⁾.

Durante muitos anos, a UP foi vista como uma falha no cuidado e, em especial como resultado de cuidados de enfermagem de má qualidade. Entretanto, a UP hoje é considerada um indicador chave da qualidade assistencial de uma instituição de saúde⁽⁵³⁾.

Devido à relevância do tema vários estudos sobre incidência de UP são desenvolvidos. No Brasil, estudos estimam que a incidência de UP no ambiente hospitalar alterna entre 10,6 e 55%, apresentando-se mais elevada ou menos, de acordo com a população estudada, a inclusão ou exclusão de UP em estágio I, e o método utilizado⁽⁵⁴⁻⁵⁸⁾. Nas unidades de internação clínica a incidência de UP permanece em torno de 42,6%, enquanto nas unidades de internação cirúrgica a incidência é de aproximadamente 39,5⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾. Na UTI a incidência varia entre 23,1 (estudo que teve o objetivo de implementar a Escala de Braden) a 62,5^(54-56, 58).

Pacientes crônicos graves, agudos e/ou, hospitalizados assim como indivíduos institucionalizados por longos períodos comumente desenvolvem UP, seja pelos numerosos fatores de risco a que estão expostos ou pelo cuidado ineficiente⁽³⁰⁾.

A UP é causada por uma combinação de fatores, tanto extrínsecos quanto intrínsecos. Há três principais fatores externos que podem causar UP, seja isoladamente ou combinados. São eles: pressão, cisalhamento e fricção⁽⁵³⁾.

A pressão é o fator mais importante para o desenvolvimento das UP. Quando o tecido mole é comprimido entre uma saliência óssea e uma superfície dura, causando pressões maiores que a pressão capilar, ocorre a isquemia localizada. O cisalhamento é a tração exercida sobre a pele, fazendo-a deslizar sobre o plano muscular, o que ocasiona a oclusão ou mesmo rompimento dos capilares responsáveis pela perfusão da pele neste local. A consequência desta separação capilar é a isquemia local, morte celular por isquemia, e todos

os fenômenos decorrentes da falta de nutrição tecidual. A fricção é a lesão causada pelo atrito entre duas superfícies (a pele e a superfície de apoio), levando à formação de ferida por lesão direta da pele⁽⁵²⁻⁵³⁾.

Mesmo que o corpo humano esteja frequentemente sujeito a alguns ou a todos os fatores extrínsecos, as UP não se desenvolvem automaticamente. Os fatores determinantes vêm do próprio indivíduo. Entre os fatores de risco intrínsecos merece destaque o estado geral do paciente, a idade avançada, a sensibilidade, umidade, turgor e elasticidade da pele, a mobilidade reduzida, o déficit neurológico ou estado cognitivo, o estado nutricional reduzido, o peso corporal, a incontinência e um suprimento deficitário de sangue^(53, 59-61).

Além dos fatores intrínsecos e extrínsecos que podem causar a UP devemos considerar os fatores relacionados ao ambiente institucional e à equipe envolvida na assistência do paciente⁽⁶¹⁾. Esses fatores abrangem além do conhecimento dos profissionais de saúde, os equipamentos e materiais disponíveis e o uso de protocolos de cuidado, determinando a qualidade da assistência prestada^(42, 62). Observa-se, cada vez com mais frequência, as instituições de saúde formando grupos de estudo sobre o cuidado com a pele, elaborando protocolos preventivos de UP e utilizando escalas que mensuram o risco de o paciente desenvolver UP⁽¹³⁾.

Há numerosos instrumentos de avaliação de risco disponíveis. O primeiro a ser desenvolvido foi o *Norton Score*. O *Waterlow Score* é muito utilizado no Reino Unido porque é mais amplo que o de Norton. A pontuação também é invertida, de modo que quanto mais alto é o escore maior é o risco. Ele tem a vantagem de dividir o grau de risco em categorias: “*em risco*”, “*alto risco*” e “*altíssimo risco*”. Waterlow incluiu sugestões para medidas preventivas no verso do instrumento⁽⁵³⁾. A Escala de Braden é de amplo uso em diversos países, inclusive é a mais utilizada no Brasil por ter sido validada para o português do Brasil com elevados níveis de sensibilidade e especificidade⁽⁶³⁾.

Os instrumentos de avaliação de risco são julgados conforme sua sensibilidade e especificidade. A sensibilidade refere-se ao percentual de pacientes previstos para desenvolverem UP e que as desenvolvem. Especificidade é definida como o percentual de pacientes julgados fora de risco e que não desenvolvem UP⁽⁵³⁾.

A Escala de Braden avalia e mensura os fatores que contribuem para a compressão prolongada e para a redução da tolerância tecidual à compressão, por meio de suas seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento⁽¹⁸⁾.

Ao avaliar o risco para UP com escalas preditoras, a enfermagem pode planejar e executar intervenções para amenizá-lo, o que tende a favorecer a diminuição da incidência deste agravo⁽³⁰⁾. Porém, quando ocorre uma UP as medidas preventivas devem ter continuidade⁽⁵³⁾ aliadas ao tratamento da UP.

Organizações desenvolvem diretrizes para prevenção, avaliação e tratamento das UP. O *European Pressure Ulcer Advisor Panel* (EPUAP) desenvolveu diretrizes para o tratamento das UP. Essas incluem avaliação da UP, complicações, manejo de carga tissular, uso de dispositivos de prevenção e cuidado da ferida. As diretrizes da EPUAP indicam que as UP devem ser avaliadas quanto à localização, estágio, tamanho, leito, exsudato, dor e estado da pele perilesão; além do descolamento ou formação de *sinus*⁽⁶⁴⁾. O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) criou diretrizes para previsão, prevenção e tratamento das UP. Estas são divididas em quatro tópicos: avaliação do risco para desenvolvimento de UP; cuidados com a pele e tratamento precoce (medidas preventivas); redução de carga mecânica e utilização de superfícies de suporte e educação⁽⁶⁵⁾.

Algumas proeminências ósseas são mais propensas que outras à formação das UP⁽⁵³⁾. Elas se localizam com maior frequência nas regiões isquiática (24%), sacrococcígea (23%), trocântérica (15%) e calcânea (8%). Outras áreas incluem maléolos laterais (7%), cotovelos (3%) e região occipital (1%)⁽⁶⁶⁾.

A utilização de um sistema reconhecido de estágios das UP pode ser útil ao proporcionar uma descrição objetiva da lesão e oferecer um quadro mais acurado da profundidade do dano tissular⁽⁵³⁾. O NPUAP⁽⁶⁵⁾ utiliza o seguinte sistema:

- Estágio 0 – pele íntegra: sem área avermelhada, sem lesão.
- Estágio I – área avermelhada: pele intacta, presença de eritema que não retorna ao normal após a remoção da pressão. Precursor da ulceração de pele, indicativo de lesão na microcirculação.
- Estágio II – rompimento da pele, flictemas: lesão parcial da pele, envolvendo epiderme, derme ou ambas. A úlcera é superficial e, clinicamente, aparece como abrasão, bolha ou cratera rasa.
- Estágio III - rompimento da pele, expondo o subcutâneo: lesão total da pele, envolvendo dano ou necrose da camada subcutânea, mas não completa. A úlcera apresenta-se, clinicamente, como uma cratera profunda, com ou sem comprometimento dos tecidos subjacentes. Estágio IV – rompimento da pele, expondo o músculo: grande destruição,

com presença de tecido necrótico ou dano de músculos, ossos ou estruturas de suporte (por exemplo, tendões e cápsula articular).

- Úlceras não estagiáveis – perda total do tecido: lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta totalmente por esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou por necrose de coagulação (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão.
- Suspeita de lesão tissular profunda – pele intacta: área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta, decorrente de dano a tecido mole, devido à pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio em comparação ao tecido adjacente.

A aplicação do PE na prevenção e no tratamento de UP constitui um meio para o enfermeiro promover a saúde e manter o bem-estar durante a recuperação do indivíduo. Desta forma, é possível proporcionar ao cliente uma assistência organizada, pautada em conhecimentos científicos, aumentando as chances de sucesso da intervenção de enfermagem e nos resultados esperados⁽¹⁸⁾.

4 MÉTODO

A seguir, descreve-se o método empregado nesta pesquisa.

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo de validação de RE da NOC por consenso de enfermeiros com experiência na prática clínica⁽³²⁻⁴⁰⁾. Como técnica de coleta de dados utilizou-se a técnica de grupo focal⁽⁶⁷⁻⁶⁹⁾ para que as discussões em grupo subsidiassem os participantes no preenchimento coletivo do instrumento de validação. Desta forma, um espaço foi possibilitado para discussões acerca de temas pré-estabelecidos (RE e indicadores). No instrumento os participantes em conjunto avaliaram os RE e seus indicadores relevantes para adultos com UP com o DE *Integridade Tissular Prejudicada*.

A concepção da validade em pesquisas científicas reporta-nos às ideias de consistência/solidez dos elementos que pretendemos obter com a utilização de um método de investigação, em que os instrumentos empregados apreendem a verdade do objeto e tem a capacidade de evitar o erro⁽⁷⁰⁾. A validação de um RE tem o objetivo de definir o grau em que um dado resultado e indicador são sujeitos a intervenções especificamente de enfermagem⁽⁷¹⁾.

A validação por consenso é definida como um processo pelo qual enfermeiros revisam o conteúdo de um domínio de conhecimentos relativos à sua experiência, e trabalham para atingir consenso sobre este domínio de conhecimento, por exemplo, DE, intervenções e RE, para um ou mais objetivos pré-determinados. Ou seja, permite a opinião coletiva ou acordo entre enfermeiros sobre um determinado fenômeno como a melhor prática clínica⁽³²⁻³⁸⁾.

O grupo focal caracteriza-se por ser uma técnica de coleta de dados na qual é possibilitado trocas de experiências acerca de um tema por membros com pelo menos um traço comum importante para o estudo proposto⁽⁶⁷⁻⁶⁸⁾. Este tipo de técnica tem como objetivo obter informações, aprofundando a interação entre os participantes para gerar consenso ou explicitar divergências. É uma técnica que busca opiniões e atitudes privilegiando o processo interativo. Aplica-se mediante um roteiro sob a coordenação de um moderador auxiliado por um observador. O moderador é capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos e

de cada um individualmente⁽⁷²⁻⁷³⁾. Cabe enfatizar que o grupo focal pode ser associado a outras técnicas de coleta de dados^(68,74), concomitantemente, como foi o caso deste estudo.

É pertinente salientar que o grupo focal é uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais de discussão, centralizadas num tópico específico, que é debatido entre os participantes⁽⁶⁸⁾. Neste caso, o tópico específico foi os RE e indicadores da NOC apropriados ao DE *Integridade Tissular Prejudicada*, para adultos que apresentam UP em seus diferentes estágios.

Tendo em vista que pesquisadores da *University of Iowa* utilizaram a técnica de grupo focal com enfermeiros especialistas para a construção dos RE da taxonomia NOC, justifica-se a escolha deste método na presente pesquisa⁽⁷⁵⁾.

4.2 Campo

Profissionais de duas instituições de saúde de grande porte, localizadas no sul do Brasil, foram envolvidos no estudo. Uma instituição pertence à Rede de Hospitais Universitários do Ministério da Educação e é vinculado academicamente a uma universidade federal. O hospital tem cerca de 750 leitos e atende cerca de 60 especialidades, disponibilizando desde os procedimentos mais simples até os mais complexos a uma clientela formada, prioritariamente, por pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a instituição presta assistência de acordo com os princípios de equidade, igualdade e gratuidade, inerentes ao SUS.

Esta instituição possui uma trajetória que inclui mais de três décadas de experiência com o uso do PE. A partir do ano 2000 foram introduzidas as classificações de enfermagem NANDA-I e NIC, e vem sendo estudada a possibilidade de implantação da NOC no sistema informatizado da instituição. Desta forma, os enfermeiros utilizam o PE como método de trabalho para qualificar a assistência prestada aos pacientes⁽¹²⁾.

Em relação à UP o hospital possui a Comissão de Prevenção de Tratamento de Feridas (CPTF) que é multidisciplinar. Faz parte desta comissão o Programa de Prevenção e tratamento de Feridas (PPTF) existente desde 1999, sendo institucionalizada no ano de 2005, subordinado à Coordenação do Grupo de Enfermagem do referido hospital. Atualmente o PPTF é formada por 15 enfermeiras, uma delas é a coordenadora e as demais representam os diferentes serviços e especialidades da instituição. Também faz parte deste grupo uma docente

representante da Escola de Enfermagem da universidade, que colabora com o grupo na realização de discussões de caso, projetos de pesquisa e publicações. O PPTF também conta com uma bolsista, que é acadêmica do curso de graduação em enfermagem, a qual auxilia nas atividades administrativas⁽³⁰⁾.

As atividades desenvolvidas pelo grupo compreendem a discussão de casos clínicos, apresentação de novos produtos tecnológicos e institucionalização destes na prevenção e tratamento de feridas, realização de consultoria para o cuidado de pacientes com agravo de pele em diferentes setores do hospital e revisão de protocolos como o de Prevenção e Tratamento de UP. O PPTF tem encontros quinzenais com duração de uma hora e trinta minutos⁽³⁰⁾.

A outra instituição é privada de caráter filantrópico com missão de proporcionar ações de saúde a todas as pessoas, com excelência, sustentabilidade e misericórdia. Um objetivo comandado pelos valores institucionais de ética, misericórdia, equidade, excelência organizacional, humanismo, história e cultura, credibilidade, sustentabilidade, pioneirismo e inovação. Hoje a instituição tem sete hospitais, com destaque para as áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cardiologia, Neurocirurgia, Pneumologia, Oncologia, Pediatria e Transplantes. A instituição possui 1042 leitos sendo 60% de internação SUS e 40% convênios e particulares.

Esta instituição também possui um grupo de estudos sobre a pele denominado Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas (GPTF). O GPTF iniciou seus encontros em 2002 e foi institucionalizado em 2006. Atualmente, possui 20 integrantes que são enfermeiros do hospital, sendo um deles coordenador do grupo. O GPTF encontra-se semanalmente com reuniões de uma hora de duração.

As atividades desenvolvidas pelo GPTF compreendem desenvolver ações que visem à prevenção e tratamento das feridas de pele, capacitar à equipe de enfermagem mantendo-a atualizada sobre os cuidados com a pele, avaliar a incorporação de tecnologias no que se refere ao tratamento de feridas, além de produção científica.

4.3 População e amostra

A população do estudo compreendeu enfermeiros de duas instituições de saúde de grande porte do sul do Brasil que participam ou já participaram de grupo de estudo sobre a

pele. A amostra foi intencional mediante convite e foi constituída por nove enfermeiros com experiência na prática clínica. Considerando que foi utilizado o grupo focal para conduzir os participantes a preencher coletivamente um instrumento, a literatura aponta como um grupo ideal tendo entre oito e dez participantes. Considerando, assim, ser possível tanto gerar muitas ideias acerca de um tema, quanto maximizar a profundidade deste⁽⁶⁷⁾.

A amostra foi constituída por enfermeiros com interesse em discutir o tema e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- a) ter experiência mínima de dois anos como enfermeiro atuando com pacientes cirúrgicos, clínicos e/ou de terapia intensiva nos últimos cinco anos;
- b) ter prática clínica no cuidado com a pele, especificamente no cuidado a pacientes com UP;
- c) participar ou ter participado de grupo de estudos no cuidado com a pele e feridas por no mínimo seis meses nos últimos cinco anos;
- d) conhecer o processo de enfermagem e os sistemas de classificação de termos padronizados de enfermagem (NANDA-I e NOC).

Um levantamento junto às chefias de setor e unidades foi realizado para que os enfermeiros que atendessem aos critérios de inclusão fossem indicados.

4.4 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada em um grupo focal com a finalidade de subsidiar os participantes a preencherem coletivamente um instrumento de coleta de dados destinado à validação por consenso de RE e indicadores. No grupo focal foram conduzidas discussões acerca de temas pré-estabelecidos (RE e indicadores ligados ao DE *Integridade Tissular Prejudicada* para indivíduos com UP). Mediante registros em instrumento específico (APÊNDICE A) os participantes avaliaram os RE e seus indicadores relevantes para adultos com UP com o DE em questão.

4.4.1 Grupo focal

No grupo focal⁽⁶⁷⁻⁶⁹⁾ participaram enfermeiros com experiência na prática clínica, os quais debateram sobre a relevância de cada RE e seus indicadores ligados ao DE *Integridade Tissular Prejudicada* para adultos com UP.

Três encontros foram realizados para atingir os objetivos da pesquisa. Cada encontro teve duração de duas horas, em horários e datas definidas conforme disponibilidade dos participantes. A periodicidade dos encontros foi de quinze em quinze dias. As reuniões foram realizadas em sala de uma das instituições, para facilitar o acesso a todos, porém fora das unidades onde trabalhavam os enfermeiros. O ambiente assegurou privacidade ao grupo. Os participantes sentaram ao redor de uma mesa de conferências facilitando a participação de todos e a interação face a face.

O grupo teve como equipe de coordenação um moderador que foi o próprio pesquisador e um observador simples com conhecimento do método, titulação de enfermeiro e mestrando. O moderador conduziu e facilitou os debates. O observador registrou o acontecer grupal no todo e em suas peculiaridades captando e registrando as reações nas várias formas de expressão: verbal e não verbal. Além disso, o observador controlou o tempo dos encontros e monitorou o equipamento de gravação de áudio⁽⁶⁷⁾. A moderação foi do tipo diretiva⁽⁷³⁾, a fim de debater sobre tópicos (RE e indicadores) do instrumento de pesquisa elaborado pela pesquisadora com a finalidade de realizar a validação por consenso.

Vale ressaltar que os assentos foram igualmente distribuídos de forma que não houvesse segmentação entre moderador, observador e participantes. O moderador e observador não ficaram lado a lado, a fim de evitar posição de comando e facilitar a interação face a face e a comunicação não verbal para sintonizar a condução do debate e os momentos propícios para fazerem intervenções⁽⁶⁷⁾.

O estilo do grupo foi semi-estruturado, ou seja, o moderador atentou para o conteúdo alocado no instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), porém, proporcionou uma conversação flexível, isto é, um diálogo construído mediante vários pontos de vista, argumentos e contra argumentos, de posições similares ou contrárias⁽⁷³⁾. Para tal, o moderador e o observador tinham um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE B) para fazer os apontamentos relevantes ao estudo.

Concomitante à discussão no grupo focal sobre os temas apresentados pelo moderador, os enfermeiros preenchiam coletivamente um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A)

destinado a validar por consenso os RE da NOC e seus indicadores ligados ao DE em estudo considerando adultos com UP.

O instrumento do moderador e do observador (APÊNDICE B) constou em quadros com duas colunas: a 1ª coluna continha os RE propostos na NOC e suas definições, abaixo de cada RE encontravam-se seus indicadores com as respectivas definições conceituais, elaboradas pela pesquisadora; a 2ª coluna continha um espaço para registro de observações.

O instrumento de validação dos enfermeiros consistiu primeiramente em um formulário para registro dos dados de caracterização da amostra (APÊNDICE C), seguido por quadros individuais para cada RE (APÊNDICE A). Cada quadro possuía quatro colunas: 1ª coluna – RE proposto na NOC e sua definição; 2ª e 3ª colunas espaço para que os especialistas registrassem “recomendo” ou “não recomendo” o RE, e a 4ª coluna, continha um espaço para que os enfermeiros registrem sugestões, críticas e observações. Abaixo de cada RE apresentavam-se seus indicadores com suas respectivas definições conceituais e o mesmo quadro de “recomendo” ou “não recomendo” a fim de validá-los.

A definição conceitual dos indicadores foi elaborada pela pesquisadora com auxílio da orientadora com base na literatura de artigos e livros, uma vez que a NOC não traz esta definição. Em um estudo no qual foi realizado a validação de conteúdo de três diagnósticos de enfermagem relacionados à pele, também se elaborou definições, porém, operacionais das características definidoras e fatores de risco. Segundo o estudo, a elaboração de definições permite a realização de estudos de validação que poderão contribuir para que os enfermeiros identifiquem e utilizem DE, intervenções e RE com maior acurácia na prática clínica⁽⁴⁷⁾.

