UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ALLISON BARROS SANTANA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIAS PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA CARACTERIZADO POR ÚLCERA POR PRESSÃO

PALMAS
2015

ALLISON BARROS SANTANA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIAS PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA CARACTERIZADO POR ÚLCERA POR PRESSÃO

Dissertação de Mestrado Profissional apresentado à banca de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Dra Danielle Rosa Evangelista

PALMAS
2015

ALLISON BARROS SANTANA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIAS PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA CARACTERIZADO POR ÚLCERA POR PRESSÃO

Dissertação de mestrado profissional apresentado à banca de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em:_____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

_____

Profa. Dra. Danielle Rosa Evangelista
Presidente da Banca - Orientadora

_____

Profa. Dra. Leidiene Ferreira Santos
Membro da Banca

_____

Profa. Dra. Gessi Carvalho de Araujo Santos
Membro da Banca

AGRADECIMENTOS

A Deus, São Francisco de Assis e Nossa Senhora por permanecerem sempre ao meu lado, guiando e abrindo novos caminhos. Essa relação guiar-me-á para sempre;

Ao meu Pai José, homem forte e lutador. O senhor é minha base forte, meu espelho de simplicidade. Desculpa minha ausência nos momentos de estudo, quando eu buscava fonte e força para retribuir toda a dedicação e amor concedido a mim. Valeu meu painho por tudo. Te amo!

A minha mãe Lucia, minha vida! A senhora me mostrou todos os caminhos por onde eu tinha que percorrer, deu-me força e alento para superar as dificuldades e aplaudiu minhas conquistas. Te amo minha mainha, que eu possa oferecer tudo que me deste. Sou imensamente feliz por ser seu filho.

A minha irmã, mãe e amiga Candice. Quero ser igual a você. Es meu exemplo de vida. Obrigado por tudo que fizeste. Eternamente grato serei. Essa conquista também é sua. Te amo muito!

Ao meu cunhado João Carlos. Você compartilhou esse sonho direta e indiretamente. Valeu pela força e incentivo. Minha gratidão e apreço sempre.

A minha sobrinha Julia, que durante a construção desse trabalho sempre esteve ao meu lado, querendo brincar no computador.... Você é minha inspiração hoje e sempre!!!

Aos meus tios e tias, meus segundos pais e mães. Obrigado por compartilhar cada momento de minha vida e por rezarem sempre por mim. Que Deus os abençoe sempre. Amo muito vocês.

A Dra. Danielle Rosa, minha orientadora, que tanto me ajudou na construção desse trabalho. Nossa troca de conhecimento garantiu a construção desse empreendimento. Obrigado por tudo!

Aos mestres, em especial a Dra. Gessi Carvalho, Dra. Maria Marcia Bachion e Dra. Maria Romana Friedlander, exemplos de profissionalismo e competência que levo para minha vida. Obrigado por dividir comigo seus conhecimentos, contribuindo para a formação do meu; levo de cada um qualidades que prezo e galgo para meu caminhar profissional. O meu muito obrigado!

A direção da instituição que possibilitou a realização desse estudo e, principalmente a equipe de enfermagem desse nosocômio pela disponibilidade e apoio prestados. Obrigado!

A todos que, direta ou indiretamente fizeram parte desse sonho, compartilhando cada conquista.