A cada sessão os enfermeiros receberam apenas os quadros de RE que foram apreciados naquela sessão. Além disso, foram submetidos à validação apenas os indicadores dos RE considerados validados pelo consenso dos enfermeiros, embora todos os indicadores fossem discutidos no momento de decidir sobre a validação ou não do RE.

No momento de confecção do instrumento de validação a pesquisadora juntamente com a orientadora selecionou todos os RE aplicáveis a adultos com UP, retirando RE que não se aplicam a estes indivíduos e contexto. Cinco RE foram excluídos: *Cicatrização de queimaduras*, *Autocuidado da ostomia*, *Termorregulação: recém-nascido*, *Recuperação de queimaduras* e *Gravidade da infecção: recém-nascido*.

Os quatro *Resultados Sugeridos* e os 12 *Resultados adicionais associados* para o DE *Integridade Tissular Prejudicada* segundo a NOC⁽⁸⁾ que foram incluídos no presente estudo são apresentados no **Quadro 2**. Ressalto que todos os indicadores (312) destes RE foram incluídos no instrumento.

Quadro 2 - Resultados sugeridos e adicionais associados ligados ao DE *Integridade Tissular Prejudicada* segundo a NOC incluídos para validação neste estudo

<i>Resultados sugeridos</i>	
<i>Cicatrização de feridas: primeira intenção</i>	<i>Integridade tissular: pele e mucosas</i>
<i>Cicatrização de feridas: segunda intenção</i>	<i>Resposta alérgica: localizada</i>
<i>Resultados adicionais associados</i>	
<i>Autocuidado: higiene</i>	<i>Função sensorial: cutânea</i>
<i>Conhecimento: controle de infecção</i>	<i>Gravidade da infecção</i>
<i>Conhecimento: regime de tratamento</i>	<i>Hidratação</i>
<i>Consequências da imobilidade: fisiológicas</i>	<i>Perfusão tissular: periférica</i>
<i>Controle de riscos: processo infeccioso</i>	<i>Sobrecarga de líquidos severa</i>
<i>Estado nutricional</i>	<i>Termorregulação</i>

Fonte: autora.

4.4.2 Momentos das sessões grupais

No primeiro encontro, o moderador realizou a abertura da sessão dando boas vindas e apresentando a equipe de coordenação. Além disso, forneceu informações acerca dos objetivos, finalidades e da técnica de coleta de dados da pesquisa, observando os aspectos éticos. Os demais participantes apresentaram-se entre si e o moderador distribuiu crachás com os nomes dos enfermeiros para facilitar a comunicação e o processo interativo entre todos.

O grupo estabeleceu o *setting*, ou seja, o contrato grupal. O *setting* é o compromisso de todos os envolvidos, nele, são estabelecidas as regras básicas de convivência⁽⁶⁷⁾. Houve combinações acerca dos seguintes aspectos: respeito à fala do outro, observância do caráter confidencial quanto às informações trazidas no grupo, inativação de telefones celulares, bips e assemelhados para um bom andamento do trabalho, assiduidade e pontualidade nos encontros, etc. Além disso, o moderador entregou e leu o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D). Aspectos éticos importantes foram destacados, por exemplo; explicar os fins da gravação do áudio em MP3. Além disso, um espaço para esclarecimento de dúvidas foi aberto.

Após o estabelecimento do *setting*, cada participante recebeu o cronograma das demais reuniões (APÊNDICE E). O grupo apreciou o cronograma e fez ajustes conforme achou necessário.

No primeiro encontro, a NOC foi apresentada em data show e oportunizou-se espaço para esclarecimento de dúvidas dos enfermeiros sobre a taxonomia. A cada reunião o moderador apresentou o DE, os RE em questão, seus indicadores e definições conceituais,

abrindo espaço para os enfermeiros debaterem sobre o tema exposto e preencherem coletivamente o instrumento de validação.

O moderador, auxiliado pelo observador conduziu os debates, iniciando pelo RE, seguido dos indicadores. Ambos, individualmente, realizaram apontamentos relevantes no instrumento de coleta de dados.

Ao término de cada encontro o moderador fez a síntese dos momentos anteriores e o encerramento da sessão com combinações finais para o próximo encontro e agradecimentos.

Ao início de cada novo encontro de grupo focal foi relatada uma síntese dos encontros anteriores e apresentado o objetivo do encontro atual.

No último dia de grupo focal, prevendo a dissolução do grupo, foi realizada uma confraternização com café da manhã e sorteio de um passaporte de cinema. Além disso, para encaminhar o desfecho do grupo, o observador perguntou aos participantes acerca das contribuições dos debates do grupo focal para a prática assistencial.

4.5 Análise dos dados

O moderador e o observador reuniam-se no dia posterior a cada encontro do grupo focal para realizar *feedback* sobre a sessão. A gravação em áudio era apreciada e transcrita pelo moderador e observador no momento do *feedback* para auxílio da análise dos dados.

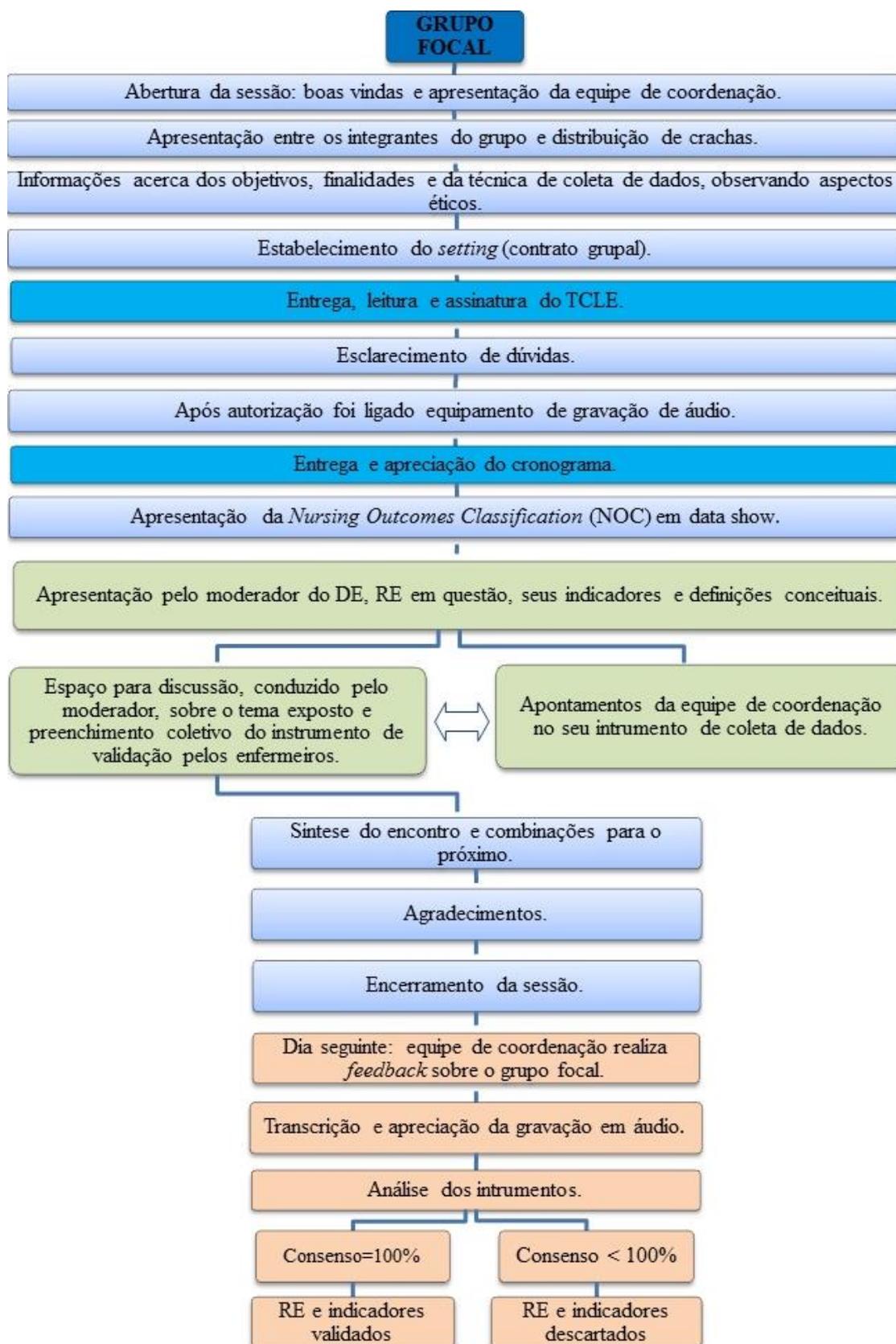
A análise dos dados foi descritiva. Os RE e os indicadores que obtiveram um consenso de 100% entre os enfermeiros foram considerados validados⁽³²⁻⁴⁰⁾.

Destaca-se a recomendação da NOC para que sejam escolhidos somente os resultados e indicadores realmente relevantes no contexto assistencial onde serão empregados⁽⁸⁾. Com consenso de 100% entre os especialistas, pretendeu-se proporcionar maior consistência, solidez e aplicabilidade ao conjunto de RE e indicadores da NOC.

4.6 Logística do estudo

A logística do estudo do primeiro encontro é apresentada no fluxograma abaixo (**Figura 2**).

Figura 2 - Logística do estudo do primeiro encontro.



Fonte: autora.

4.7 Aspectos éticos

A Resolução de número 196/1996⁽⁷⁸⁾ regulamenta as normas éticas para pesquisas envolvendo seres humanos pretendendo assegurar os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade ao indivíduo e às comunidades à medida que preconiza, entre outros preceitos, o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos alvo, bem como a proteção a grupos vulneráveis e incapazes.

Baseado nesta resolução, os enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE (APÊNDICE D) que foi assinado em duas vias (ficando uma com o pesquisador e outra com cada um dos participantes). Os participantes autorizaram a gravação em áudio MP3 assinando o termo. No documento foi explicado que o principal motivo da gravação foi a retomada fidedigna do conteúdo para análise posterior, cujo interesse foi exclusivamente da pesquisa em curso. Ficou esclarecido que as informações registradas no instrumento de coleta de dados e a gravação de áudio serão mantidas pela pesquisadora, por cinco anos, em confidencialidade e anonimato e utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos, decorrido este tempo serão descartados e deletados. Da mesma forma, foi assegurada isenção de vínculo hierárquico e de coerção no vínculo empregatício do participante. Ou seja, a participação não implicou em sanções administrativas, nem na avaliação de desempenho. O participante teve o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento e sem justificativa.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética em Saúde/GPPG/HCPA sob o número 108.690.

5 RESULTADOS

Apresenta-se, a seguir, a caracterização da amostra de enfermeiros e os resultados do estudo.

5.1 Caracterização da amostra

A amostra constituiu-se de nove enfermeiros. A caracterização da mesma é apresentada na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Caracterização da amostra de enfermeiros. Porto Alegre-RS, 2012.

Variáveis (n=9)	n (%)
Tempo de experiência profissional como enfermeiro	
5 - 9 anos	1 (11)
10 - 14 anos	3 (33)
15 - 19 anos	0 (0)
20 anos ou mais	5 (56)
Tempo de prática clínica no cuidado com a pele, especificamente no cuidado com UP	
2 - 6 anos	1 (11)
7 - 11 anos	2 (22)
12 - 16 anos	2 (22)
17 - 21 anos	1 (11)
22 anos ou mais	3 (33)
Tempo de participação em grupo de estudo no cuidado com a pele e feridas	
2 - 6 anos	4 (44)
7 - 11 anos	2 (22)
12 anos ou mais	3 (33)
Titulação (maior grau obtido)	
Mestrado	2 (22)
Especialização	5 (56)
Graduação	2 (22)
Conhecem o processo de enfermagem e as classificações NANDA-I e NOC	
Sim	9 (100)

Fonte: autora.

Importante ressaltar que quanto à titulação quatro (44%) enfermeiros possuíam mais de um título que não foram contabilizados na Tabela 1. Além de mestrado (concluído em 2011), um enfermeiro também tinha especialização em enfermagem dermatológica (finalizado em 2012). Dois enfermeiros possuíam duas especializações, sendo um deles especialista em estomaterapia. Outro enfermeiro possuía duas especializações e uma licenciatura.

Em relação à caracterização dos enfermeiros, no que tange a produção científica nas áreas do PE e do cuidado com a pele, os dados estão contabilizados na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Produção científica dos enfermeiros acerca do PE e do cuidado com a pele. Porto Alegre-RS, 2012.

Variáveis (n=9)	Produção científica acerca do PE	Produção científica acerca do cuidado com a pele
	n (%)	n (%)
Artigo	2 (22)	3 (33)
Capítulo de livro	4 (44)	4 (44)
Manual	0 (0)	4 (44)
Nenhum	4 (44)	3 (33)

Fonte: autora.

5.2 Validação dos resultados de enfermagem da NOC e de seus indicadores

Nove RE (56,25%) da NOC foram validados pelos enfermeiros de um total de 16 avaliados. Enquanto, 75 indicadores (24,04%) foram validados de um total de 312. Os RE validados foram: *Cicatrização de feridas: primeira intenção*, *Cicatrização de feridas: segunda intenção*, *Integridade tissular: pele e mucosas*, *Estado nutricional*, *Autocuidado: higiene*, *Consequências da imobilidade: fisiológicas*, *Conhecimento: regime do tratamento*, *Controle de riscos: processo infeccioso* e *Sobrecarga de líquidos severa*.

Os sete RE não validados pelos enfermeiros foram: *Resposta alérgica: localizada*, *Hidratação*, *Função sensorial: cutânea*, *Conhecimento: controle de infecção*, *Gravidade da infecção*, *Perfusão tissular: periférica* e *Termorregulação*.

Os indicadores validados e descartados para o RE *Cicatrização de feridas: primeira intenção* estão descritos na **Tabela 3**. A definição deste RE é “*Alcance de regeneração de células e tecidos após fechamento intencional*”. A mensuração dos indicadores para este RE varia na escala *Likert* de um a cinco pontos, utilizando-se a escala “*nenhum*” a “*extenso*” ou “*extenso*” a “*nenhum*”⁽⁸⁾.

Tabela 3 – Indicadores validados e descartados para o RE *Cicatrização de feridas: primeira intenção*. Porto Alegre-RS, 2012.

Indicadores validados	Total
<i>Aproximação das bordas do ferimento</i>	
<i>Formação de cicatriz</i>	
<i>Drenagem purulenta</i>	
<i>Drenagem serosa</i>	
<i>Drenagem sanguínea</i>	
<i>Drenagem serosanguinolenta</i>	
<i>Eritema na pele ao redor da ferida</i>	
<i>Edema em torno do ferimento</i>	
<i>Temperatura aumentada da pele</i>	
<i>Odor desagradável da ferida</i>	
Total	10
Indicadores descartados	
<i>Aproximação da pele</i>	
<i>Drenagem sanguínea de dreno</i>	
<i>Drenagem serosanguinolenta pelo dreno</i>	
<i>Contusão na pele ao redor da ferida</i>	
Total	4

Fonte: autora.

Os indicadores validados e descartados para o RE *Cicatrização de feridas: segunda intenção* estão descritos na **Tabela 4**. A definição deste RE é “*Alcance de regeneração de células e tecidos em ferimento aberto*”. A mensuração dos indicadores para este RE varia na escala *Likert* de um a cinco pontos, utilizando-se a escala “*nenhum*” a “*extenso*” ou “*extenso*” a “*nenhum*”⁽⁸⁾.

Tabela 4 – Indicadores validados e descartados para o RE *Cicatrização de feridas: segunda intenção* Porto Alegre-RS, 2012.

Indicadores validados	Total
<i>Granulação</i>	
<i>Formação de cicatriz</i>	
<i>Tamanho reduzido da ferida</i>	
<i>Drenagem purulenta</i>	
<i>Drenagem serosa</i>	
<i>Drenagem sanguínea</i>	
<i>Drenagem serosanguinolenta</i>	
<i>Eritema no tecido ao redor da ferida</i>	
<i>Edema ao redor da ferida</i>	
<i>Pele com bolhas</i>	
<i>Pele macerada</i>	
<i>Necrose</i>	
<i>Formação do trato sinusal</i>	
<i>Odor desagradável da ferida</i>	
Total	14
Indicadores descartados	
<i>Inflamação no ferimento</i>	
<i>Degradação</i>	
<i>Tunelagem</i>	
<i>Condição de minar</i>	
Total	4

Fonte: autora.

Os indicadores validados e descartados para o RE *Integridade tissular: pele e mucosas* estão descritos na **Tabela 5**. A definição deste RE é "*Integridade estrutural e função fisiológica normal da pele e das mucosas*". A mensuração dos indicadores para este RE varia na escala *Likert* de um a cinco pontos, utilizando-se a escala "*gravemente comprometido*" a "*não comprometido*" ou "*grave*" a "*nenhum*"⁽⁸⁾.

Tabela 5 – Indicadores validados e descartados para o RE *Integridade tissular: pele e mucosas*. Porto Alegre-RS, 2012.

Indicadores validados	Total
<i>Temperatura da pele</i>	
<i>Sensibilidade</i>	
<i>Elasticidade</i>	
<i>Hidratação</i>	
<i>Transpiração</i>	
<i>Textura</i>	
<i>Espessura</i>	
<i>Perfusão tissular</i>	
<i>Integridade da pele</i>	
<i>Tecido cicatricial</i>	
<i>Descamação da pele</i>	
<i>Eritema</i>	
<i>Necrose</i>	
Total	13
Indicadores descartados	
<i>Crescimento de pelos na pele</i>	
<i>Pigmentação anormal</i>	
<i>Lesões de pele</i>	
<i>Lesões nas mucosas</i>	
<i>Cânceres de pele</i>	
<i>Branqueamento</i>	
<i>Endurecimento</i>	
Total	7

Fonte: autora.

Os indicadores validados e descartados para o RE *Estado nutricional* estão descritos na **Tabela 6**. A definição deste RE é “*Alcance da disponibilidade de nutrientes para atendimento das necessidades metabólicas*”. A mensuração dos indicadores para este RE varia na escala *Likert* de um a cinco pontos, utilizando-se a escala “*desvio grave da variação normal*” a “*nenhum desvio da variação normal*”⁽⁸⁾.

Tabela 6 – Indicadores validados e descartados para o RE *Estado nutricional*. Porto Alegre-RS, 2012.

Indicadores validados	Total
<i>Ingestão de nutrientes</i>	
<i>Ingestão de alimentos</i>	
<i>Ingestão de líquidos</i>	
<i>Proporção peso/altura</i>	
<i>Hidratação</i>	
Total	5
Indicadores descartados	
<i>Energia</i>	
<i>Hematócritos</i>	
<i>Tônus muscular</i>	
Total	3

Fonte: autora.

Os indicadores validados e descartados para o RE *Autocuidado: higiene* estão descritos na **Tabela 7**. A definição deste RE é “*Capacidade de manter o próprio asseio pessoal e a aparência organizada, de forma independente, com ou sem dispositivos auxiliares*”. A mensuração dos indicadores para este RE varia na escala *Likert* de um a cinco pontos, utilizando-se a escala “*gravemente comprometido*” a “*não comprometido*”⁽⁸⁾.

Tabela 7 – Indicadores validados e descartados para o RE *Autocuidado: higiene*. Porto Alegre-RS, 2012.

Indicadores validados	Total
<i>Limpeza da área do períneo</i>	
<i>Manutenção de uma boa higiene</i>	
Total	2
Indicadores descartados	
<i>Lavagem das mãos</i>	
<i>Uso de absorventes protetores</i>	
<i>Ato de assoar e manter limpo o nariz</i>	
<i>Manutenção da higiene oral</i>	
<i>Lavagem dos cabelos</i>	
<i>Ato de pentear ou escovar os cabelos</i>	
<i>Ato de barbear-se</i>	
<i>Aplicação de maquiagem</i>	
<i>Cuidado das unhas das mãos</i>	
<i>Cuidado das unhas dos pés</i>	
<i>Uso de um espelho</i>	
<i>Manutenção de uma aparência arrumada</i>	
<i>Condição de minar</i>	
<i>Formação do trato sinusal</i>	
<i>Odor desagradável da ferida</i>	
Total	15

Fonte: autora.

Os indicadores validados e descartados para o RE *Consequências da imobilidade: fisiológicas* estão descritos na **Tabela 8**. A definição deste RE é “*Gravidade do comprometimento na função fisiológica em decorrência de imobilidade física prejudicada*”. A mensuração dos indicadores para este RE varia na escala *Likert* de um a cinco pontos, utilizando-se a escala “*grave*” a “*nenhum*” ou “*gravemente comprometido*” a “*não comprometido*”⁽⁸⁾.

Tabela 8 – Indicadores validados e descartados para o RE *Consequências da imobilidade: fisiológicas*. Porto Alegre-RS, 2012.

Indicadores validados	Total
<i>Ferida(s) decorrente(s) de pressão</i>	
<i>Fratura óssea</i>	
<i>Trombose venosa</i>	
<i>Força muscular</i>	
<i>Tônus muscular</i>	
<i>Movimentos das articulações</i>	
Total	6
Indicadores descartados	
<i>Constipação</i>	
<i>Impactação fecal</i>	
<i>Intestino hipoativo</i>	
<i>Íleo paralítico</i>	
<i>Cálculos urinários</i>	
<i>Retenção urinária</i>	
<i>Febre</i>	
<i>Infecção do trato urinário</i>	
<i>Articulações contraídas</i>	
<i>Articulações consolidadas</i>	
<i>Hipotensão ortostática</i>	
<i>Congestão pulmonar</i>	
<i>Pneumonia</i>	
<i>Estado nutricional</i>	
<i>Eficácia da tosse</i>	
<i>Capacidade vital</i>	
Total	16

Fonte: autora.

Os indicadores validados e descartados para o RE *Conhecimento: regime de tratamento* estão descritos na **Tabela 9**. A definição deste RE é “*Alcance da compreensão transmitida sobre um determinado regime de tratamento*”. A mensuração dos indicadores para este RE varia na escala *Likert* de um a cinco pontos, utilizando-se a escala “*nenhum conhecimento*” a “*conhecimento amplo*”⁽⁸⁾.

Tabela 9 – Indicadores validados e descartados para o RE *Conhecimento: regime de tratamento*. Porto Alegre-RS, 2012.

Indicadores validados	Total
<i>Processo específico da doença</i>	
<i>Justificativa para o tratamento</i>	
<i>Responsabilidades de autocuidado relacionadas com o tratamento contínuo</i>	
<i>Efeitos esperados do tratamento</i>	
<i>Dieta prescrita</i>	
<i>Regime medicamentoso prescrito</i>	
<i>Procedimento prescrito</i>	
<i>Benefícios do controle da doença</i>	
Total	8
Indicadores descartados	
<i>Responsabilidades do autocuidado quanto a situações de emergência</i>	
<i>Técnicas de automonitoração</i>	
<i>Atividade prescrita</i>	
<i>Exercício prescrito</i>	
Total	4

Fonte: autora.

Os indicadores validados e descartados para o RE *Controle de riscos: processo infeccioso* estão descritos na **Tabela 10**. A definição deste RE é “*Ações pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir a ameaça de infecção*”. A mensuração dos indicadores para este RE varia na escala *Likert* de um a cinco pontos, utilizando-se a escala “*nunca demonstrado*” a “*consistentemente demonstrado*”⁽⁸⁾.

Tabela 10 – Indicadores validados e descartados para o RE *Controle de riscos: processo infeccioso*.
Porto Alegre-RS, 2012.

Indicadores validados	Total
<i>Reconhece o risco pessoal de infecção</i>	
<i>Reconhece as consequências pessoais associadas a infecções</i>	
<i>Reconhecimento de comportamentos associados a risco de infecção</i>	
<i>Identificação dos sinais e sintomas pessoais que indicam risco potencial</i>	
<i>Monitoração de comportamentos pessoais relativos a fatores associados a risco de infecção</i>	
<i>Manutenção de um ambiente limpo</i>	
<i>Prática de limpeza das mãos</i>	
<i>Prática de estratégias de controle de infecção</i>	
<i>Uso de serviços de cuidados de saúde coerentes com as necessidades</i>	
Total	9
Indicadores descartados	
<i>Identificação de risco de infecção em situações cotidianas</i>	
<i>Busca de validação de risco percebido de infecção</i>	
<i>Identificação de estratégias de proteção de si mesmo contra outros com infecção</i>	
<i>Monitoração do ambiente com relação a fatores associados a risco de infecção</i>	
<i>Monitoração do tempo do período de incubação de doença infecciosa</i>	
<i>Uso de estratégias de desinfecção de suprimentos</i>	
<i>Desenvolvimento de estratégias eficientes de controle de infecção</i>	
<i>Uso de precauções universais</i>	
<i>Adaptação de estratégias de controle de infecção conforme necessidade</i>	
<i>Prática de ações para promoção de repouso</i>	
<i>Prática de ações para promover ingestão de líquidos</i>	
<i>Monitoração de mudanças no estado geral de saúde</i>	
<i>Realização de ações imediatas para reduzir riscos</i>	
<i>Obtenção das imunizações recomendadas</i>	
<i>Uso de fontes respeitadas de informação</i>	
Total	15

Fonte: autora.

Os indicadores validados e descartados para o RE *Sobrecarga de líquidos severa* estão descritos na **Tabela 11**. A definição deste RE é “*Gravidade no excesso de líquidos nos compartimentos intracelulares e extracelulares do organismo*”. A mensuração dos indicadores para este RE varia na escala *Likert* de um a cinco pontos, utilizando-se a escala “grave” a “nenhum”⁽⁸⁾.

Tabela 11 – Indicadores validados e descartados para o RE *Sobrecarga de líquidos severa*. Porto Alegre-RS, 2012.

Indicadores validados	Total
<i>Edema sacral</i>	
<i>Edema de tornozelo</i>	
<i>Edema nas pernas</i>	
<i>Edema generalizado</i>	
<i>Letargia</i>	
<i>Confusão</i>	
<i>Coma</i>	
<i>Aumento de peso</i>	
Total	8
Indicadores descartados	
<i>Edema periorbital</i>	
<i>Edema das mãos</i>	
<i>Ascite</i>	
<i>Cintura abdominal aumentada</i>	
<i>Congestão venosa</i>	
<i>Estertores</i>	
<i>Mal-estar</i>	
<i>Dor de cabeça</i>	
<i>Convulsões</i>	
<i>Pressão arterial aumentada</i>	
<i>Débito urinário diminuído</i>	
<i>Densidade urinária diminuída</i>	
<i>Coloração da urina diminuída</i>	
<i>Sódico sérico diminuído</i>	
<i>Sódio sérico aumentado</i>	
Total	15

Fonte: autora.

Importante salientar que dos quatro *Resultados sugeridos* pela NOC avaliados três (75%) foram validados com 100% de consenso no estudo: *Cicatrização de feridas: primeira intenção*, *Cicatrização de feridas: segunda intenção* e *Integridade tissular: pele e mucosas*. O único *Resultado sugerido* que não foi recomendado pelos enfermeiros para a população em questão foi *Resposta alérgica: localizada*.

5.3 Considerações dos enfermeiros sobre os resultados no grupo focal

O RE *Cicatrização de feridas: primeira intenção* foi recomendado para casos de UP com reparo cirúrgico de reconstrução com retalhos cutâneos e musculocutâneos. Os indicadores *Drenagem sanguínea de dreno* e *Drenagem serosanguinolenta* pelos drenos, embora adequados, não foram recomendados porque os indicadores *Drenagem serosa*,

Drenagem sanguínea e *Drenagem serosanguinolenta* são mais abrangentes e podem ser avaliados com presença de dreno ou sem.

O RE *Cicatrização de feridas: segunda intenção* foi considerado o RE mais relevante para avaliar adultos com UP. O indicador *Inflamação no ferimento* gerou bastante discussão. Porém, no final os enfermeiros consideraram que ele não seria recomendado porque toda a ferida passa pelo processo de inflamação, pois é uma fase da cicatrização. Consideraram também que rotineiramente este indicador não é avaliado. O indicador *Degradação* não foi recomendado porque segundo o grupo ele é avaliado no indicador *Necrose*. Os indicadores *Tunelagem* e *Condição de minar* não foram recomendados porque não foram entendidos os significados. Depois de muita discussão chegaram à conclusão que o indicador *Tunelagem* tem o mesmo significado de *Formação do trato sinusal*. Porém, o segundo foi recomendado porque é o termo que a literatura aponta.

O RE *Integridade tissular: pele e mucosas* gerou discordância inicialmente. Alguns achavam que ele seria apenas utilizado para prevenção de UP. Outros acreditavam que além de prevenção, os indicadores deste RE também eram avaliados em quem já tinha UP com a finalidade de diminuir o dano, não agravá-lo e prevenir novas UP. Ao final, o grupo chegou ao consenso que aquele RE era importante e o recomendaram.

Não houve dúvidas no grupo ao recomendar o RE *Estado nutricional* para avaliar indivíduos com UP. O indicador *Energia* foi descartado porque o grupo considerou ser um indicador avaliado pelo nutricionista. Os indicadores *Hematócritos* e *Tônus muscular* não foram recomendados por não acharem relevantes para o contexto em questão e não serem avaliados rotineiramente.

O RE *Autocuidado: higiene* foi considerado importante pelo grupo, podendo-se avaliar o autocuidado do indivíduo com UP ou o cuidado de higiene prestado pelo cuidador ao paciente. Os indicadores *Manutenção de uma boa higiene* e *Limpeza da área do períneo* foram os únicos validados. Os enfermeiros consideraram que estes dois indicadores são bastante abrangentes para avaliar o autocuidado da higiene. O indicador *Lavagem das mãos* não foi recomendado, pois foi considerado mais adequado para este contexto em RE que abrangem o tema infecção. O indicador *Odor desagradável da ferida* não foi considerado porque segundo o grupo uma higiene adequada não garante que a ferida não tenha odor.

O RE *Consequências da imobilidade: fisiológicas* foram validados pelo grupo. O indicador *Fratura óssea* foi recomendado porque “*pacientes com fratura de ossos longos, principalmente fêmur, tem a mobilidade física prejudicada o que acarreta em risco para úlcera por pressão*”, segundo fala do grupo. O indicador *Trombose venosa* foi recomendado

pelo grupo com justificativa de que “*quando se tem trombose venosa o sistema circulatório está comprometido o que acarreta em um suprimento de sangue deficitário podendo levar ao desenvolvimento de úlcera por pressão*”. Os indicadores *Articulações contraídas* e *Articulações consolidadas* não foram recomendados porque os enfermeiros preferiram validar o indicador *Movimento das articulações* que consideraram mais abrangente. O indicador *Estado nutricional* não foi recomendado porque segundo os enfermeiros este indicador já é um RE que foi validado.

O RE *Conhecimento: regime de tratamento* foi validado pelo grupo por considerarem importante avaliar a compreensão do paciente ou do cuidador sobre a prevenção/e ou tratamento de UP a fim de minimizar agravos.

O RE *Controle de riscos: processo infeccioso* foi validado pelos enfermeiros porque acharam relevante avaliar as ações do paciente ou cuidador para prevenir, eliminar ou reduzir infecção na UP.

O RE *Sobrecarga de líquido severa* foi validado pelo grupo. Segundo eles “*a sobrecarga de líquidos pode aumentar o peso e diminuir a mobilidade do paciente o que pode causar UP*”.

O RE *Resposta alérgica: localizada* definido como “*Gravidade da resposta imunológica localizada hipersensível a um determinado antígeno ambiental*”⁽⁸⁾ e o RE *Termorregulação* definido como “*Equilíbrio entre a produção, o aumento e a perda de calor*”⁽⁸⁾ foram descartados pelos enfermeiros porque segundo eles não tem relação direta com UP.

O RE *Hidratação* definido como “*Água adequada nos compartimentos intracelulares e extracelulares do organismo*”⁽⁸⁾ foi descartado pelo grupo porque é contemplado como indicador do RE *Estado nutricional*.

O RE *Função sensorial: cutânea* não foi recomendado. A definição deste RE é “*O quanto a estimulação da pele é sentida de forma correta*”⁽⁸⁾. O grupo considerou que “*embora o quanto a estimulação da pele é sentida de forma correta faz com que o paciente alivie os pontos de pressão ou peça para que alguém o faça, o indicador Sensibilidade do RE Integridade tissular: pele e mucosas foi validado, e pode avaliar esse tema*”.

Da mesma forma, o RE *Perfusão tissular: periférica* definido como “*Adequação do fluxo de sangue através dos pequenos vasos das extremidades para manter a função dos tecidos*”⁽⁸⁾ não foi validado porque já foi recomendado como indicador em outros RE. Além disso, os enfermeiros consideraram os indicadores pouco relevantes para UP e mais direcionados para lesões arteriais e venosas.

O RE *Conhecimento: controle de infecção* definido como “*Alcance da compreensão transmitida sobre infecção, seu tratamento e a prevenção de complicações*”⁽⁸⁾ não foi recomendado pelo grupo. Os enfermeiros consideraram os indicadores muito científicos para o paciente ou o cuidador. Além disso, também concordaram que o RE validado *Controle de riscos: processo infeccioso* já engloba a mesma temática.

O RE *Gravidade da infecção* definido como “*Gravidade de infecção e sintomas associados*”⁽⁸⁾ não foi validado embora o grupo o achasse importante. Os enfermeiros consideraram que os principais indicadores deste RE já foram validados em outros RE.

5.4 Dissolução e desfecho do grupo focal e contribuições dos debates para a prática assistencial

No último dia de grupo focal, com o intuito de realizar a dissolução do grupo, foi realizada uma confraternização com café da manhã e sorteio de um passaporte de cinema. Além disso, para encaminhar o desfecho do grupo, o observador perguntou aos participantes acerca das contribuições dos debates do grupo focal para a prática assistencial.

Em relação à contribuição dos debates o grupo achou o tema relevante e atual. Foi dito que: “*Aliar um tema como a UP que demanda da equipe de enfermagem não só muito trabalho assistencial, como também de estudo e pesquisa, a um tema como o PE e uma classificação que avalia resultados do paciente frente a nossa assistência é muito interessante. Isso demonstra a importância do tema que nós discutimos nos dois grupos de pele aqui presente. A participação neste grupo possibilitou “conectar” saberes. Também foi assinalado:” Não foi uma simples troca de saberes, foi uma construção de saber em conjunto. Voltamos para a prática com um ciclo de raciocínio que vai e volta, falo do PE com os diagnósticos, intervenções e resultados. Este raciocínio na avaliação da UP é muito bom, sempre parávamos nas intervenções”*. No encerramento das discussões foi mencionado: “*É relevante a possibilidade de aplicar as escalas da NOC na prática, o que possibilitará avaliar se as intervenções e nosso plano de cuidados estão sendo efetivos*”.

Em suma, o grupo achou que os debates contribuiriam para a melhoria da assistência do paciente com UP, uma vez que o grupo construiu um novo saber no que tange ao conhecimento de UP, PE e a classificação NOC.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nove enfermeiros com experiência clínica em cuidados da pele participaram de três encontros de grupo focal e validaram com consenso de 100% nove RE da NOC e 75 indicadores ligados ao DE *Integridade Tissular Prejudicada* em adultos com UP.

Os enfermeiros participantes da pesquisa mostraram-se qualificados, aliando além de experiência assistencial, conhecimento teórico e prático no cuidado com UP e empenho acadêmico. Confirma-se esta afirmação uma vez que cinco enfermeiros (56%) tinham 20 anos ou mais de tempo de experiência profissional, e apenas um (11%) tinha entre cinco e nove anos. Destaca-se que nenhum enfermeiro possuía menos de cinco anos de experiência. Quanto ao tempo de prática clínica no cuidado com a pele, especificamente UP, seis enfermeiros (66%) tinham 12 anos ou mais, e apenas um (11%) tinha entre dois e seis anos. Em relação à titulação é possível perceber o empenho acadêmico, uma vez que cinco enfermeiros (56%) tinham especialização, sendo um especialista em dermatologia e outro em estomaterapia, além de dois enfermeiros (22%) com mestrado. Somente dois enfermeiros (22%) possuíam a graduação como maior grau obtido.

Quanto à produção científica sobre PE destaca-se que cinco enfermeiros (56%) possuíam algum tipo de produção (artigo ou capítulo de livro). Quanto à produção científica acerca do cuidado com a pele, salienta-se que quatro enfermeiros (44%) já publicaram manual e capítulo de livro, e três (33%) tinham artigo publicado. Três enfermeiros (33%) não possuíam qualquer tipo de produção acerca do cuidado com a pele.

O tempo de experiência profissional, bem como de prática clínica e de estudo no cuidado com a pele e UP, capacitam estes enfermeiros a avaliarem os RE relevantes para o DE proposto. As habilidades dos profissionais de enfermagem relativas à observação e memória, conhecimento científico disponível e experiência profissional os tornam capazes de tomar decisões em relação a quais indicadores serão monitorados diretamente pelos enfermeiros⁽⁷⁷⁾.

Embora nove RE tenham sido validados com consenso de 100%, os enfermeiros consideraram *Cicatrização de feridas: segunda intenção* como o mais relevante neste contexto, uma vez que a cicatrização de UP naturalmente ocorre através da cicatrização por segunda intenção^(53, 66). Neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização, ficando visível o

tecido de granulação⁽⁷⁸⁾. Os 14 indicadores deste RE que foram validados avaliam a cicatrização por segunda intenção quanto ao tecido de granulação, formação de cicatriz, tamanho reduzido da ferida, drenagem sanguínea e serosa, necrose, pele macerada e pele com bolhas^(53, 66, 78); além de avaliar presença de infecção como: eritema, edema, drenagem purulenta, formação de trato sinusal e odor desagradável⁽⁷⁹⁾.

O RE *Cicatrização de feridas: primeira intenção* foi validado pelos enfermeiros para avaliação de UP com reparo cirúrgico de reconstrução com retalhos cutâneos e musculocutâneos. O tempo de cicatrização de uma UP com grande cavidade (grau III e IV) pode ser consideravelmente reduzido pela cirurgia plástica. A primeira etapa da reconstrução é o desbridamento seguido do uso de enxerto e fechamento primário^(53, 80). Desta forma, os retalhos cutâneos e musculocutâneos proporcionam uma boa opção para reconstrução de UP, com seqüela aceitável na área doadora e alta taxa de satisfação⁽⁸⁰⁾. Os indicadores deste RE validados pelos enfermeiros foram adequados uma vez que abordam a cicatrização por primeira intenção e avaliação da presença ou não de sinal flogístico. A literatura aponta que a cicatrização por primeira intenção ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível⁽⁷⁸⁾.

O RE *Integridade tissular: pele e mucosas* foi validado para avaliar por meio dos indicadores a integridade estrutural e função fisiológica da pele que podem acarretar ou piorar a UP. Os indicadores validados foram: *Temperatura da pele, Sensibilidade, Elasticidade, Hidratação, Transpiração, Textura, Espessura, Perfusão tissular, Integridade da pele, Lesões de pele, Tecido cicatricial, Descamação da pele, Eritema e Necrose*^(52, 53, 66, 78).

Alguns RE e indicadores recomendados pelos enfermeiros são citados na literatura como fatores intrínsecos ou extrínsecos, que combinados podem desenvolver ou agravar a UP: *Estado nutricional, Autocuidado: higiene, Consequências da imobilidade: fisiológicas e Sobrecarga de líquidos severa*^(52, 53, 66, 78, 80).

O estado nutricional reduzido prejudica a elasticidade da pele, e cronicamente, leva a anemia e à redução de oxigênio nos tecidos. A desnutrição tem sido considerada como fator de risco para o desenvolvimento de UP⁽⁵³⁾. Uma deficiência nutricional pode dificultar a cicatrização, pois deprime o sistema imune e diminui a qualidade e a síntese de tecido de reparação. As carências de proteínas e de vitamina C são as mais importantes, pois afetam diretamente a síntese de colágeno. Todavia, outras vitaminas também interferem, como a vitamina A, que contrabalança os efeitos dos corticoides inibindo a contração da ferida e a proliferação de fibroblastos. A vitamina B aumenta o número de fibroblastos e a vitamina D,

por sua vez, facilita a absorção de cálcio, além da E que é um cofator na síntese do colágeno, melhora a resistência da cicatriz e destrói radicais livres. O zinco é um cofator de mais de 200 metaloenzimas envolvidas no crescimento celular e na síntese proteica, sendo, portanto, indispensável para a reparação dos tecidos⁽⁷⁸⁾.