RESUMO

O tratamento das UPP requer intervenções especializadas e complexas, portanto é importante investir em medidas de prevenção desse agravo à saúde. Este estudo teve por objetivo identificar as Intervenções de Enfermagem indicadas na Nursing Interventions Classification - NIC como prioritários para o Diagnóstico de Integridade de Pele Prejudicada caracterizado por Úlcera por Pressão, na situação de pacientes portadores de UPP em UTI. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, realizada em um hospital regional no estado do Tocantins. Participaram 21 Enfermeiros atuantes em UTI. Utilizou-se como Técnica de Coleta de Dados dois questionários. Cada Enfermeiro recebeu um link com as intervenções da NIC para o diagnóstico Integridade da Pele Prejudicada e solicitou-se que indicassem intervenções relacionadas ao tratamento das UPP. As atividades foram pontuadas por meio de escala Likert de cinco pontos e analisadas em programa estatístico. As respostas dadas as intervenções de Enfermagem foram analisadas e consideradas como prioritárias, àquelas com resposta entre 4 e 5; as pontuadas como 3 foram analisadas o conceito da intervenção contido na NIC e sua correlação com a prática clinica. O trabalho foi aprovado junto ao Comitê de Etica em Pesquisa do Centro Universitário luterano de Palmas – CEULP/ULBRA sob o número 809.225. Das 51 intervenções para o Diagnóstico de Enfermagem Integridade da Pele Prejudicada, 32 foram pontuadas como prioritárias, intervenções como: *Cuidado com lesões – drenagem fechada, Cuidado com local de incisão, Cuidado com Períneo, cuidado com estomas, Cuidado com pele: local de doação e local de enxerto, estimulação elétrica transcutânea de nervos e precaução no uso de artigos de látex*, mesmo sendo utilizadas em algum momento da assistência, conforme resposta dos sujeitos, não são pontuadas em estudos na prática clínica em UTI a pacientes com UPP. As intervenções *administração de medicamentos, terapia nutricional, administração de Nutrição Parenteral Total (NPT), precauções circulatórias, controle da nutrição, imobilização, monitorização de extremidades, supervisão de pele, posicionamento, controle da pressão, banho, cuidado com a pele, cuidado com prótese, cuidado com tração/imobilização, cuidado com UPP, cuidado com o repouso no leito, monitorização dos sinais vitais, prevenção de UPP, promoção de exercícios e promoção de exercícios: alongamento; irrigação das lesões, cuidado com repouso no leito, cuidado com UPP, promoção de exercício,* foram pontuadas como prioritárias na prática em UTI e usuais a pacientes portadores de UPP. Algumas intervenções mencionadas não condiziam ao processo cuidativo da Enfermagem a pacientes com UPP, tendo em vista suas características conceituais e clínicas. As intervenções de Enfermagem utilizadas pelos Enfermeiros no momento da assistência, abrangem as dimensões preventivas e terapêuticas do cuidado. Um fator limitante do estudo seja o número de Enfermeiros envolvidos na pesquisa, fato este que nos leva a indicar a elaboração de novas pesquisas sobre a temática, novos DE relacionados á UPP, assim como estudos de mapeamento cruzado das intervenções aqui identificadas como prioritárias pela NIC, com as utilizadas no cotidiano terapêutico dos Enfermeiros da UTI, que assistem clientela portadoras de UPP.

PALAVRAS-CHAVE: Intervenção de Enfermagem; Úlcera por Pressão; UTI

ABSTRACT

Pressure ulcer is defined as cell death in a localized area that develops when a soft tissue is compressed between a bony prominence and a hard surface for a certain period of time. Due to long stay in bed, maintaining patient's physical integrity in the Intensive Care Unit (ICU) is between the items of basic care needs. Actions developed by the nursing team to meet

physical integrity basic needs has been updated and expanded as described in the literature. This study aimed to identify the priority nursing interventions listed in the Nursing Interventions Classification – NIC for the NANDA Diagnosis of Impaired Skin Integrity in ICU patients with pressure ulcer. It is a descriptive and exploratory study performed in a regional hospital in Tocantins state, Brazil. 21 ICU nurses participated in this research. Two questionnaires were used as data collection technique. Each nurse received a link with NIC interventions for the NANDA diagnosis of Impaired Skin Integrity. Activities were analyzed using a five points Likert scale. Data were registered using Microsoft Office Excel and subsequently released to Statistic Package for Social Sciences (SPSS) version 15.0. The given answers were analyzed and classified as priority only those scored between 4 and 5; those scored as 3 were analyzed its NIC concept as well as its correlation to the clinical practice. This study was approved by the Ethics Committee in Research of Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA) under number 809.225. From 51 NIC interventions for the NANDA diagnosis of Impaired Skin Integrity, 32 were scored as priorities. Interventions such as *Care of injuries – closed drainage, Care of incision site, Care of perineum, Care of stoma, Care of skin: donor site and graft site, Transcutaneous electrical stimulation of nerves and Caution in the use of latex articles*, even if used at some point during assistance were not scored in studies in clinical practice over ICU patients with pressure ulcers according to these subjects. The interventions *Medication administration, Nutritional therapy, Total Nutritional Parenteral administration (NPT), Circulatory precautions, Nutritional control, Immobilization, Monitoring body ends, Skin surveillance, Positioning, Pressure control, Bath, Skin care, Care of prosthesis, Care of traction/immobilization, Care of pressure ulcers, Care of bed rest, Vital signs monitoring, Prevention of pressure ulcers, Exercise promotion and Exercise promotion: stretching and Irrigation of injuries* were scored as priority in ICU practice and usual for patients with pressure ulcers. Some mentioned interventions did not match the nursing care process for patients with pressure ulcers given its conceptual and clinical characteristics. The nursing interventions used by nurses at the time of care cover preventive and therapeutic dimensions of care. A limitation of the study is the number of nurses involved in the research, a fact that leads us to recommend the development of new researches on the subject, new NANDA diagnosis related to pressure ulcers as well as cross-mapping studies of NIC interventions here identified as priorities with those used in therapeutic daily work of ICU nurses who assists clients suffering from pressure ulcers.

KEYWORDS: Nursing Intervention; Pressure Ulcer; Intense Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Distribuição do número de Enfermeiros de acordo com a característica da amostra, Hospital Regional de Araguaina, nov. 2014.....28

Tabela 02 – Intervenções de Enfermagem relacionadas à ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014.....28

Tabela 03 – Intervenções de Enfermagem relacionadas ao CUIDADO selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014.....29

Tabela 04 – Intervenções de Enfermagem relacionadas ao BANHO e CUIDADOS selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014.....30

Tabela 05 – Intervenções de Enfermagem relacionadas à IMOBILIZAÇÃO, IRRIGAÇÃO e POSICIONAMENTO selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014.....32

Tabela 06 – Intervenções de Enfermagem relacionadas à MONITORAÇÃO selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014.....33

Tabela 07 – Intervenções de Enfermagem relacionadas à ESTIMULAÇÃO selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014.....34

Tabela 08 – Intervenções de Enfermagem relacionadas à INFECÇÃO e SUPERVISÃO selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014.....35

Tabela 09 – Intervenções de Enfermagem relacionadas à TERAPIA selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014.....35

Tabela 10 – Intervenções de Enfermagem relacionadas à PRECAUÇÃO, PROMOÇÃO, REDUÇÃO DE SANGRAMENTO, PREVENÇÃO DE ÚLCERA, SUTURA e NUTRIÇÃO

selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014.....36

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....09

2. OBJETIVOS.....14

2.1 Objetivo Geral.....14

3. REVISÃO DE LITERATURA.....15

3.1 Úlcera por Pressão: etiogenia, classificação e localização.....15

3.2 Prevenção e Tratamento.....17

3.3 A equipe de Enfermagem e a assistência às Úlceras por Pressão: Processo de Enfermagem.....20

4. METODOLOGIA.....23

4.1 Tipo de Estudo.....23

4.2 Local do Estudo.....23

4.3 População e Amostra.....24

4.4 Instrumento e Técnica de Coleta de Dados.....24

4.5 Análise dos Dados.....26

4.6 Procedimentos Éticos-legais.....26

5. RESULTADOS.....27

5.1 Caracterização da Amostra.....27

5.2 Classificação das Intervenções de Enfermagem.....28

6. DISCUSSÃO.....38

7. CONSIDERAÇOES FINAIS.....42

8. REFERÊNCIAS.....44

Apêndice A.....51

Apêndice B.....52

Apêndice C.....57

1 INTRODUÇÃO

No ambiente hospitalar da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), cabe a equipe de Enfermagem dar ênfase ao cuidado contínuo, requerendo uma base sólida de conhecimentos

para a qualidade assistencial, embasada em conhecimentos científicos (SANTANA; SOUZA, 2007).

A prática assistencial em UTI visa a execução de cuidados de Enfermagem especializados e de alto desempenho tecnológico para o atendimento aos pacientes/clientes gravemente enfermos e/ou em estado crítico, com múltiplas necessidades a serem compreendidas e atendidas (SILVA *et al,* 2013).

Um dos instrumentos metodológicos utilizados para a execução cuidativa em Enfermagem é o Processo de Enfermagem (PE), o qual usa etapas do método científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações que contribuem para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade, visando assistência ao ser humano (CIANCIARULLO *et al,* 2012).

Entende-se por PE ações sistematizadas e inter-relacionadas, dirigidas para uma a assistência ao cliente, executada de maneira dinâmica; uma vez que se trata de um método de sistematização centrado na organização, pensamentos e tomadas de decisões para solução ou amenização de problemas, constituído por um conjunto de etapas que envolvem a Coleta de Dados (histórico de enfermagem), definição dos Diagnósticos de Enfermagem (DE), Planejamento da Assistência, Implementação das Intervenções e Avaliação, mediante uma abordagem voltada à solução de problemas e ao estabelecimento de metas, sob a ótica de modelos conceituais de enfermagem (BARBOSA; MARCACINE, 2009; PAGANIN *et al,* 2010).