Os indicadores validados do *RE Estado nutricional* incluem a *Ingestão de nutrientes, alimentos e líquidos* além de *Hidratação* e *Proporção peso/altura* confirmando a importância da informação acima. Importante ressaltar que a nutrição é uma subescala de avaliação da Escala de Braden. Esta subescala avalia o padrão usual de consumo alimentar por meio do controle da ingestão diária da refeição oferecida, salientando a quantidade de proteínas, ingestão de líquidos, necessidade e aceitação de suplementos alimentares e utilização de alimentação por sonda ou nutrição parenteral total^(42, 53, 63, 66).

Outro fator que pode desenvolver ou agravar a UP é a higiene inadequada. A superfície da pele úmida de urina, fezes ou suor, é um fator extrínseco que pode exacerbar os fatores intrínsecos⁽⁵³⁾. O contato prolongado com a umidade produz a maceração da pele. Esta reage às substâncias cáusticas nas excreções ou drenagem e apresenta-se irritada. A pele úmida e irritada é mais vulnerável à ruptura por pressão⁽⁸¹⁾. A umidade também é uma subescala de avaliação da Escala de Braden. Esta subescala mede o grau em que a pele está exposta a umidade^(42, 53, 63, 66). Os indicadores validados para o *RE Autocuidado: higiene* avaliam justamente a *Limpeza da área do períneo* e a *Manutenção de uma boa higiene* corroborando com o exposto acima.

Pacientes imobilizados no leito não conseguem reagir ao desconforto ocasionado pelo excesso de pressão nas regiões de proeminências ósseas e, portanto, têm maior dependência para se movimentarem. Esses pacientes precisam de assistência da enfermagem para aliviar a pressão nos tecidos. A pressão excessiva contribui para o desenvolvimento da UP, por induzir à isquemia e à necrose dos tecidos⁽⁸²⁾. Desta forma, a imobilidade ou restrições de movimento podem aumentar a pressão, cisalhamento e fricção que são os três principais fatores extrínsecos que isolados ou combinados podem ocasionar ou agravar a UP⁽⁵³⁾.

Destaca-se que a mobilidade e atividade são subescalas da Escala de Braden. Estas subescalas são usadas para avaliar a frequência e duração da atividade ou troca de posição. Mobilidade é a habilidade para aliviar pressão, por meio dos movimentos do paciente no leito, enquanto atividade mede a frequência dos movimentos fora do leito^(42, 53, 63, 66). Os indicadores recomendados pelos enfermeiros para avaliar o *RE Consequências da imobilidade: fisiológicas* compreendem *Ferida decorrente de pressão, Fratura óssea, Trombose venosa,*

Força muscular, Tônus muscular e Movimentos das articulações. Nota-se que os indicadores validados ocasionam ou são resultado da mobilidade física prejudicada do paciente^(52, 81).

Conhecimento: regime de tratamento foi outro RE validado pelos enfermeiros. Isto demonstra que eles compreendem a importância e valorizam a educação dos pacientes e/ou cuidadores sobre a prevenção e/ou tratamento da UP. A literatura aponta resultados benéficos de programas de educação acerca da UP com redução da prevalência e incidência desta⁽⁵³⁾.

O RE *Controle de riscos: processo infeccioso* foi validado pelos enfermeiros demonstrando a relevância do controle e prevenção de infecção. A prevenção e o controle de infecção requerem medidas técnicas e comportamentais, refletindo na qualidade à saúde, e consequentemente redução de esforços, problemas, complicações e recursos⁽⁸³⁾.

O RE *Sobrecarga de líquidos severa* foi recomendado pelos enfermeiros. Pacientes muito edemaciados tem seu peso corporal aumentado e não tem “coxins” sobre as saliências ósseas e, portanto, estão menos protegidos contra a pressão. Além disso, é difícil movimentar estes pacientes. A menos que se tome muito cuidado, eles podem ser arrastados na cama em vez de levantados⁽⁵³⁾. Observa-se que a fricção e cisalhamento são subescalas da Escala de Braden. Esta subescala avalia a habilidade do paciente em se movimentar ou ser auxiliado nas movimentações, deixando a pele livre do contato com a superfície da cama ou da cadeira durante as movimentações^(42, 53, 63, 66).

Alguns RE, embora apontados pela literatura como importantes para o tema em questão, não foram recomendados, uma vez que estão incluídos como indicadores em outros RE, considerados pelos enfermeiros como mais relevantes ou mais amplos para avaliar pacientes com UP, tais como: *Hidratação* e *Perfusão tissular: periférica*.

A água é o mais importante nutriente; correspondente acerca de 55% do peso corporal e compõe todas as atividades celulares e funções fisiológicas⁽⁸²⁾. Ressalta-se que o indicador *Hidratação* foi validado no RE *Integridade tissular: pele e mucosas* e no RE *Estado nutricional*.

A oxigenação e perfusão tissular são condições essenciais para a manutenção da integridade e sucesso na reparação tissular^(53, 82). Além disso, qualquer condição que reduza a circulação e a nutrição da pele e dos tecidos subcutâneos (perfusão alterada dos tecidos periféricos) aumenta o risco de desenvolvimento ou agravamento da UP⁽⁸¹⁾. Destaca-se que o indicador *Perfusão tissular* foi validado no RE *Integridade tissular: pele e mucosas*.

A literatura demonstra que a percepção sensorial prejudicada, ou seja, a capacidade de sentir de forma correta a estimulação da pele (pressão e dor) é um fator de risco para o desenvolvimento ou piora da UP^(53, 84). Porém, os enfermeiros não validaram este RE porque

consideraram que o tema já foi abordado no indicador *Sensibilidade* do RE *Integridade tissular: pele e mucosas*. A percepção sensorial é uma subescala da Escala de Braden. Esta subescala mede a capacidade de sentir, e conseqüentemente, de aliviar o desconforto. A sensação de pressão ou desconforto faz com que a pessoa mude de posição ou solicite auxílio para fazer pequenas ou grandes mudanças de seu corpo^(42, 53, 63, 66).

Os RE *Conhecimento: controle de infecção* e *Gravidade da infecção*, embora relevantes, não foram validados porque a temática foi abordada no RE *Controle de riscos: processo infeccioso* e em indicadores validados em outros RE: *Drenagem purulenta, Eritema na pele ao redor do ferimento, Eritema, Edema em torno do ferimento, Temperatura aumentada da pele, Odor desagradável e Formação do trato sinusal*.

Os RE *Resposta alérgica: localizada* e *Termorregulação* não foram validados pelos enfermeiros e a literatura utilizada neste estudo não aponta relação direta destes RE com a avaliação da UP em adultos.

Uma pesquisa validou as intervenções da NIC para o DE *Risco de Integridade da Pele Prejudicada*, em pacientes em risco de UP. Os dados foram coletados em instrumento contendo uma tabela com as intervenções e a definição de cada uma delas, bem como uma escala *Likert* que foi pontuada por 16 enfermeiras *experts*. Os dados foram analisados estatisticamente, utilizando-se cálculo de média ponderada (MP). Validaram-se nove intervenções como prioritárias (MP $\geq 0,80$); 22 como sugeridas (MP $> 0,50$ e $< 0,80$) e 20 foram descartadas (MP $\leq 0,50$). As intervenções prioritárias foram: *prevenção de UP, controle de pressão, supervisão da pele, banho, cuidado com a pele: tratamento tópicos, monitoração de sinais vitais, cuidados na incontinência urinária, posicionamento e terapia nutricional*. Entre as intervenções sugeridas estão: *imobilização, cuidados com o períneo, cuidados na incontinência intestinal, proteção contra infecção e controle de infecção*⁽⁸⁵⁾.

Ligações entre as intervenções validadas no estudo citado anteriormente⁽⁸⁵⁾ e os RE validados no presente estudo podem ser realizadas. Observam-se semelhanças entre as intervenções e os RE a seguir: *prevenção de UP, supervisão da pele e cuidado com a pele: tratamentos tópicos* e o RE *Integridade tissular: pele e mucosas; controle de pressão, posicionamento e imobilização* com o RE *Consequências da imobilidade: fisiológicas; banho, cuidados na incontinência urinária e intestinal e cuidados com o períneo* com o RE *Autocuidado: higiene; terapia nutricional* e o RE *Estado nutricional; proteção contra infecção e controle de infecção* com o RE *Controle de riscos: processo infeccioso*.

Desta maneira, os achados deste estudo contribuem para a evolução do conhecimento acerca dos RE e indicadores a serem utilizados na avaliação do adulto que apresenta UP,

decorrentes das intervenções de enfermagem, e com o emprego de uma terminologia padronizada.

Nesta pesquisa foram analisados 16 RE da NOC, destes 56,25% (nove) foram validados. Enquanto 24,04% dos indicadores (75) foram validados de um total de 312. Nota-se que embora o número de RE validados tenha sido grande o número de indicadores validados foi percentualmente menor. Desta forma, salienta-se a recomendação da NOC para que sejam escolhidos somente os resultados e indicadores realmente relevantes no contexto assistencial onde serão empregados⁽⁸⁾. Com um número pequeno de indicadores validados almeja-se proporcionar maior consistência, solidez e aplicabilidade ao conjunto de RE e indicadores da NOC.

7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O objetivo da pesquisa, de validação dos resultados de enfermagem da NOC e de seus indicadores ligados ao DE *Integridade tissular prejudicada* em adultos com UP, foi alcançado por consenso de 100% entre enfermeiros com experiência na prática clínica. A partir de discussões em grupo focal, que possibilitaram o aprofundamento da temática estudada, os enfermeiros validaram nove RE (56,25%) estudados, propostos pela NOC para o DE *Integridade Tissular Prejudicada*, que são: *Cicatrização de feridas: primeira intenção*, *Cicatrização de feridas: segunda intenção*, *Integridade tissular: pele e mucosas*, *Estado nutricional*, *Autocuidado: higiene*, *Consequências da imobilidade: fisiológicas*, *Conhecimento: regime do tratamento*, *Controle de riscos: processo infeccioso* e *Sobrecarga de líquidos severa*. Para estes RE foram validados 75 indicadores, considerando-os aplicáveis na avaliação de UP em adultos.

Os RE da NOC validados neste estudo podem, ao serem usados na prática, identificar a efetividade, o impacto e a qualidade das intervenções, possibilitando manter ou alterar o plano de cuidados do paciente adulto com UP. Desta forma, a utilização da NOC, aliada às intervenções de enfermagem, pode favorecer a redução do tempo de recuperação da integridade da pele e/ou reabilitação, reduzindo o tempo de internação e tratamento, diminuindo custos à instituição e amenizando o sofrimento do paciente e família.

A NOC encontra-se em contínuo avanço e refinamento. Os resultados da dissertação demonstram a importância da validação por consenso dos RE e indicadores da NOC para subsidiar o conhecimento e a qualificação desta classificação. A NOC é ampla e abrange diversas especialidades de cuidado. Por isto, evidencia-se a relevância de desenvolver estudos de validação para focalizar uma população específica. Neste estudo, o foco foi a avaliação de adultos com UP por meio de RE e indicadores da NOC ligados ao DE *Integridade Tissular Prejudicada*.

Como fator limitante do estudo atribui-se o fato de o método da validação por consenso nesta área ser relativamente novo e ter poucas publicações para poder fazer associações com os resultados desta pesquisa. Do mesmo modo, foi também uma limitação o fato de a NOC ainda não ser utilizada na prática clínica. Ao mesmo tempo, o DE é aplicado pelos enfermeiros de apenas uma das instituições incluídas no estudo. Desta forma, a investigação poderia ter abrangido um número maior de instituições.

Por outro lado, destaca-se positivamente a utilização de grupo focal na coleta de dados. Esta técnica possibilitou a interação entre enfermeiros com experiência clínica na prevenção e tratamento de UP, que debateram opiniões convergentes e divergentes e trocaram conhecimentos científicos atualizados, favorecendo a escolha dos RE a partir de um olhar crítico e reflexivo.

Assim, buscou-se aprofundar o conhecimento sobre a NOC e obter subsídios para discussão de formas de qualificação do cuidado a indivíduos com UP. Desta maneira, espera-se contribuir com os achados para futuras implantações da NOC, podendo-se avaliar os resultados dos pacientes em relação às intervenções desenvolvidas.

A utilização das taxonomias na prática clínica contribui para o aprimoramento da assistência de enfermagem qualificando e fortalecendo a enfermagem. Enquanto, as pesquisas que buscam o desenvolvimento das taxonomias auxiliam na construção de uma enfermagem baseada nas melhores práticas.

Desta forma, a partir da análise dos dados da pesquisa, conclui-se que o uso da NOC, embora incipiente, consiste em uma alternativa viável para avaliar e identificar as melhores práticas de cuidado de enfermagem.

Assim, as implicações desta pesquisa estão voltadas à prática assistencial da enfermagem, uma vez que foram validados RE e indicadores para avaliar adultos com UP. Além disso, também traz implicações para o ensino e pesquisa, uma vez que o estudo aproxima a teoria da prática e pode servir de modelo para o desenvolvimento de pesquisas semelhantes com outras populações.

Também, recomenda-se realizar a validação clínica dos RE e indicadores validados neste estudo para a mesma população a fim de restringir o número de RE e indicadores que poderão ser implementados na prática assistencial, além de aumentar a acurácia nas avaliações.

REFERÊNCIAS

- 1 Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem: há acordo sobre o conceito?. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009;11(2):233. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a01.htm>.
- 2 Truppel TC, Meier MJ, Calixto RC, Peruzzo SA, Crozeta K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Rev bras enferm [Internet]. 2009 [acesso em 20 jan 2010];62(2):221-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200008&lng=en. doi: 10.1590/S0034-71672009000200008.
- 3 Rocha LA, Silva LF. Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009;11(3):484-93. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a04.htm>.
- 4 Trigueiro EV, Lima MC, Araújo RTM, Nóbrega MML, Garcia TR. Definições teóricas de termos atribuídos a fenômenos de enfermagem identificados em prontuários clínicos de um hospital escola. Online Braz J Nurs [Internet]. 2007 [acesso em 30 dez 2009];6(0).
- 5 Flaganan J, Jones DA. Nursing language in a time of change: capturing the focus of the discipline. Int J Nurs Terminol Classif. 2007;18(1):1-2.
- 6 Nóbrega MML, Garcia TR, Chianca TCM, Almeida MA. Estrutura da CIPE, da NANDA, e da NOC. In: Garcia TR, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 157-71.
- 7 Macnee CL, Edwards J, Kaplan A, Reed S, Bradford S, Walls J, et al. Evaluation of NOC standardized outcome of “health seeking behavior” in nurse-managed clinics. J Nurs Care Qual. 2006;21(3):242-7.
- 8 Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC). 4. ed. St. Louis: Mosby; 2008.
- 9 North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 1999-2000. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
- 10 Benedet SA, Bub MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia; 2001.
- 11 NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.

- 12 Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MC. Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no hospital de clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- 13 Menegon DB, Bercini RR, Brambila MI, Scola ML, Jansen MM, Tanaka RY. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev HCPA. Porto Alegre 2007;27(2):61-4.
- 14 Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida M A, Dias VLM, Friedrich MA. Clinical profile and nursing diagnosis of patients at risk of pressure ulcers. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 [acesso em 02 abr 2012];19(3):523-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300011>.
- 15 Seganfredo DH, Canto DF, Menna Barreto LN, Lucena AF, Almeida MA. Outcomes validation according to the Nursing Outcomes Classification - NOC in nursing surgical, clinical and at intensive care practice in a university hospital. In: International Congress AENTDE/NANDA-I; Madrid, Espanha. Madrid 2010.
- 16 Fontes CMB, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. Rev Esc Enferm USP. São Paulo 2007;41(3):395-402.
- 17 Paganin A, Menegat P, Klafke T, Lazzarotto A, Fachinelli TS, Chaves I et al . Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre 2010;31(2):307-13.
- 18 Rodrigues MM, Souza MS, Silva JL. Sistematização da Assistência de Enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão. Cogitare Enferm. 2008;13(4):566-75.
- 19 National Pressure Ulcer Advisory Panel. Acesso em 08 jun 2010. Disponível em: <http://www.npuap.org> .
- 20 Silva RCL, Figueiredo MMA, Meireles IB. Feridas: fundamentos e atualizações em Enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis; 2007.
- 21 Lima ACB, Guerra DM. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(1):267-77.
- 22 Pini LRQ. Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; 2012.
- 23 Duque H, Menoita E, Simões A, Nunes A, Mendanha M, Matias A, et al. Manual de boas práticas - úlceras de pressão: uma abordagem estratégica. Coimbra: Formasau; 2009.
- 24 Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, Defloor T, Nixon J. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. J Am Soc Geriatr. 2009;57(7):1175-83.

- 25 Ferreira P, Miguéns C, Gouveia J, Furtado K. Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da Escala de Braden. Coimbra: Lusociência; 2007.
- 26 Garbin LM, Rodrigues CC, Rossi LA, Carvalho EC. Classificação de resultados de enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre 2009;30(3):508-15.
- 27 Almeida MA, Seganfredo DH, Canto DF, Menna Barreto LN. Aplicabilidade da classificação dos resultados de enfermagem em pacientes com déficit no autocuidado: banho/higiene. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre 2010;31(1):33-40.
- 28 Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnosis. Heart & Lung. 1987;16(6 Pt 1):625-9.
- 29 Silva PO. Validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem fadiga no paciente oncológico [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- 30 Bavaresco T. Validação de intervenções de enfermagem para o diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada para pacientes em risco de úlcera por pressão [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
- 31 Seganfredo DH, Almeida MA. Nursing outcomes content validation according to Nursing Outcomes Classification (NOC) for clinical, surgical and critical patients. Rev Lat-Am Enfermagem. 2011;19(1):34-41.
- 32 Minthorn C, Lunney M, RN. Participant action research with bedside nurses to identify NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification categories for hospitalized persons with diabetes. Applied Nurs Res. 2010.
- 33 Lunney M, McGuire M, Endozo N, McIntosh-Waddy D. Consensus-validation study identifies relevant nursing diagnoses, nursing interventions, and health outcomes for people with traumatic brain injuries. Rehabil Nurs. 2010;35(4):161-6.
- 34 Carlson J. Professional nursing latent tuberculosis infection standards of practice development using NANDA, NIC, and NOC. [Abstract]. Int J Nurs Knowl. 2006;17(1):61.
- 35 Carlson J. Total consensus validation process: a standardized research method to identify and link relevant NNN terms for professional practice. In: NANDA, NIC, and NOC conference. Philadelphia, USA. Philadelphia; 2006.
- 36 Carlson J. Consensus Validation Process: A standardized research method to identify and link the relevant NANDA, NIC, and NOC terms for local populations [Abstract]. Int J Nurs Knowl. 2006;17(1)23-4.
- 37 Minthorn C. Meeting Magnet criteria with studies of NANDA, NIC e NOC. [Abstract]. Int J Nurs Knowl. 2006;17(1)46-7.

- 38 Westmoreland D, Wesorick B, Hanson D, Wyngarden K. Consensual validation of clinical practice model practice guidelines. *J Nurse Care Qual.* 2000;14(4):16-27.
- 39 Azzolin KO. Efetividade da implementação das intervenções de enfermagem nos resultados esperados de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidados domiciliar [tese]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- 40 Azzolin K, Souza EN, Ruscel KB, Mussi CM, Lucena AF, Rabelo ER. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. *Rev Gaúcha Enferm.* Porto Alegre 2012;33(4):56-63.
- 41 Almeida MA, Seganfredo DH, Unicovsky MR. Validação de indicadores da classificação dos resultados de enfermagem para pacientes com problemas ortopédicos *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(4):1059-64.
- 42 Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP.* 1999; 33(nesp):191-206.
- 43 Silva ERR da, Lucena AF. Diagnósticos de Enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 44 Lima CLH, Silva KL, Furtado LG, Nóbrega MML, Negreiros RV. Sistema de classificação de diagnóstico de enfermagem da NANDA: evolução histórica e estrutural. In: Nóbrega MML, Silva KL, organizadores. *Fundamentos de cuidar em enfermagem.* João Pessoa: Imprima; 2007. p. 163-194.
- 45 Cruz DALM. Processo de enfermagem e classificações. In: Gaidzinski RR, Soares AVN, Costa Lima AF, Gutierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB, et al. *Diagnóstico de enfermagem na prática clínica.* Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 25-37.
- 46 NANDA International. *Nursing diagnoses: definitions and classifications 2012-2014.* Ames: Wiley Blackwell; 2012.
- 47 Ribeiro MAS, Lages JSS, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem relacionados à pele: definições operacionais. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012;20(5):863-72.
- 48 Alves AR, Belaz K, Rodrigues RM, Ribeiro SMT, Kato TTM, Neuma V. J. Medina. A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2008;26(4):397-402.
- 49 Costa FMF, Costa AHP. Assistência ao cliente portador de úlcera de pressão. *Rev. Meio Amb. Saúde.* 2007;2(1):22-32.
- 50 Carvalho EC, Kusumota L. Processo de enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(Especial-Nefrologia):554-7.

- 51 Silverthorn DU. *Fisiologia humana: uma abordagem integrada*. 2. ed. São Paulo: Manole; 2003.
- 52 Smeltzer SC, Bare BG. Histórico da função tegumentar. In: Smeltzer SC, Bare BG, Cruz ICF, Cabral IE, Lisboa MTL, et al. editores. *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.1733-8.
- 53 Dealey C. *Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras*. 3. ed. São Paulo: Atheneu Editora; 2008.
- 54 Louro M, Ferreira M, Povia P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras por pressão. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(3):337-41.
- 55 Fernandes NCS, Torres GV. Incidência e fatores de risco de úlceras por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Cienc Cuid Saúde*. 2008;7(3):304-10.
- 56 Rogenski NMB, Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(2):333-9.
- 57 Costa MP, Sturtz G, Costa FPP, Ferreira MC, Filho TEPB. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. *Acta Ortop Bras*. 2005;13(3):124-133.
- 58 Rogenski NMB, Santos VLGG. Estudo sobre incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(4):474-80.
- 59 Lise F, Silva LC. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. *Acta Sci Health Sci*. 2007;298(2):85-9.
- 60 Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostas por enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(11):223-8.
- 61 Paiva LC. *Úlcera de pressão em pacientes internados em um hospital universitário em Natal/RN: condições predisponentes e fatores de risco [dissertação]*. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.
- 62 Magnan MA, Maklebust J. Braden Scale risk assessments and pressure ulcer prevention planning: what's the connection?. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;36(6):622-34.
- 63 Machado SP, Castilho SR, Guitton B. Avaliação pelo enfermeiro do emprego de escalas para identificação do risco de úlcera de decúbito em pacientes de terapia intensiva. In: XII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva. São Paulo, Brasil. São Paulo: Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2006. p.225-6.
- 64 European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). *Nutritional guidelines for pressure ulcer prevention and treatment*. Oxford, EPUAP; 2003.

- 65 National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). [Internet]. [2011] [acesso em 10 out 2011]. Disponível em: [http:// www.npuap.org](http://www.npuap.org) .
- 66 Prazeres S. Tratamento de pele e feridas: teoria e prática. Porto Alegre: Moriá; 2009.
- 67 Dall´Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 1999;20(1):5-25.
- 68 Barbour R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- 69 Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília, DF; Liber Livro; 2005.
- 70 Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.
- 71 Head BJ, Aquilino ML, Johnson M, Reed D, Maas M, Moorhead S. Content validity and nursing sensitive of community-level outcomes from the Nursing Outcomes Classification (NOC). *J Nurs Scholarsh.* 2004;36(3):251-9.
- 72 Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2001.
- 73 Debus M. Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales. Washington: Academy for Education Development; 1997.
- 74 Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):779-86.
- 75 Moorhead S, Head B, Johnson M, Maas M. The Nursing Outcomes Taxonomy: development and coding. *J Nurs Care Qual.* 1998,12(6):56-63.
- 76 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
- 77 Carvalho EC, Jesus CA, Bachion MM. Raciocínio clínico e estabelecimento dos diagnósticos, dos resultados e das intervenções de enfermagem. In: Garcia TR, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 135-42.
- 78 Tazima MFSG, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2008;41(3):259-64.
- 79 Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1997.

- 80 Filho MVOS, Cardoso DP, Girão RA. Tratamento cirúrgico das úlceras de pressão com retalhos cutâneos e musculocutâneos: experiência de três anos no Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara. *Rev Bras Cir Plást.* 274. 2009;24(3):274-80.
- 81 Smeltzer SC, Bare BG. Princípios e práticas de reabilitação. In: Brunner e Suddarth, editores. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.1733-8.
- 82 Santos JB, Porto SG, Suzuki LM, Sostizzo LRZ, Antoniazzi JL, Echer IC. Avaliação e tratamento de feridas: orientações aos profissionais de saúde. Porto Alegre: Assessoria de Comunicação Social HCPA; 2011.
- 83 Barreto RASS, Rocha LO, Souza ACS, Tipple AFV, Suzuki K, Bisinoto AS. Higienização das mãos: a adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica. *Rev Eletr Enf.* 2009;11(2):334-40.
- 84 Studart RMB. A escala de Waterlow na úlcera por pressão em pessoas com lesão medular: uma tecnologia assistencial de enfermagem [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2009.
- 85 Bavaresco T, Lucena AF. Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012;20(6):1109-16.

APÊNDICE A – INSTRUMENTOS DOS ENFERMEIROS

**RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA EM INDIVÍDUOS
COM ÚLCERA POR PRESSÃO – VALIDAÇÃO POR CONSENSO**

Diagnóstico: Integridade tissular prejudicada

Definição: “Dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos”

RESULTADO DE ENFERMAGEM: <u>CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: PRIMEIRA INTENÇÃO</u> (1102) <i>Definição: “Alcance de regeneração de células e tecidos após fechamento intencional”.</i>			
Recomendo este resultado ()	Não recomendo este resultado ()	Observações:	
INDICADORES	Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador	Observações
(110201) APROXIMAÇÃO DA PELE <i>Definição conceitual:</i> Movimento pelo qual a distância dos bordos de uma lesão superficial na pele diminui.			
(110213) APROXIMAÇÃO DAS BORDAS DO FERIMENTO <i>Definição conceitual:</i> Movimento pelo qual a distância entre as bordas do ferimento diminui.			
(110214) FORMAÇÃO DE CICATRIZ <i>Definição conceitual:</i> Formação de tecido fibroso, de neoformação, que tem a função de substituir uma perda de substância ⁽¹⁾ .			

<p>(110202) DRENAGEM PURULENTA <i>Definição conceitual:</i> Líquido que contém pus (líquido de coloração turva, espesso, que se forma no decurso de uma infecção. Microscopicamente essa secreção apresenta proporções variáveis de leucócitos polinucleares e monócitos mais ou menos alterados, assim como a presença de células descamadas e, com maior frequência, micro-organismos)⁽¹⁾.</p>			
<p>(110203) DRENAGEM SEROSA <i>Definição conceitual:</i> Líquido seroso que se assemelha ao soro do sangue, contido normalmente nas cavidades serosas (torácica, abdominal, peritônio, pleura e pericárdio)⁽¹⁾.</p>			
<p>(110204) DRENAGEM SANGUÍNEA <i>Definição conceitual:</i> Líquido que corre pelas veias e artérias, constituído de plasma, glóbulos brancos e vermelhos, importante para a nutrição, purificação e funcionamento do organismo⁽¹⁾.</p>			
<p>(110205) DRENAGEM SEROSSANGUINOLENTA <i>Definição conceitual:</i> Líquido que contém uma mistura de sangue e serosidade⁽¹⁾.</p>			
<p>(110206) DRENAGEM SANGUÍNEA DE DRENO <i>Definição conceitual:</i> Líquido, que corre pelas veias e artérias, constituído de plasma, glóbulos brancos e vermelhos, alocado em tubo (dreno) colocado em feridas operatórias ou cavidades, pra drenagem de hematomas ou outros líquidos orgânicos⁽¹⁾.</p>			
<p>(110207) DRENAGEM SEROSSANGUINOLENTA PELO DRENO <i>Definição conceitual:</i> Líquido que contém uma mistura de sangue e serosidade alocado em tubo (dreno) colocado em feridas operatórias ou cavidades, pra drenagem de hematomas ou outros líquidos orgânicos⁽¹⁾.</p>			
<p>(110208) ERITEMA NA PELE AO REDOR DA FERIDA <i>Definição conceitual:</i> Estado em que a pele ao redor da ferida encontra-se com coloração avermelhada, devido à dilatação vascular. Quando a área do eritema é pressionada, ela branqueia e desaparece; quando cessa a pressão, esta volta a coloração avermelhada⁽²⁾.</p>			

(110215) CONTUSÃO NA PELE AO REDOR DA FERIDA <i>Definição conceitual:</i> Lesão ao redor da ferida com descoloração da pele (mancha escura ou azulada em decorrência de infiltração de sangue no tecido subcutâneo) ⁽¹⁾ .			
(110209) EDEMA EM TORNO DO FERIMENTO <i>Definição conceitual:</i> Excesso de líquido no tecido subcutâneo ao redor do ferimento ⁽¹⁾ .			
(110210) TEMPERATURA AUMENTADA DA PELE <i>Definição conceitual:</i> Intensidade de calor aumentada da pele ⁽¹⁾ .			
(110211) ODOR DESAGRADÁVEL DA FERIDA <i>Definição conceitual:</i> Odor fétido da ferida ⁽¹⁾ .			

Referências Bibliográficas:

1. Silva CRL, Silva, RCL, Viana DL. Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. 6ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.
2. Silva ERR, Lucena AF. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. 1ª Ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2011.

RESULTADO DE ENFERMAGEM: CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: SEGUNDA INTENÇÃO (1103) <i>Definição: “Alcance de regeneração de células e tecidos em ferimento aberto”.</i>				
Recomendo este resultado ()	Não recomendo este resultado ()	Observações:		
INDICADORES		Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador	Observações
(110301) Granulação <i>Definição conceitual:</i> Ato de formação de tecido granuloso que consiste de leito capilar, fibroblasto, macrófagos e rede de colágeno, fibronectina e ácido hialurônico ⁽¹⁾ . Clinicamente apresenta-se com aspecto granuloso e avermelhado ⁽²⁾ .				
(110320) Formação de cicatriz <i>Definição conceitual:</i> Formação de tecido fibroso, de neoformação, que tem a função de substituir uma perda de substância ⁽³⁾ .				
(110321) Tamanho reduzido da ferida <i>Definição conceitual:</i> Circunferência e/ou profundidade da ferida diminuídas.				
(110303) Drenagem purulenta <i>Definição conceitual:</i> Líquido que contém pus (líquido de coloração turva, espesso, que se forma no decurso de uma infecção. Microscopicamente essa secreção apresenta proporções variáveis de leucócitos polinucleares e monócitos mais ou menos alterados, assim como a presença de células descamadas e, com maior frequência, micro-organismos) ⁽³⁾ .				
(110304) Drenagem serosa <i>Definição conceitual:</i> Líquido seroso que se assemelha ao soro do sangue, contido normalmente nas cavidades serosas (torácica, abdominal, peritônio, pleura e pericárdio) ⁽³⁾ .				
(110305) Drenagem sanguínea <i>Definição conceitual:</i> Líquido que corre pelas veias e artérias, constituído de plasma, glóbulos brancos e vermelhos, importante para a nutrição, purificação e funcionamento do organismo ⁽³⁾ .				

<p>(110306) Drenagem serossanguinolenta <i>Definição conceitual:</i> Líquido que contém uma mistura de sangue e serosidade⁽³⁾.</p>			
<p>(110307) Eritema no tecido ao redor da ferida <i>Definição conceitual:</i> Estado em que o tecido ao redor da ferida encontra-se com coloração avermelhada, devido à dilatação vascular. Quando a área do eritema é pressionada, ela branqueia e desaparece; quando cessa a pressão, esta volta a coloração avermelhada⁽⁴⁾.</p>			
<p>(110322) Inflamação no ferimento <i>Definição conceitual:</i> Aumento da permeabilidade vascular, migração de células para a ferida por quimiotaxia, secreção de citocinas e fatores de crescimento na ferida, e ativação da migração de células⁽¹⁾. Ou seja, uma resposta do tecido vivo vascularizado a uma agressão local, causando dor, calor e rubor⁽³⁾.</p>			
<p>(110308) Edema ao redor da ferida <i>Definição conceitual:</i> Excesso de líquido no tecido subcutâneo ao redor da ferida⁽³⁾.</p>			
<p>(110310) Pele com bolhas <i>Definição conceitual:</i> Pele com lesão cutânea primária. É a elevação circunscrita de conteúdo líquido superior à 1 cm⁽⁴⁾.</p>			
<p>(110311) Pele macerada <i>Definição conceitual:</i> Pele lesada pela umidade⁽⁵⁾.</p>			
<p>(110312) Necrose <i>Definição conceitual:</i> Processo de degeneração que leva à destruição de uma célula ou de um determinado tecido, geralmente pela falta de nutrientes carregados pelo sangue⁽³⁾. Clinicamente tem coloração preta, marrom ou castanha que adere firmemente ao leito ou às bordas da ferida e pode apresentar-se mais endurecido ou mais amolecido, comparativamente à pele periferida⁽⁶⁾.</p>			
<p>(110313) Degradação <i>Definição conceitual:</i> Degeneração⁽⁷⁾.</p>			

(110314) Tunelagem <i>Definição conceitual:</i> Criação de um conducto artificial no seio de um tecido ⁽³⁾ .			
(110315) Condição de minar <i>Definição conceitual:</i> Condição de espalhar-se, alastrar-se, propagar-se ⁽⁷⁾ .			
(110316) Formação do trato sinusal <i>Definição conceitual:</i> Abertura anormal da pele em sobreposição a uma área de infecção que pode ter drenagem purulenta ⁽³⁾ .			
(110317) Odor desagradável da ferida <i>Definição conceitual:</i> Odor fétido da ferida ⁽³⁾ .			

Referências Bibliográficas:

1. Santos JB, Porto SG, Suzuki LM, Sostizzo LRZ, Antoniazzi JL, Echer IC. Avaliação e tratamento de feridas: orientação aos profissionais de saúde. Vol. 15. Assessoria de Comunicação Social HCPA; 2011.
2. Blanes L. Tratamento de feridas. In: Baptista-Silva JCC, editor. Cirurgia vascular: guia ilustrado. São Paulo; 2004. Disponível em: URL: <http://www.bapbaptista.com>
3. Silva CRL, Silva, RCL, Viana DL. Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. 6ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.
4. Silva ERR, Lucena AF. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. 1ª Ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2011.
5. Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. Rev. Latino-Am. Enfermagem. nov-dez 2010;18(6).
6. Santos VLCCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), para a língua portuguesa. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):305-13.
7. Ferreira ABH. Mini Aurélio: o dicionário da Língua Portuguesa. 7ª Ed. São Paulo: Editora Positivo; 2008.

RESULTADO DE ENFERMAGEM: INTEGRIDADE TISSULAR – PELE E MUCOSAS (1101) <i>Definição: "Integridade estrutural e função fisiológica normal da pele e das mucosas".</i>				
Recomendo este resultado ()	Não recomendo este resultado ()	Observações:		
INDICADORES		Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador	Observações
(110101) Temperatura da pele <i>Definição conceitual:</i> Grau de intensidade do calor da pele ⁽¹⁾ .				
(110102) Sensibilidade <i>Definição conceitual:</i> Fisiologicamente, é a impressão causada em uma formação receptora por um estímulo e que é conduzida ao sistema nervoso central ⁽¹⁾ . É a capacidade de sentir, ou seja é a reação do organismo aos estímulos externos ou internos ⁽²⁾ .				
(110103) Elasticidade <i>Definição conceitual:</i> Propriedade do tecido de se deixar estender e depois retornar à sua forma original ⁽¹⁾ .				
(110104) Hidratação <i>Definição conceitual:</i> Reposição de água no organismo, mantendo sua composição corporal ⁽²⁾ .				
(110106) Transpiração <i>Definição conceitual:</i> Excreção de suor produzido pelas glândulas sudoríparas. Provocada por temperaturas ambientes elevadas, geralmente acima de 25°C, pela elevação da temperatura interna, ou ainda por fatores psíquicos ⁽¹⁾ .				
(110108) Textura <i>Definição conceitual:</i> É o aspecto de uma superfície, ou seja, da pele. Pode ser lisa, rugosa, macia, áspera ou ondulada ⁽²⁾ .				
(110109) Espessura <i>Definição conceitual:</i> Terceira dimensão de um sólido, sendo as outras duas o comprimento e a largura ⁽²⁾ .				
(110111) Perfusão tissular <i>Definição conceitual:</i> É o nível de oxigenação capilar, ou seja, é o tempo de enchimento vascular (reflete a velocidade com que a microcirculação cutânea retorna às condições basais após a aplicação de uma pressão) ⁽¹⁾ .				
(110112) Crescimento de pelos na pele				

<i>Definição conceitual:</i> Ato de crescer pelos na pele.			
(110113) Integridade da pele <i>Definição conceitual:</i> Estado de alteração ou não da epiderme e/ou derme.			
(110105) Pigmentação anormal <i>Definição conceitual:</i> Formação e acúmulo de pigmentos anormais nos tecidos ⁽¹⁾ . Coloração da pele por um pigmento patológico.			
(110115) Lesões de pele <i>Definição conceitual:</i> Modificações das estruturas orgânicas da pele ⁽¹⁾ .			
(110116) Lesões nas mucosas <i>Definição conceitual:</i> Modificações das estruturas orgânicas das mucosas ⁽¹⁾ .			
(110117) Tecido cicatricial <i>Definição conceitual:</i> Tecido fibroso, de neoformação, que tem a função de substituir uma perda de substância ⁽¹⁾ .			
(110118) Cânceres de pele <i>Definição conceitual:</i> Tumor maligno de pele, isto é, tumor constituído pela proliferação anárquica de células anormais da pele ⁽¹⁾ .			
(110120) Descamação da pele <i>Definição conceitual:</i> Eliminação superficial da camada mais externa da pele ⁽¹⁾ .			
(110121) Eritema <i>Definição conceitual:</i> Estado em que a pele encontra-se com coloração avermelhada, devido à dilatação vascular. Quando a área do eritema é pressionada, ela branqueia e desaparece; quando cessa a pressão, esta volta a coloração avermelhada ⁽³⁾ .			
(110122) Branqueamento <i>Definição conceitual:</i> Pele com pigmentação esbranquiça parcial ou totalmente.			
(110123) Necrose <i>Definição conceitual:</i> Processo de degeneração que leva à destruição de uma célula ou de um determinado tecido, geralmente pela falta de nutrientes carregados pelo sangue ⁽¹⁾ . Clinicamente tem coloração preta, marrom ou castanha que adere firmemente ao leito ou às bordas da ferida e pode apresentar-se mais endurecido ou mais amolecido, comparativamente à pele			

periferida ⁽⁴⁾ .			
(110124) Endurecimento <i>Definição conceitual:</i> Endurecimento dos tecidos.			
(110101) Temperatura da pele <i>Definição conceitual:</i> Grau de intensidade do calor da pele ⁽¹⁾ .			

Referências Bibliográficas:

1. Silva CRL, Silva, RCL, Viana DL. Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. 6ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.
2. Ferreira ABH. Mini Aurélio: o dicionário da Língua Portuguesa. 7ª Ed. São Paulo: Editora Positivo; 2008.
3. Silva ERR, Lucena AF. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. 1ª Ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2011.
4. Santos VLCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), para a língua portuguesa. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):305-13.