Devido à longa permanência no leito, aliada a situações de ordem técnica, ambiental, patológica e de assistência médica e de enfermagem, a manutenção da integridade física do paciente/cliente na UTI, está dentre os itens de necessidades básicas de cuidados de saúde de grande relevância com relação direta na qualidade da assistência prestada e interferência no prognóstico (SANTANA; SOUZA, 2007).

As ações assistenciais desenvolvidas pela enfermagem (mudança de decúbito, hidratação da pele, limpeza de pele e troca de curativos) para suprir as necessidades básicas de integridade física, vem sendo atualizadas e ampliadas ao longo dos anos, assim entende-se que a ocorrência de Úlcera por Pressão (UPP) é uma alteração extremamente relevante e com relação direta com as ações de Enfermagem (FERNANDES *et al, 2*012).

A UPP é definida como a morte celular de uma área localizada que se desenvolve quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um determinado período de tempo; resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento (PARANHOS, 2003; DICCINI, CAMADURO, IIDA, 2009).

Estudo multicêntrico realizado com 843 pacientes evidenciou incidência de UPP de 8,5% nos Hospitais Universitários, 7,4% nos centros médicos e 23,9% nas casas de repouso; nacionalmente a incidência varia de 17,7% e 39,8%. Vale ressaltar que a incidência de UPP é considerada um indicador da qualidade da assistência (DICCINI; CAMADURO; IIDA, 2009). Sua presença é associada ao aumento da carga de trabalho da Enfermagem, aumento dos custos, como também da morbidade e mortalidade dos pacientes internados (LIMA; GUERRA, 2011).

É necessário estabelecer nas instituições de saúde um padrão mínimo de qualidade assistencial, entendido como um conjunto de ações em torno das quais há consenso sobre as condutas mais adequadas por parte dos profissionais de enfermagem. Uma das condutas é a investigação de fatores de risco ao desenvolvimento de UPP em pacientes da UTI com o uso de escalas de avaliação de risco para UPP, validadas e padronizadas, que predizem o risco do paciente em desenvolver a lesão, como exemplo, a escala de Braden, Gosnell, Norton e Waterlow (BRADEN, BERGSTROM, 1987; LUCENA *et al,* 2011).

Araújo, Moreira e Caetano (2011) em estudo que objetivou avaliar o risco para UPP em pacientes críticos, verificaram o desenvolvimento da lesão na maioria dos participantes,

gerando uma preocupação para os profissionais, principalmente no que tange à umidade, mobilidade e alterações neurológicas (rebaixamento no nível de consciência).

Outra medida eficaz é a universalização do processo cuidativo na Enfermagem, ressaltando-se a importância da padronização de linguagem tanto dos DE, quanto das intervenções e da avaliação dos resultados. Atualmente existem sistemas de classificação para as práticas de Enfermagem (Taxonomias) utilizadas e validadas, dentre elas a: *North American Nursing Diagnosis Associations* (NANDA) para os DE, *Nursing Interventions Classifications* (NIC) para a classificação das intervenções de enfermagem e *Nursing Outcomes Classifications* (NOC), para a classificação e avaliação dos resultados de enfermagem, de forma a unificar e padronizar a linguagem para os profissionais de enfermagem, com visibilidade à melhoria da prática clínica (JOHNSON *et al,* 2009).

Vale ressaltar que, considerando a linguagem padrão aos cuidados em enfermagem, Chianca, Lima e Salgado (2012) identificaram DE comuns em quarenta e quatro (44) pacientes internados em UTI; tais como, Integridade da Pele Prejudicada, Integridade Tissular Prejudicada e Mobilidade Física Prejudicada. Estes possuem intervenções específicas, direcionadas e comuns (cuidado com lesão, cuidado com nutrição, cuidado com UPP) aos pacientes com lesão de pele.

O PE é constituído por cinco etapas (Coleta de Dados, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação do Cuidado e Avaliação). Nesta perspectiva o objeto de avaliação do estudo desta pesquisa está direcionado à identificação das Intervenções de Enfermagem (Planejamento de Enfermagem) presentes na NIC prioritárias para o Diagnóstico de Enfermagem Integridade da Pele Prejudicada, na prática dos enfermeiros (COFEN, 2009).

É necessário entendermos a relação do DE mencionado com o surgimento da UPP, a fim de elencar intervenções prioritárias e resolutivas. O DE Integridade da Pele Prejudicada é definido como epiderme e/ou derme alterada (NANDA, 2013).

As intervenções da NIC proporcionam uma linguagem padronizada para os enfermeiros descreverem o que fazem, podendo assim documentar suas ações específicas (ANDRADE, 2007).