RESULTADO DE ENFERMAGEM: RESPOSTA ALÉRGICA - LOCALIZADA (0705)				
<i>Definição: “Gravidade da resposta imunológica localizada hipersensível a um determinado antígeno ambiental”.</i>				
Recomendo este resultado ()	Não recomendo este resultado ()	Observações:		
INDICADORES		Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador	Observações
(070501) Dor nos seios da face <i>Definição conceitual:</i> Sensação desagradável nos seios da face associada a lesões reais, potenciais ou descritas em termo de tais lesões que se origina pela irritação do tronco, raiz ou terminação do nervo da rede sensorial ⁽¹⁾ .				
(070502) Dor de cabeça <i>Definição conceitual:</i> Sensação desagradável na cabeça associada a lesões reais, potenciais ou descritas em termo de tais lesões que se origina pela irritação do tronco, raiz ou terminação do nervo da rede sensorial ⁽¹⁾ . Cefaléia.				
(070503) Conjuntivite <i>Definição conceitual:</i> Inflamação da conjuntiva do olho (fina membrana protetora da parte interna das pálpebras e da face anterior do globo ocular) ⁽¹⁾ .				
(070504) Lacrimejamento <i>Definição conceitual:</i> Secreção de líquido segregado pelas glândulas lacrimais com função de limpar e lubrificar os olhos ⁽¹⁾ .				
(070505) Rinite <i>Definição conceitual:</i> Inflamação aguda ou crônica da mucosa das fossas nasais ⁽¹⁾ .				
(070506) Coriza <i>Definição conceitual:</i> Inflamação aguda das mucosas nasais com produção de corrimento nasal ⁽¹⁾ .				
(070507) Secreções mucóides <i>Definição conceitual:</i> Secreções viscosas das mucosas ⁽¹⁾ .				
(070508) Edema perilabial <i>Definição conceitual:</i> Inchaço decorrente do acúmulo de líquido no espaço intersticial ⁽²⁾ em torno do lábio.				

<p>(070509) Edema periorbital <i>Definição conceitual:</i> Inchaço decorrente do acúmulo de líquido no espaço intersticial⁽²⁾ em torno da órbita ocular.</p>			
<p>(070510) Olheiras <i>Definição conceitual:</i> As olheiras são o aspecto criado pela concentração anormal de vasos sanguíneos ou melanina sob a pálpebra inferior, o que resulta num tom escurecido abaixo da região ocular⁽³⁾.</p>			
<p>(070511) Sensação de ardência nos olhos <i>Definição conceitual:</i> Sensação de queimação⁽¹⁾ nos olhos.</p>			
<p>(070512) Prurido localizado <i>Definição conceitual:</i> Coceira cutânea⁽¹⁾ localizada.</p>			
<p>(070513) Exantema <i>Definição conceitual:</i> Erupção cutânea⁽¹⁾ caracterizada, principalmente, por vermelhidão mais ou menos intensa⁽⁴⁾.</p>			
<p>(070514) Eritema localizado <i>Definição conceitual:</i> Estado em que a pele em um ponto localizado encontra-se com coloração avermelhada, devido à dilatação vascular. Quando a área do eritema é pressionada, ela branqueia e desaparece; quando cessa a pressão, esta volta a coloração avermelhada⁽²⁾.</p>			
<p>(070515) Aumento localizado da temperatura da pele <i>Definição conceitual:</i> Intensidade de calor aumentada da pele⁽¹⁾ em local específico.</p>			
<p>(070516) Edema localizado <i>Definição conceitual:</i> Inchaço decorrente do acúmulo de líquido no espaço intersticial⁽²⁾ em um local específico.</p>			
<p>(070517) Dor localizada <i>Definição conceitual:</i> Sensação desagradável associada a lesões reais, potenciais ou descritas em termo de tais lesões que se origina pela irritação do tronco, raiz ou terminação do nervo da rede sensorial⁽¹⁾.</p>			
<p>(070518) Granuloma localizado <i>Definição conceitual:</i> Formação patológica de caráter benigno, em forma de nódulo, que se instala nos tecidos após processos infecciosos⁽¹⁾.</p>			

<p>(070519) Vasculite necrosante localizada <i>Definição conceitual:</i> As vasculites necrosantes são doenças caracterizadas pela inflamação e necrose dos vasos sanguíneos resultando em oclusão e isquemia dos tecidos supridos pelos vasos lesados⁽⁵⁾.</p>			
---	--	--	--

Referências bibliográficas:

1. Silva CRL, Silva, RCL, Viana DL. Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. 6ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.
2. Silva ERR, Lucena AF. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. 1ª Ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2011.
3. Olheira.(s.d.). Consultado em 8 de Outubro de 2012. No site Wikipedia: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Olheiras>.
4. Ferreira ABH. Mini Aurélio: o dicionário da Língua Portuguesa. 7ª Ed. São Paulo: Editora Positivo; 2008.
5. Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em: URL: <http://www.lava.med.br/livro>

RESULTADO DE ENFERMAGEM: ESTADO NUTRICIONAL (1004)			
<i>Definição: “Alcance da disponibilidade de nutrientes para atendimento das necessidades metabólicas”.</i>			
Recomendo este resultado ()	Não recomendo este resultado ()	Observações:	
INDICADORES		Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador
(100401) Ingestão de nutrientes <i>Definição conceitual:</i> Quantidade de nutrientes (substâncias essenciais presentes nos alimentos, fundamentais para o bom funcionamento do organismo) ingeridos em um determinado intervalo de tempo ⁽¹⁾ .			
(100402) Ingestão de alimentos <i>Definição conceitual:</i> Quantidade de alimentos ingeridos em um determinado intervalo de tempo ⁽¹⁾ .			
(100408) Ingestão de líquidos <i>Definição conceitual:</i> Quantidade de líquidos ingeridos em um determinado intervalo de tempo ⁽¹⁾ .			
(100403) Energia <i>Definição conceitual:</i> A energia alimentar, valor energético ou valor calórico dos alimentos é a quantidade de energia no alimento que está disponível na digestão. Os valores para a energia alimentar são expressados em kilocalorias (kcal) e kilojoules (kJ) ⁽²⁾ .			
(10405) Proporção peso/altura <i>Definição conceitual:</i> Índice de massa corporal (IMC) é a relação do peso (em quilogramas) sobre a altura (em metros) ao quadrado que classifica o estado nutricional ⁽¹⁾ .			
(10409) Hematócritos <i>Definição conceitual:</i> Porcentagem de eritrócitos no volume total de sangue ⁽¹⁾ .			
(100410) Tônus muscular <i>Definição conceitual:</i> Estado de tensão leve, porém, permanente, existente normalmente nos músculos. Desaparece quando o músculo está privado de sua inervação ⁽¹⁾ .			

(100411) Hidratação <i>Definição conceitual:</i> Introdução de água no organismo suficiente para suprir as necessidades corpóreas ⁽¹⁾ .			
--	--	--	--

Referências bibliográficas:

1. Silva CRL, Silva, RCL, Viana DL. Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. 6ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.
2. Energia alimentar.(s.d.). Consultado em 8 de Outubro de 2012. No site Wikipedia: http://pt.wikipedia.org/wiki/Energia_alimentar.

RESULTADO DE ENFERMAGEM: <u>HIDRATAÇÃO</u> (0602)				
<i>Definição: “Água adequada nos compartimentos intracelulares e extracelulares do organismo”.</i>				
Recomendo este resultado ()	Não recomendo este resultado ()	Observações:		
INDICADORES		Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador	Observações
(060201) Turgor da pele <i>Definição conceitual:</i> Estado normal de turgidez e tensão interna das células vivas ⁽¹⁾ .				
(060202) Mucosas úmidas <i>Definição conceitual:</i> Membranas que segregam muco e revestem as cavidades do organismo e estão hidratadas ⁽²⁾ .				
(060215) Ingestão de líquidos <i>Definição conceitual:</i> Quantidade de líquidos ingeridos em um determinado intervalo de tempo ⁽²⁾ .				
(060211) Débito de urina <i>Definição conceitual:</i> A quantidade de urina eliminada pelos rins em um determinado espaço de tempo ⁽²⁾ .				
(060216) Sódio sérico <i>Definição conceitual:</i> Concentração de sódio no plasma sanguíneo ⁽²⁾ .				
(060217) Perfusão tissular <i>Definição conceitual:</i> É o nível de oxigenação capilar, ou seja, é o tempo de enchimento vascular (reflete a velocidade com que a microcirculação cutânea retorna às condições basais após a aplicação de uma pressão) ⁽²⁾ .				
(060218) Função cognitiva <i>Definição conceitual:</i> Entende-se por função cognitiva ou sistema funcional cognitivo as fases do processo de informação, como percepção, aprendizagem, memória, atenção, vigilância, raciocínio e solução de problemas ⁽³⁾ .				
(060205) Sede <i>Definição conceitual:</i> Sensação da necessidade de beber, principalmente água ⁽¹⁾ .				

(060219) Urina escura <i>Definição conceitual:</i> Diurese concentrada.			
(060208) Globos oculares moles e afundados <i>Definição conceitual:</i> Aparência flácida e de retração do globo ocular dentro da órbita.			
(060220) Fontanela funda <i>Definição conceitual:</i> Aprofundamento do espaço membranoso, ainda não ossificado, do crânio do recém nascido no ponto de encontro das suturas da abóbada craniana ⁽²⁾ .			
(060212) Pressão arterial diminuída <i>Definição conceitual:</i> Pressão inferior ao normal com o qual o sangue circula nas artérias ⁽²⁾ .			
(060221) Pulso rápido e fino <i>Definição conceitual:</i> Batimento do coração, também denominado frequência cardíaca, com ritmo acelerado e fluxo sanguíneo fraco ⁽²⁾ .			
(060213) Hematócritos diminuídos <i>Definição conceitual:</i> Porcentagem diminuída de eritrócitos no volume total de sangue ⁽²⁾ .			
(060222) Nitrogênio da ureia do sangue aumentado <i>Definição conceitual:</i> Concentração aumentada de uréia no sangue total, no soro ou no plasma ⁽²⁾ .			
(060223) Perda de peso <i>Definição conceitual:</i> Diminuição do peso corpóreo ⁽²⁾ .			
(060224) Câibras musculares <i>Definição conceitual:</i> Contração muscular, espasmódica e prolongada, seguida de dor intensa no local ⁽²⁾ .			
(060225) Espasmos musculares <i>Definição conceitual:</i> Contração involuntária brusca e transitória de um ou mais músculos ⁽²⁾ .			
(060226) Diarréia <i>Definição conceitual:</i> Diarréia é o aumento da frequência evacuatória (três ou mais evacuações pastosas ou líquidas em 24 horas) com redução da consistência, ou evacuação de mais de 200g de fezes/dia ⁽⁴⁾ .			

Referências Bibliográficas:

1. Ferreira ABH. Mini Aurélio: o dicionário da Língua Portuguesa. 7ª Ed. São Paulo: Editora Positivo; 2008.
2. Silva CRL, Silva, RCL, Viana DL. Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. 6ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.
3. Chodzko-Zajko WJ, Moore KA. Physical fitness and cognitive functioning in aging. *Exerc Sport Sci Rev* 1994;22:195-220.
4. Rosa AAA, Soares JLM, Barros E. Sintomas e sinais na prática médica. Porto Alegre: Artmed; 2006.

RESULTADO DE ENFERMAGEM: AUTOCUIDADO - HIGIENE (0305)				
Definição: “Capacidade de manter o próprio asseio pessoal e a aparência organizada, de forma independente, com ou sem dispositivos auxiliares.”				
Recomendo este resultado ()	Não recomendo este resultado()	Observações:		
INDICADORES		Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador	Observações
(030501) Lavagem das mãos <i>Definição conceitual:</i> Capacidade de realizar a lavagem das mãos.				
(030503) Limpeza da área do períneo <i>Definição conceitual:</i> Capacidade de realizar a limpeza da área do períneo.				
(030515) Uso de absorventes protetores <i>Definição conceitual:</i> Utiliza absorventes protetores.				
(030505) Ato de assoar e manter limpo o nariz <i>Definição conceitual:</i> Capacidade de assoar e manter o nariz limpo.				
(030506) Manutenção da higiene oral <i>Definição conceitual:</i> Capacidade de manter a higiene oral.				
(030508) Lavagem dos cabelos <i>Definição conceitual:</i> Capacidade de realizar a lavagem dos cabelos.				
(030509) Ato de pentear ou escovar os cabelos <i>Definição conceitual:</i> Capacidade de pentear ou escovar os cabelos.				
(030510) Ato de barbear-se <i>Definição conceitual:</i> Capacidade de barbear-se.				
(030511) Aplicação de maquiagem <i>Definição conceitual:</i> Capacidade de realizar a aplicação de maquiagem.				
(030512) Cuidado das unhas das mãos <i>Definição conceitual:</i> Capacidade de realizar o cuidado das unhas das mãos.				
(030516) Cuidado das unhas dos pés <i>Definição conceitual:</i> Capacidade de realizar o cuidado das unhas dos pés.				
(030513) Uso de um espelho <i>Definição conceitual:</i> Utiliza espelho.				
(030514) Manutenção de uma aparência arrumada <i>Definição conceitual:</i> Capacidade de manter a aparência arrumada.				

(030517) Manutenção de uma boa higiene <i>Definição conceitual:</i> Capacidade de manter uma boa higiene.			
(110315) Condição de minar <i>Definição conceitual:</i> Condição de espalhar-se, alastrar-se, propagar-se ⁽¹⁾ .			
(110316) Formação do trato sinusal <i>Definição conceitual:</i> Abertura anormal da pele em sobreposição a uma área de infecção que pode ter drenagem purulenta ⁽²⁾ .			
(110317) Odor desagradável da ferida <i>Definição conceitual:</i> Odor fétido da ferida ⁽²⁾ .			

Referências Bibliográficas:

1. Ferreira ABH. Mini Aurélio: o dicionário da Língua Portuguesa. 7ª Ed. São Paulo: Editora Positivo; 2008.
2. Silva CRL, Silva, RCL, Viana DL. Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. 6ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.

RESULTADO DE ENFERMAGEM: FUNÇÃO SENSORIAL - CUTÂNEA (2400) <i>Definição: "O quanto a estimulação da pele é sentida de forma correta."</i>				
Recomendo este resultado ()	Não recomendo este resultado ()	Observações:		
INDICADORES		Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador	Observações
(240001) Discriminação entre afiado e não afiado <i>Definição conceitual:</i> Diferencia a estimulação na pele de um objeto afiado ou não afiado.				
(240002) Discriminação entre dois pontos <i>Definição conceitual:</i> Distingue a estimulação simultânea na pele em dois pontos distintos.				
(240003) Discriminação vibratória <i>Definição conceitual:</i> Distingue a estimulação na pele do tipo vibratória.				
(240004) Discriminação de calor <i>Definição conceitual:</i> Distingue a sensação de calor na pele.				
(240005) Discriminação de frio <i>Definição conceitual:</i> Distingue a sensação de frio na pele.				
(240006) Discriminação entre cócegas e prurido <i>Definição conceitual:</i> Diferencia a sensação na pele de cócegas e prurido.				
(240007) Discriminação de estímulos nocivos <i>Definição conceitual:</i> Distingue sensação na pele de estímulos que sejam nocivos.				
(240008) Parestesia <i>Definição conceitual:</i> Sensação anormal ou um conjunto de sensações descritas como dormência, ardência, sensação de picada ou formigamento, que são sentidas ao longo do trajeto de um nervo periférico. Essas sensações, em geral, não são dolorosas. A parestesia pode se desenvolver de forma súbita ou gradativa e ser transitória ou permanente ⁽¹⁻²⁾ .				
(240009) Hiperestesia <i>Definição conceitual:</i> Aumento da sensibilidade ⁽³⁾ .				
(240011) Formigamento <i>Definição conceitual:</i> Sensação de ardor e de agulhadas; pode ocorrer por causa da pressão do nervo ou por uma inflamação ⁽³⁾ .				

(240012) Perda de sensibilidade <i>Definição conceitual:</i> Diminuição ou privação da sensibilidade.			
(070516) Edema localizado <i>Definição conceitual:</i> Inchaço decorrente do acúmulo de líquido no espaço intersticial ⁽⁴⁾ em um local específico.			
(070517) Dor localizada <i>Definição conceitual:</i> Sensação desagradável localizada associada a lesões reais, potenciais ou descritas em termo de tais lesões que se origina pela irritação do tronco, raiz ou terminação do nervo da rede sensorial ⁽³⁾ .			
(070518) Granuloma localizado <i>Definição conceitual:</i> Formação patológica de caráter benigno, em forma de nódulo, que se instala nos tecidos após processos infecciosos ⁽³⁾ .			
(070519) Vasculite necrosante localizada <i>Definição conceitual:</i> As vasculites necrosantes são doenças caracterizadas pela inflamação e necrose dos vasos sanguíneos resultando em oclusão e isquemia dos tecidos supridos pelos vasos lesados ⁽⁵⁾ .			

Referências Bibliográficas:

1. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
2. Baikie PD. Sinais e sintomas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
3. Silva CRL, Silva, RCL, Viana DL. Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. 6ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.
4. Silva ERR, Lucena AF. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. 1ª Ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2011.
5. Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em: URL: <http://www.lava.med.br/livro>

RESULTADO DE ENFERMAGEM: CONSEQUÊNCIAS DA IMOBILIDADE - FISIOLÓGICAS (0204)				
Definição: “Gravidade do comprometimento na função fisiológica em decorrência de imobilidade física prejudicada.”				
Recomendo este resultado ()	Não recomendo este resultado ()	Observações:		
INDICADORES		Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador	Observações
(020401) Ferida (s) decorrente (s) de pressão <i>Definição conceitual:</i> É uma lesão na pele e/ou no tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, em consequência da pressão ou da pressão em combinação com cisalhamento e/ou fricção ⁽¹⁾ .				
(020402) Constipação <i>Definição conceitual:</i> Dificuldade ou impossibilidade de evacuar ⁽²⁾ .				
(020403) Impactação fecal <i>Definição conceitual:</i> Massa dura oriunda do endurecimento das fezes acumulada no intestino ⁽²⁾ .				
(020405) Intestino hipoativo <i>Definição conceitual:</i> Função intestinal diminuída, reduzida.				
(020406) Íleo paralítico <i>Definição conceitual:</i> Atonia reflexa gastrointestinal, onde o conteúdo não é propelido através do lúmen, devido à parada da atividade peristáltica, sem uma causa mecânica ⁽³⁻⁴⁾ .				
(020407) Cálculos urinários <i>Definição conceitual:</i> Concreção sólida constituída pelo acúmulo de sais minerais e/ou uma série de outras substâncias no sistema urinário ⁽²⁾ .				
(020408) Retenção urinária <i>Definição conceitual:</i> Incapacidade de esvaziamento satisfatório da bexiga ⁽²⁾ .				
(020409) Febre <i>Definição conceitual:</i> Elevação da temperatura corporal devido a alteração do centro termorregulador localizado no hipotálamo ⁽⁵⁾ .				
(020410) Infecção do trato urinário <i>Definição conceitual:</i> Cultura de urina quantitativa positiva, ou seja, na qual a crescimento de 100 mil ou mais colônias de bactérias por ml de urina ⁽²⁾ .				
(020413) Fratura óssea <i>Definição conceitual:</i> Quebra parcial ou total de um osso ⁽²⁾ .				

<p>(020415) Articulações contraídas <i>Definição conceitual:</i> Ponto de junção entre dois ou mais ossos contraídos ⁽²⁾.</p>			
<p>(020416) Articulações consolidadas <i>Definição conceitual:</i> Ponto de junção entre dois ou mais ossos consolidados, fixados ⁽²⁾.</p>			
<p>(020417) Hipotensão ortostática <i>Definição conceitual:</i> Queda da pressão arterial sistólica igual ou superior a 20mmHg e/ou a queda da pressão arterial diastólica igual ou superior a 10mmHg nos três minutos que se seguem à passagem da posição de decúbito a posição ereta (ortostática) ⁽⁶⁾.</p>			
<p>(020418) Trombose venosa <i>Definição conceitual:</i> Formação de coágulo (trombo) dentro das veias. O trombo impede a passagem e o fluxo normal do sangue naquele vaso, criando um grave problema para todo o sistema circulatório ⁽²⁾.</p>			
<p>(020419) Congestão pulmonar <i>Definição conceitual:</i> Acúmulo de fluido nos pulmões ⁽²⁾.</p>			
<p>(020422) Pneumonia <i>Definição conceitual:</i> Toda inflamação do pulmão devido a germes infecciosos, que se manifesta sob a forma de um foco único ou de múltiplos e, mais particularmente, a pneumonia lobar, provocada por um pneumococo ⁽²⁾.</p>			
<p>(020404) Estado nutricional <i>Definição conceitual:</i> Condição do corpo resultante da utilização dos nutrientes disponíveis ⁽²⁾.</p>			
<p>(020411) Força muscular <i>Definição conceitual:</i> Força ou torque máximos que um músculo ou grupo muscular pode gerar em velocidade específica ou determinada ⁽²⁾.</p>			
<p>(020412) Tônus muscular <i>Definição conceitual:</i> Estado de tensão leve, porém, permanente, existente normalmente nos músculos. Desaparece quando o músculo está privado de sua inervação ⁽²⁾.</p>			
<p>(020414) Movimentos das articulações <i>Definição conceitual:</i> Movimento do ponto de junção entre dois ou mais ossos ⁽²⁾.</p>			

(020420) Eficácia da tosse <i>Definição conceitual:</i> Estado de eficácia da expulsão de substâncias das vias respiratórias que irritam ou que entram a respiração ⁽²⁾ .			
(020421) Capacidade vital <i>Definição conceitual:</i> Volume de ar que pode ser expelido dos pulmões pela expiração forçada após a realização de uma inspiração profunda ⁽²⁾ .			

Referências Bibliográficas:

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Washington; 2010. Disponível em: [http:// < www.npuap.org >](http://www.npuap.org). Acesso em: 22/10/2012.
2. Silva CRL, Silva, RCL, Viana DL. Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. 6ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.
3. Bockus HL. Gastroenterology. 3. ed, Philadelphia. Saunders, 1976.
4. Rocha PRS & Souza C. Abdome agudo. 1a ed, Rio de Janeiro.
5. Garcia-Zapata MTA, Souza Jr ESS. Aspectos fisiopatológicos da febre nas doenças infecto-parasitárias. Universitas: Ciências da saúde. 2006;4(1-2):111-17.
6. The Consensus Committe of the American Autonomic Society and the American Academy of Neurology. Concensus statement on the definition of orthostatic hypotension, pure autonomic failure, and multiple system athrophy. Neurology 1996;46:1470.

RESULTADO DE ENFERMAGEM: CONHECIMENTO: REGIME DE TRATAMENTO (1813) Definição: “Alcance da compreensão transmitida sobre um determinado regime de tratamento.”				
Recomendo este resultado ()	Não recomendo este resultado ()	Observações sobre o RE:		
INDICADORES		Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador	Observações
(181310) Processo específico de doença <i>Definição conceitual:</i> Nível de compreensão do processo específico da sua doença.				
(181301) Justificativa para o tratamento <i>Definição conceitual:</i> Nível de compreensão da justificativa para o tratamento.				
(181302) Responsabilidades de autocuidado relacionadas com o tratamento contínuo <i>Definição conceitual:</i> Grau em que exerce o autocuidado relacionado com o tratamento contínuo.				
(181303) Responsabilidades do autocuidado quanto a situações de emergência <i>Definição conceitual:</i> Grau em que assume responsabilidades do autocuidado relacionado a situações de emergências.				
(181315) Técnicas de automonitoração <i>Definição conceitual:</i> Nível de conhecimento das técnicas de automonitorização da sua saúde.				
(181304) Efeitos esperados do tratamento <i>Definição conceitual:</i> Nível de conhecimento dos efeitos esperados do tratamento.				
(181305) Dieta prescrita <i>Definição conceitual:</i> Nível de compreensão da dieta prescrita.				
(181306) Regime medicamentoso prescrito <i>Definição conceitual:</i> Nível de compreensão do regime medicamentoso prescrito.				
(181307) Atividade prescrita <i>Definição conceitual:</i> Nível de compreensão da atividade prescrita.				

(181308) Exercício prescrito <i>Definição conceitual:</i> Nível de compreensão do exercício prescrito.			
(181309) Procedimento prescrito <i>Definição conceitual:</i> Nível de compreensão do procedimento prescrito.			
(181316) Benefícios do controle da doença <i>Definição conceitual:</i> Nível de compreensão dos benefícios do controle da doença.			

RESULTADO DE ENFERMAGEM: CONHECIMENTO – CONTROLE DE INFECCÃO (1842)			
Definição: “Alcance da compreensão transmitida sobre infecção, seu tratamento e a prevenção de complicações”.			
Recomendo este resultado ()	Não recomendo este resultado ()	Observações:	
INDICADORES		Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador
(184201) Modo de transmissão <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento do modo de transmissão de infecções.			
(184202) Fatores que contribuem à transmissão <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre os fatores que contribuem para a transmissão de infecções.			
(184203) Práticas de redução de transmissão <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre práticas de redução de transmissão de infecções.			
(184204) Sinais e sintomas de infecção <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre os sinais e sintomas de uma infecção.			
(184706) Monitoração de procedimentos para infecção <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre a monitorização de procedimentos que tratam a infecção.			
(184207) Importância da higiene das mãos <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre a importância de realizar a higiene das mãos.			
(184208) Atividades para aumentar a resistência a infecções <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre atividades e procedimentos que aumentam a resistência a infecções.			
(184209) Tratamento para uma infecção diagnosticada <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre o tratamento de uma infecção diagnosticada.			
(184210) Acompanhamento de uma infecção diagnosticada <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre o acompanhamento de uma infecção que está diagnosticada.			

(184211) Sinais e sintomas de exacerbação de uma infecção <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento dos sinais e sintomas da exacerbação de uma infecção.			
(184212) Identificação do nome correto dos medicamentos <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre o nome correto dos medicamentos.			
(184213) Efeitos secundários dos medicamentos <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre os efeitos secundários dos medicamentos.			
(184214) Efeitos terapêuticos dos medicamentos <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre os efeitos terapêuticos dos medicamentos.			
(184215) Efeitos adversos dos medicamentos <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre os efeitos adversos dos medicamentos.			
(184216) Interações potenciais dos medicamentos <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre as interações potenciais dos medicamentos.			
(184217) Importância da adesão ao tratamento <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre a importância da adesão ao tratamento proposto.			
(184218) Uso da probiótica no tratamento de infecções <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre o uso da probiótica no tratamento de infecções.			
(184219) Risco de resistência a fármacos <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre o risco de resistência a fármacos.			
(184220) Importância de levar até o final o regime de medicamentos <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre a importância de levar até o final o regime de tratamento.			
(184221) Influências de práticas nutricionistas na infecção <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre as influências de uma boa alimentação na prevenção e tratamento de uma infecção.			

<p>(184222) Estratégias de controle do estresse <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre as estratégias de controle do estresse.</p>			
<p>(184223) Fatores que afetam a reação imune <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre os fatores que afetam a reação imune.</p>			
<p>(184224) Grupos de apoio disponíveis <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre os grupos de apoio disponíveis.</p>			
<p>(184225) Recursos disponíveis na comunidade <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade para o controle da infecção.</p>			
<p>(184226) Quando obter assistência de profissional da saúde <i>Definição conceitual:</i> Possui conhecimento sobre quando procurar assistência de profissional de saúde no que tange a infecção.</p>			

RESULTADO DE ENFERMAGEM: GRAVIDADE DA INFECCÃO (0703) Definição: “Gravidade de infecção e sintomas associados”.				
Recomendo este resultado ()	Não recomendo este resultado ()	Observações:		
INDICADORES		Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador	Observações
((070513) Exantema <i>Definição conceitual:</i> Erupção cutânea ⁽¹⁾ caracterizada, principalmente, por vermelhidão mais ou menos intensa ⁽²⁾ .				
(070302) Vesículas sem crosta <i>Definição conceitual:</i> Lesão cutânea primária, é a elevação circunscrita de até 1 cm de tamanho, contendo líquido claro (seroso), que pode se tornar purulento ou hemorrágico, em localização epidérmica ou subdérmica ⁽³⁾ .				
(070303) Supuração com odor desagradável <i>Definição conceitual:</i> Formação de pus fétido ⁽¹⁾ .				
(070304) Expectoração purulenta <i>Definição conceitual:</i> Eliminação de pus que esta nas vias aéreas pela boca ou pelo nariz ⁽¹⁾ .				
(070305) Secreção purulenta <i>Definição conceitual:</i> Líquido que contém pus (líquido de coloração turva, espesso, que se forma no decurso de uma infecção. Microscopicamente essa secreção apresenta proporções variáveis de leucócitos polinucleares e monócitos mais ou menos alterados, assim como a presença de células descamadas e, com maior frequência, micro-organismos) ⁽¹⁾ .				
(070306) Piúria <i>Definição conceitual:</i> Presença de pus na urina, o que caracteriza uma infecção das vias urinárias ou geniturinárias ⁽¹⁾ .				
(070307) Febre <i>Definição conceitual:</i> Elevação da temperatura corporal devido a alteração do centro termorregulador localizado no hipotálamo ⁽⁴⁾ .				
(070329) Hipotermia <i>Definição conceitual:</i> Temperatura do corpo abaixo do normal ⁽⁵⁾ .				

(070330) Instabilidade da temperatura <i>Definição conceitual:</i> Desequilíbrio da temperatura corporal ⁽⁵⁾ .			
(070333) Dor <i>Definição conceitual:</i> É uma complexa e desagradável constelação de experiências sensorial, emocional e mental, tendo certas respostas autônomas (involuntárias) e reações psicológicas e comportamentais que são provocadas pela lesão do tecido, aparente ou não ⁽⁶⁾ .			
(070334) Sensibilidade <i>Definição conceitual:</i> Fisiologicamente, é a impressão causada em uma formação receptora por um estímulo e que é conduzida ao sistema nervoso central ⁽¹⁾ . É a capacidade de sentir, ou seja é a reação do organismo aos estímulos externos ou internos ⁽⁵⁾ .			
(070309) Sintomas gastrointestinais <i>Definição conceitual:</i> Manifestação espontânea de uma doença ou estado patológico ⁽¹⁾ relativo ao estômago e intestino.			
(070310) Linfadenopatia <i>Definição conceitual:</i> Denominação dada a linfonodos de tamanhos, consistência ou quantidade anormais ⁽³⁾ .			
(070311) Indisposição <i>Definição conceitual:</i> Ligeira perturbação das funções orgânicas ⁽⁵⁾ .			
(070312) Calafrios <i>Definição conceitual:</i> Tremor temporário, É gerado pela contração involuntária de muitos grupos musculares ⁽¹⁾ .			
(070313) Comprometimento cognitivo sem explicação <i>Definição conceitual:</i> Comprometimento sem explicação das fases do processo de informação, como percepção, aprendizagem, memória, atenção, vigilância, raciocínio e solução de problemas ⁽⁷⁾ .			
(070331) Letargia <i>Definição conceitual:</i> Estado patológico caracterizado por sono profundo ⁽¹⁾ .			
(070332) Perda do apetite <i>Definição conceitual:</i> Perda do desejo natural pelos alimentos ⁽¹⁾ .			
(070319) Infiltração em radiografia torácica <i>Definição conceitual:</i> Acúmulo de substâncias anormais ⁽¹⁾ na região torácica.			

(070320) Colonização de cultura do sangue <i>Definição conceitual:</i> Grupo de bactérias em uma amostra de sangue ⁽¹⁾ .			
(070321) Colonização em cultura de expectoração <i>Definição conceitual:</i> Grupo de bactérias em uma amostra de escarro ⁽¹⁾ .			
(070322) Colonização em cultura do líquido cerebrospinal <i>Definição conceitual:</i> Grupo de bactérias em uma amostra do líquido cerebrospinal ⁽¹⁾ .			
(070323) Colonização em cultura de local de ferimento <i>Definição conceitual:</i> Grupo de bactérias em uma amostra de material de um ferimento ⁽¹⁾ .			
(070324) Colonização em cultura de urina <i>Definição conceitual:</i> Grupo de bactérias em uma amostra de urina ⁽¹⁾ .			
(070325) Colonização em cultura de fezes <i>Definição conceitual:</i> Grupo de bactérias em uma amostra de fezes ⁽¹⁾ .			
(070326) Elevação na contagem das células brancas do sangue <i>Definição conceitual:</i> Contagem de leucócitos do sangue alta.			
(070327) Depressão na contagem de células brancas do sangue <i>Definição conceitual:</i> Contagem de leucócitos do sangue baixa.			

Referências bibliográficas:

1. Silva CRL, Silva, RCL, Viana DL. Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. 6ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.
2. Silva ERR, Lucena AF. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. 1ª Ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2011.
3. Rosa AAA, Soares JLM, Barros E. Sintomas e sinais na prática médica. Porto Alegre: Artmed; 2006.
4. Garcia-Zapata MTA, Souza Jr ESS. Aspectos fisiopatológicos da febre nas doenças infecto-parasitárias. Universitas: Ciências da saúde. 2006;4(1-2):111-17.
5. Ferreira ABH. Mini Aurélio: o dicionário da Língua Portuguesa. 7ª Ed. São Paulo: Editora Positivo; 2008.
6. Meyr AJ, Steinberg JS. The physiology of the acute pain pathway. Clin Podiatr Med Surg. 2008;25(3):305-26;v.
7. Chodzko-Zajko WJ, Moore KA. Physical fitness and cognitive functioning in aging. Exerc Sport Sci Rev 1994;22:195-220.

RESULTADO DE ENFERMAGEM: <u>CONTROLE DE RISCOS – PROCESSO INFECCIOSO</u> (1924)				
Definição: “Ações pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir a ameaça de infecção”.				
Recomendo este resultado ()	Não recomendo este resultado ()	Observações:		
INDICADORES		Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador	Observações
(192401) Reconhece o risco pessoal de infecção <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que reconhece o risco pessoal de infecção.				
(192402) Reconhece as consequências pessoais associadas a infecções <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que reconhece as consequências pessoais associadas a infecções.				
(192403) Reconhecimento de comportamentos associados a risco de infecção <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que tem reconhecimento de comportamentos associados a risco de infecção.				
(192404) Identificação de risco de infecção em situações cotidianas <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que identifica os riscos de infecções em situações cotidianas.				
(192405) Identificação dos sinais e sintomas pessoais que indicam risco potencial <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que identifica os sinais e sintomas pessoais que indicam risco potencial para contrair uma infecção.				
(192406) Busca de validação de risco percebido de infecção <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que percebe o risco de infecção.				
(192407) Identificação de estratégias de proteção de si mesmo contra outros com infecção <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que identifica estratégias de proteção de si mesmo contra outras pessoas com infecção.				
(192408) Monitoração de comportamentos pessoais relativos a fatores associados a risco de infecção <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que monitora seus comportamentos relativos a fatores associados a risco de infecção.				

<p>(192409) Monitoração do ambiente com relação a fatores associados a risco de infecção <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que monitora o ambiente em relação a fatores que estão associados ao risco de infecção.</p>			
<p>(192410) Monitoração do tempo do período de incubação de doença infecciosa <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que monitora o tempo do período de incubação de doença infecciosa.</p>			
<p>(192411) Manutenção de um ambiente limpo <i>Definição conceitual:</i> Mantem o ambiente limpo.</p>			
<p>(192412) Uso de estratégias de desinfecção de suprimentos <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que usa estratégias de desinfecção de suprimentos.</p>			
<p>(192413) Desenvolvimento de estratégias eficientes de controle de infecção <i>Definição conceitual:</i> Demonstra desenvolvimento de estratégias eficientes de controle de infecção.</p>			
<p>(192414) Uso de precauções universais <i>Definição conceitual:</i> Demonstra o uso de precauções universais.</p>			
<p>(192415) Prática de limpeza das mãos <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que pratica a limpeza das mãos.</p>			
<p>(192416) Prática de estratégias de controle de infecção <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que pratica estratégias de controle de infecção.</p>			
<p>(192417) Adaptação de estratégias de controle de infecção conforme necessidade <i>Definição conceitual:</i> Demonstra adaptação de estratégias de controle de infecção conforme necessidade.</p>			
<p>(192418) Prática de ações para promoção de repouso <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que pratica ações para promoção de repouso.</p>			
<p>(192419) Prática de ações para promover ingestão de líquidos <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que pratica ações para promover a ingestão de líquidos.</p>			

<p>(192420) Monitoração de mudanças no estado geral de saúde <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que monitora mudanças no estado geral de saúde.</p>			
<p>(192421) Realização de ações imediatas para reduzir riscos <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que realiza ações imediatas para reduzir riscos.</p>			
<p>(192422) Obtenção das imunizações recomendadas <i>Definição conceitual:</i> Realiza as imunizações que são recomendadas.</p>			
<p>(192423) Uso de fontes respeitadas de informação <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que usa fontes respeitadas de informação.</p>			
<p>(192424) Uso de serviços de cuidados de saúde coerentes com as necessidades <i>Definição conceitual:</i> Demonstra que usa serviços de saúde coerentes com as necessidades.</p>			

RESULTADO DE ENFERMAGEM: TERMORREGULAÇÃO (0800) <i>Definição: "Equilíbrio entre a produção, o aumento e a perda de calor."</i>				
Recomendo este resultado ()		Não recomendo este resultado ()		Observações sobre o RE:
INDICADORES		Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador	Observações
(080009) Presença de arrepios da pele diante do frio <i>Definição conceitual:</i> Sensação de arrepio (direção inversa da que tem o cabelo, o pêlo) na pele diante do frio ⁽¹⁾ .				
(080010) Transpiração diante de calor <i>Definição conceitual:</i> Excreção de suor produzido pelas glândulas sudoríparas provocada por temperaturas elevadas ⁽²⁾ .				
(080011) Tremores diante de frio <i>Definição conceitual:</i> Sequência de oscilações rítmicas involuntárias que agitam o corpo durante a sensação de frio ⁽²⁾ .				
(080017) Frequência cardíaca apical <i>Definição conceitual:</i> Corresponde ao número de pulsações auscultadas por minuto acima do ápice cardíaco ⁽³⁾ .				
(080012) Frequência do pulso radial <i>Definição conceitual:</i> Corresponde ao número de pulsações palpadas na artéria radial durante um minuto ⁽³⁾ .				
(080013) Frequência respiratória <i>Definição conceitual:</i> Número de movimentos respiratórios por minuto ⁽³⁾ .				
(080015) Relato de conforto térmico <i>Definição conceitual:</i> Paciente refere sentir-se confortável com a temperatura ambiental e corporal.				
(080001) Aumento da temperatura da pele <i>Definição conceitual:</i> Pele quente.				
(080018) Redução da temperatura da pele <i>Definição conceitual:</i> Pele fria.				
(080019) Hipertermia <i>Definição conceitual:</i> Temperatura do corpo acima do normal ⁽¹⁾ .				

(080020) Hipotermia <i>Definição conceitual:</i> Temperatura do corpo abaixo do normal ⁽¹⁾ .			
(080003) Dor de cabeça <i>Definição conceitual:</i> Sensação desagradável na cabeça associada a lesões reais, potenciais ou descritas em termo de tais lesões que se origina pela irritação do tronco, raiz ou terminação do nervo da rede sensorial. Cefaléia ⁽²⁾ .			
(080004) Dores musculares <i>Definição conceitual:</i> Sensação desagradável nos músculos associada a lesões reais, potenciais ou descritas em termo de tais lesões ⁽²⁾ .			
(080005) Irritabilidade <i>Definição conceitual:</i> Propensão para se irritar, se zangar ⁽¹⁾ .			
(080006) Sonolência <i>Definição conceitual:</i> Estado de adormecimento pouco profundo ⁽²⁾ .			
(080007) Mudanças na cor da pele <i>Definição conceitual:</i> A cor da pele depende do fluxo sanguíneo, do grau de saturação de hemoglobina e de quantidade de melanina ⁽⁴⁾ .			
(080008) Contorções musculares <i>Definição conceitual:</i> Encurtamento da fibra muscular provocada por vários estímulos ⁽²⁾ .			
(080014) Desidratação <i>Definição conceitual:</i> Diminuição de água nos tecidos orgânicos ⁽²⁾ .			
(080021) Cãibras pelo calor <i>Definição conceitual:</i> Contração muscular, espasmódica e prolongada, seguida de dor intensa no local causada diante do calor ⁽²⁾ .			
(080022) Insolação <i>Definição conceitual:</i> Sensação provocada pela exposição excessiva ao sol, que causa o superaquecimento e provoca forte dor de cabeça e prostração ⁽²⁾ .			
(080023) Queimaduras causadas pelo frio <i>Definição conceitual:</i> Ferimento causado por frio excessivo numa parte do corpo, de modo a danificar ou destruir tecidos ⁽²⁾ .			

Referências Bibliográficas:

1. Ferreira ABH. Mini Aurélio: o dicionário da Língua Portuguesa. 7ª Ed. São Paulo: Editora Positivo; 2008.
2. Silva CRL, Silva, RCL, Viana DL. Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. 6ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.
3. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Curso técnico em enfermagem: módulo III: participando do cuidado de enfermagem a partir do processo saúde doença, atuando na recuperação da saúde do indivíduo grave/crítico: unidade 4: cuidados de enfermagem na assistência a adultos em estado grave/crítico: guia do aluno / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG, 2012.
4. Porto CC. Exame clínico: bases para a prática médica. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

RESULTADO DE ENFERMAGEM: SOBRECARGA LÍQUIDA SEVERA (0603)				
<i>Definição: “Gravidade no excesso de líquidos nos compartimentos intracelulares e extracelulares do organismo”.</i>				
Recomendo este resultado ()	Não recomendo este resultado ()	Observações:		
INDICADORES		Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador	Observações
(060301) Edema periorbital <i>Definição conceitual:</i> Inchaço decorrente do acúmulo de líquido no espaço intersticial ⁽¹⁾ em torno da órbita ocular.				
(060302) Edema das mãos <i>Definição conceitual:</i> Inchaço decorrente do acúmulo de líquido no espaço intersticial ⁽¹⁾ das mãos.				
(060303) Edema sacral <i>Definição conceitual:</i> Inchaço decorrente do acúmulo de líquido no espaço intersticial ⁽¹⁾ na região sacra.				
(060304) Edema de tornozelo <i>Definição conceitual:</i> Inchaço decorrente do acúmulo de líquido no espaço intersticial ⁽¹⁾ no tornozelo.				
(060305) Edema nas pernas <i>Definição conceitual:</i> Inchaço decorrente do acúmulo de líquido no espaço intersticial ⁽¹⁾ nas pernas.				
(060306) Ascite <i>Definição conceitual:</i> Presença de líquido livre na cavidade abdominal ⁽²⁾ .				
(060307) Cintura abdominal aumentada <i>Definição conceitual:</i> Aumento da circunferência abdominal.				
(060308) Edema generalizado <i>Definição conceitual:</i> Aumento do volume de líquido no espaço intersticial generalizado ⁽¹⁾ .				
(060309) Congestão venosa <i>Definição conceitual:</i> Acúmulo anormal ou excessivo de sangue em uma parte do organismo ⁽²⁾ .				
(060310) Estertores <i>Definição conceitual:</i> Ruído respiratório que não se ouve à auscultação no				

estado de saúde, ruído respiratório agonizante ⁽²⁾ .			
(060311) Mal-estar <i>Definição conceitual:</i> Indisposição física ⁽³⁾ .			
(060312) Letargia <i>Definição conceitual:</i> Estado patológico caracterizado por sono profundo ⁽²⁾ .			
(060313) Dor de cabeça <i>Definição conceitual:</i> Sensação desagradável na cabeça associada a lesões reais, potenciais ou descritas em termo de tais lesões que se origina pela irritação do tronco, raiz ou terminação do nervo da rede sensorial. Cefaléia ⁽²⁾ .			
(060314) Confusão <i>Definição conceitual:</i> Impossibilidade de pensar com clareza ⁽²⁾ .			
(060315) Convulsões <i>Definição conceitual:</i> Espasmos musculares súbitos devidos à atividade elétrica neuronal excessiva ⁽²⁾ .			
(060316) Coma <i>Definição conceitual:</i> Estado patológico caracterizado por perda da consciência e por ausência de reação aos estímulos externos (visuais, auditivos, olfativos, táteis etc.), com conservação das funções respiratórias e cardiovascular, que podem, entretanto estar reduzidas ou perturbadas ⁽²⁾ .			
(060317) Pressão arterial aumentada <i>Definição conceitual:</i> Pressão superior ao normal com o qual o sangue circula nas artérias ⁽²⁾ .			
(060318) Aumento de peso <i>Definição conceitual:</i> Aumento do peso corpóreo ⁽²⁾ .			
(060319) Débito urinário diminuído <i>Definição conceitual:</i> Quantidade diminuída de urina eliminada pelos rins em um determinado espaço de tempo ⁽²⁾ .			
(060320) Densidade urinária diminuída <i>Definição conceitual:</i> Concentração química da urina diminuída ⁽²⁾ .			
(060321) Coloração da urina diminuída <i>Definição conceitual:</i> Diurese clara.			

(060322) Sódio sérico diminuído <i>Definição conceitual:</i> Concentração de <u>sódio</u> no <u>plasma sanguíneo</u> ⁽²⁾ diminuído.			
(060323) Sódio sérico aumentado <i>Definição conceitual:</i> Concentração de <u>sódio</u> no <u>plasma sanguíneo</u> ⁽²⁾ aumentado.			

Referências bibliográficas:

1. Silva ERR, Lucena AF. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. 1ª Ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2011.
2. Silva CRL, Silva, RCL, Viana DL. Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. 6ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.
3. Ferreira ABH. Mini Aurélio: o dicionário da Língua Portuguesa. 7ª Ed. São Paulo: Editora Positivo; 2008.

RESULTADO DE ENFERMAGEM: PERFUSÃO TISSULAR: PERIFÉRICA (0407)			
<i>Definição: “Adequação do fluxo de sangue através dos pequenos vasos das extremidades para manter a função dos tecidos.”</i>			
Recomendo este resultado ()	Não recomendo este resultado()	Observações sobre o RE:	
INDICADORES	Recomendo este indicador	Não recomendo este indicador	Observações
(040715) Preenchimento capilar nos dedos das mãos <i>Definição conceitual:</i> Tempo em que o sangue leva para preencher os vasos periféricos das mãos, pode ser detectada pressionando com a ponta de um dos dedos e soltando, normalmente o tempo de redução da palidez local varia em torno de 2 segundos ⁽¹⁾ .			
(040716) Preenchimento capilar dos dedos dos pés <i>Definição conceitual:</i> Tempo em que o sangue leva para preencher os vasos periféricos dos pés, pode ser detectada pressionando com a ponta de um dos dedos e soltando, normalmente o tempo de redução da palidez local varia em torno de 2 segundos ⁽¹⁾ .			
(040710) Temperatura da pele nas extremidades <i>Definição conceitual:</i> Grau de intensidade do calor ⁽¹⁾ (frio ou quente) da pele das extremidades do corpo.			
(040730) Força do pulso na carótida (direita) <i>Definição conceitual:</i> Intensidade do batimento cardíaco ⁽¹⁾ na carótida direita.			
(040731) Força do pulso na carótida (esquerda) <i>Definição conceitual:</i> Intensidade do batimento cardíaco ⁽¹⁾ na carótida esquerda.			
(040732) Força de pulso braquial (direita) <i>Definição conceitual:</i> Intensidade do batimento cardíaco ⁽¹⁾ na artéria braquial direita.			
(040733) Força de pulso braquial (esquerda) <i>Definição conceitual:</i> Intensidade do batimento cardíaco ⁽¹⁾ na artéria braquial esquerda.			

<p>(040734) Força de pulso radial (direita) <i>Definição conceitual:</i> Intensidade do batimento cardíaco⁽¹⁾ na artéria radial direita.</p>			
<p>(040735) Força de pulso radial (esquerda) <i>Definição conceitual:</i> Intensidade do batimento cardíaco⁽¹⁾ na artéria radial esquerda.</p>			
<p>(040736) Força de pulso femoral (direita) <i>Definição conceitual:</i> Intensidade do batimento cardíaco⁽¹⁾ na artéria femoral direita.</p>			
<p>(040737) Força de pulso femoral (esquerda) <i>Definição conceitual:</i> Intensidade do batimento cardíaco⁽¹⁾ na artéria femoral esquerda.</p>			
<p>(040738) Força de pulso podálico (direita) <i>Definição conceitual:</i> Intensidade do batimento cardíaco⁽¹⁾ na artéria podálica direita.</p>			
<p>(040739) Força de pulso podálico (esquerda) <i>Definição conceitual:</i> Intensidade do batimento cardíaco⁽¹⁾ na artéria podálica esquerda.</p>			
<p>(040727) Pressão arterial sistólica <i>Definição conceitual:</i> É o maior valor verificado durante a aferição de pressão arterial. Ocorre pressão sistólica durante a contração ventricular esquerda, quando a onda está mais alta e reflete a integridade do coração, das artérias e das arteríolas⁽²⁾.</p>			
<p>(040728) Pressão arterial diastólica <i>Definição conceitual:</i> É o menor valor verificado durante a aferição de pressão arterial. Ocorre pressão diastólica durante o relaxamento ventricular esquerdo, indicando de forma direta, a resistência do vaso sanguíneo⁽²⁾.</p>			
<p>(040740) Pressão arterial média <i>Definição conceitual:</i> É a pressão média em que o sangue se movimenta através da vasculatura⁽³⁾.</p>			
<p>(040711) Sopros nas extremidades <i>Definição conceitual:</i> Detecção de sopro na ausculta das artérias das extremidades do corpo.</p>			

<p>(040712) Edema periférico <i>Definição conceitual:</i> Excesso de líquido no tecido subcutâneo⁽¹⁾ nas extremidades periféricas do corpo.</p>			
<p>(040713) Dor localizada em extremidades <i>Definição conceitual:</i> Sensação desagradável nas extremidades periféricas do corpo associada a lesões reais, potenciais ou descritas em termo de tais lesões que se origina pela irritação do tronco, raiz ou terminação do nervo da rede sensorial⁽¹⁾.</p>			
<p>(040729) Necrose <i>Definição conceitual:</i> Processo de degeneração que leva à destruição de uma célula ou de uma determinado tecido, geralmente pela falta de nutrientes carregados pelo sangue⁽¹⁾. Clinicamente tem coloração preta, marrom ou castanha que adere firmemente ao leito ou às bordas da ferida e pode apresentar-se mais endurecido ou mais amolecido, comparativamente à pele periferida⁽⁴⁾.</p>			
<p>(040741) Dormência <i>Definição conceitual:</i> Sensação de formigamento. Sensação de ardor e de agulhadas; pode ocorrer por causa da pressão do nervo ou por uma inflamação⁽¹⁾.</p>			
<p>(040742) Formigamento <i>Definição conceitual:</i> Sensação de ardor e de agulhadas; pode ocorrer por causa da pressão do nervo ou por uma inflamação⁽¹⁾.</p>			
<p>(040743) Palidez <i>Definição conceitual:</i> Aspecto da pele descorado⁽¹⁾.</p>			
<p>(040744) Fraqueza muscular <i>Definição conceitual:</i> É a redução de força de um ou mais músculos, cuja consequência é a inabilidade de se movimentar normalmente contra uma resistência⁽⁶⁾.</p>			
<p>(040745) Cãibras musculares <i>Definição conceitual:</i> Contração muscular, espasmódica e prolongada, seguida de dor intensa no local⁽¹⁾.</p>			
<p>(040746) Ruptura da pele <i>Definição conceitual:</i> Rompimento⁽⁷⁾ da pele.</p>			

<p>(040747) Rubor <i>Definição conceitual:</i> O rubor é classificado como um dos sinais de inflamação (vermelhidão)⁽¹⁾., juntamente com o edema, o calor e a dor. Rubor e calor são resultados do aumento da circulação na área inflamada⁽⁸⁾.</p>			
<p>(040748) Parestesia <i>Definição conceitual:</i> Sensação anormal ou um conjunto de sensações descritas como dormência, ardência, sensação de picada ou formigamento, que são sentidas ao longo do trajeto de um nervo periférico. Essas sensações, em geral, não são dolorosas. A parestesia pode se desenvolver de forma súbita ou gradativa e ser transitória ou permanente⁽³⁻⁵⁾.</p>			

Referências Bibliográficas:

1. Silva CRL, Silva, RCL, Viana DL. Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. 6ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.
2. Springhouse. As melhores práticas de enfermagem: procedimentos baseados em evidências. 2ª Ed. Porto Alegre, RS: Artmed;2010.
3. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
4. Santos VLCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), para a língua portuguesa. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):305-13.
5. Baikie PD. Sinais e sintomas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
6. Rosa AAA, Soares JLMF, Barros E. Sinais e sintomas na prática médica: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed; 2006.
7. Ferreira ABH. Mini Aurélio: o dicionário da Língua Portuguesa. 7ª Ed. São Paulo: Editora Positivo; 2008.
8. Montenegro MR, Franco M. Patologia processos gerais. 4ª Ed. São Paulo: Atheneu; 1999.

APÊNDICE B - EXEMPLO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO MODERADOR E OBSERVADOR

**RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA EM INDIVÍDUOS
COM ÚLCERA POR PRESSÃO – VALIDAÇÃO POR CONSENSO**

Diagnóstico: Integridade tissular prejudicada

Definição: “Dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos”

RESULTADO	Observações
<p>CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: PRIMEIRA INTENÇÃO <i>Definição: Extensão em que as células e os tecidos se regeneram após um fechamento intencional.</i></p>	
INDICADORES	
<p>(110201) APROXIMAÇÃO DA PELE <i>Definição conceitual: Movimento pelo qual a distância dos bordos de uma lesão superficial na pele diminui.</i></p>	
<p>(110213) APROXIMAÇÃO DAS BORDAS DO FERIMENTO <i>Definição conceitual: Movimento pelo qual a distância entre as bordas do ferimento diminui.</i></p>	

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA EM INDIVÍDUOS COM ÚLCERA POR PRESSÃO - VALIDAÇÃO POR CONSENSO

O presente estudo tem por finalidade validar por consenso de enfermeiros com prática clínica assistencial o conteúdo dos resultados de enfermagem (RE) da Nursing Outcomes Classification (NOC), e seus indicadores, selecionados a partir da ligação NOC-NANDA-I, para o diagnóstico de enfermagem (DE) Integridade Tissular Prejudicada em indivíduos adultos com úlcera por pressão (UP). Utilizar-se-á a NOC, que é um Sistema de Classificação de Resultados de Enfermagem, sendo complementar às Classificações dos Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I e das Intervenções de Enfermagem NIC.

Espera-se, com o presente estudo, dar andamento ao processo de implantação da NOC no Processo de Enfermagem da instituição complementando o protocolo assistencial de prevenção e tratamento de UP adotado.

Caso aceite participar da pesquisa e já tenha assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitamos que preencha alguns dados para caracterização da amostra.

Desde já agradecemos sua participação nesse estudo.

- 1) Ano de formatura: _____
- 2) Tempo de experiência profissional como enfermeiro: _____
- 3) Serviço de Enfermagem em que trabalha: _____ Há quanto tempo? _____
- 4) Possui experiência, nos últimos cinco anos, no cuidado a pacientes:
 - Cirúrgicos Sim Não Tempo de experiência: _____
 - Clínicos Sim Não Tempo de experiência: _____
 - Terapia Intensiva Sim Não Tempo de experiência: _____
- 5) Possui prática clínica no cuidado com a pele, especificamente no cuidado a pacientes com UP? Sim Não
- 6) Participa ou participou de grupo de estudos no cuidado com a pele e feridas por no mínimo seis meses nos últimos cinco anos
 - Sim Não Quando? _____ Por quanto tempo? _____
- 7) Conhece o processo de enfermagem e os sistemas de classificação de termos padronizados de enfermagem (NANDA-I e NOC)? Sim Não

- 8) Utiliza o PE e os sistemas de classificação de termos padronizados de enfermagem na prática clínica? Sim Não Qual sistema de classificação? _____
- 9) Possui alguma titulação? Sim Não
- Licenciatura Ano da titulação: _____
- Especialização Qual? _____ Ano da titulação: _____
- Mestrado Ano da titulação: _____
- Doutorado Ano da titulação: _____
- 10) Exerce ou já exerceu Ação Diferenciada no Grupo de Trabalhos para o Diagnóstico de Enfermagem (GTDE) ou Comissão do Processo de Enfermagem (COPE)?
- Não Sim Quando? _____ Por quanto tempo? _____
- 11) Pertence ou já pertenceu a algum Petit Comitê para aperfeiçoamentos dos Diagnósticos de Enfermagem? Não Sim Quando? _____ Por quanto tempo? _____
- 12) Possui produção acadêmica/científica acerca do cuidado com a pele, Processo de Enfermagem ou Classificações de Enfermagem? Não Sim
Quais? _____

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-la(o) a participar da pesquisa **RESULTADOS DE ENFERMAGEM (RE) PARA O DIAGNÓSTICO INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA EM INDIVÍDUOS COM ÚLCERA POR PRESSÃO (UP)- VALIDAÇÃO POR CONSENSO** coordenado pela Prof^a Dr^a Miriam de Abreu Almeida.

Para dúvidas e esclarecimentos do estudo a pesquisadora responsável, supracitada, poderá ser contatada na sala da Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) no HCPA (rua Ramiro Barcellos, 2350, Porto Alegre – RS), 1º andar, telefone 05133598000. Para esclarecimentos éticos o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (localizado no 2º andar, sala 2227 do HCPA) poderá ser contatado através do telefone 05133597640.

O objetivo deste estudo é validar por consenso de enfermeiros com prática clínica assistencial o conteúdo dos RE da Nursing Outcomes Classification (NOC) e seus indicadores, selecionados a partir da ligação NOC/NANDA-I, para o diagnóstico de enfermagem (DE) Integridade Tissular Prejudicada em indivíduos adultos com UP.

Esta classificação compreende os resultados que descrevem o estado, comportamentos, reações e sentimentos do paciente em resposta ao cuidado prestado. Cada resultado contém um nome, sua definição e uma lista de indicadores que descrevem o paciente, cuidador ou família.

Nesse estudo a sua participação constará em avaliar os resultados e seus indicadores propostos pela NOC para o diagnóstico Integridade Tissular Prejudicada para indivíduos adultos com UP. A avaliação será realizada em reuniões presenciais (grupo focal), de até duas horas de duração cada. As reuniões acontecerão até que os objetivos da pesquisa sejam atingidos, estima-se aproximadamente cinco encontros, em sala pré-definida, fora das unidades onde os enfermeiros trabalham. Os encontros serão gravados em áudio, em aparelho MP3, a fim de retomada fidedigna do conteúdo para análise posterior, cujo interesse é exclusivamente da pesquisa em curso.

As informações registradas no instrumento de coleta de dados e a gravação de áudio serão mantidas pela pesquisadora por cinco anos em confidencialidade e anonimato e utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos. Passado este tempo a gravação será deletada e os instrumentos de pesquisa descartados. Da mesma forma, será assegurada isenção de vínculo hierárquico e de coerção no vínculo empregatício do participante. Ou seja, a participação não implicará em sanções administrativas, nem em sua avaliação de desempenho.

Tendo a(o) participante da pesquisa recebido as informações anteriores e, esclarecida(o) dos seus direitos de receber respostas a qualquer pergunta sobre os procedimentos, riscos, benefícios, malefícios e outros relacionados com a pesquisa; de retirar o consentimento, sem justificativa, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer ônus para a sua pessoa; e de não ser identificada(o), mantendo o caráter confidencial das informações, declara estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa autorizando gravação em áudio.

Em seguida assino consentimento.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2012.

OBS: O Termo de Consentimento será assinado em duas vias, ficando uma cópia com a (o) participante e outra com a pesquisadora.

Nome da pesquisadora: _____ Assinatura: _____

Nome da pesquisadora: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE E - CRONOGRAMA DAS SESSÕES DE GRUPO FOCAL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

Projeto de Pesquisa: RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA EM INDIVÍDUOS COM ÚLCERA POR PRESSÃO - VALIDAÇÃO POR CONSENSO

Protocolo HCPA nº 108.690

Pesquisadoras: Enf^a Luciana Nabinger Menna Barreto – Mestranda – Tel: 5193589044

E-mail: Luciana.nabinger@gmail.com

Prof^a Dr^a Miriam de Abreu Almeida - Orientadora

Cronograma de Encontros

Data - Horário	Local	Pauta – Resultados de Enfermagem
11/10/2012 10 às 12h	Sala 547	Cicatrização de feridas: primeira intenção Cicatrização de feridas: segunda intenção Integridade tissular: pele e mucosas Resposta alérgica: localizada Estado nutricional
25/10/2012 10 às 12h	Sala 547	Hidratação Autocuidado: higiene Função sensorial: cutânea Consequências da imobilidade: fisiológicas Conhecimento: regime de tratamento
08/11/2012 10 às 12h 12h às 12h30 confraternização	Sala 547	Conhecimento: controle de infecção Gravidade da infecção Controle de riscos: processo infeccioso Termorregulação Sobrecarga de líquidos severa Perfusão tissular: periférica