Contextualizando essa dinâmica de cuidados ao ambiente da terapia intensiva no estado do Tocantins alguns entraves são identificados quanto à execução do Processo de Enfermagem, principalmente no que se refere à carga excessiva de trabalho, falta de insumos materiais e dimensionamento incompatível com a demanda.

Outro aspecto que impede a implementação do PE, está no fato deste ser realizado de maneira fragmentada e com dificuldade de execução pelos membros da equipe de Enfermagem. As cinco etapas do processo (Coleta de Dados, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação do Cuidado e Avaliação), até então a serem pontuadas de forma interligadas, ficava à cargo apenas da Coleta de Dados, Diagnóstico de Enfermagem e Avaliação.

Frente aos dados apresentados, espera-se que esta pesquisa possa subsidiar estratégias para um cuidado integral aos pacientes com UPP, assim como para desenvolvimento deliberativo das ações de enfermagem, garantido ao enfermeiro caminho para a sua prática assistencial à aplicabilidade do PE aos portadores de UPP, promovendo e aprimorando o pensamento crítico no cenário clínico, favorecendo a flexibilidade cognitiva, melhorando a comunicação e prevenindo erros, omissões e repetições desnecessárias na prática diária do cuidar.

Dessa maneira, o estudo foi norteado com o seguinte questionamento: Quais as intervenções de enfermagem, contidas na NIC, prioritárias para o Diagnóstico de

Enfermagem Integridade da Pele Prejudicada, para os pacientes da UTI portadores de Úlcera por Pressão?

Os resultados desse estudo poderão corroborar para a produção de novas pesquisas, conhecimentos e hipóteses, contribuindo para a evolução da Enfermagem enquanto ciência e adequação das práticas assistenciais existentes no âmbito hospitalar do estado do Tocantins.

2 OBJETIVO

- Identificar, conforme Taxonomia da *Nursing Interventions Classifications* (NIC), as Intervenções de Enfermagem prioritárias para pacientes hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva, com Diagnóstico de Enfermagem Integridade da Pele Prejudicada, caracterizado por Úlcera por Pressão.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Úlceras por pressão: etiopatogenia, classificação e localização

UPP é definida como área de necrose celular, que condiz com o rompimento de estrutura anatômica normal e da função da pele, quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea, por certo período de tempo, e que não cicatriza de forma fisiologicamente esperada; outros fatores também podem associar-se às UPP, porem não há esclarecimentos completos (BERGSTRON *et al*, 1994; BRASIL, 2013; POTTER; PERRY, 2013).

Em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os índices referentes às UPP são mais elevados que em outras unidades hospitalares devido as características dos pacientes e pela presença de fatores de risco nestes, relacionados principalmente à instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória, gravidade da doença, falência de órgãos (CUDDIGAN *et al*, 2001; COOPER, 2013).

Durante o processo fisiológico de metabolismo celular, sangue e nutrientes são levados aos tecidos orgânicos favorecendo a sua oxigenação; qualquer fator que interfira na dinâmica celular normal, impedindo e/ou diminuindo a circulação celular, pode resultar em isquemia tecidual, esta que é definida segundo Cotran, Kumar e Collins (2000), como perda do suprimento sanguíneo em virtude da redução do fluxo arterial ou drenagem venosa em tecidos.

Em se tratando do fluxo sanguíneo celular, a pressão capilar interfere diretamente na intensidade da pressão tecidual. Cabe salientar que a pressão capilar gira em torno de 16 a 32 mmHg; qualquer valor que exceda a variação normal, acarretará em anóxia tecidual e morte celular. Neste sentido, uma pressão aplicada em tecidos moles por certo período de tempo, pode fazer com que os vasos sanguíneos entrem em colapso ou sofram trombose, resultante da interferência da má oxigenação e nutrição dos tecidos envolvidos, assim como no acúmulo de produtos oriundos do catabolismo celular (PARANHOS, 2003; POTTER; PERRY, 2013).

Outro fator que está relacionado ao efeito patológico da pressão, é a tolerância tissular influenciada pela capacidade da pele e estruturas interligadas em trabalharem juntas na redistribuição das cargas impostas aos tecidos. Vale ressaltar que a força de pressão aumenta quanto menor for à área de contato. Dessa maneira, se a pressão externa exceder o valor normal do capilar, ocorre rompimento dos vasos sanguíneos, levando a formação de edema,

dificultando a circulação de nutrientes e oxigênio, elevando consequentemente a pressão nos espaços livres celulares, resultando em áreas hiperemiadas (PARANHOS, 2003).

Conforme Potter e Perry (2013), as áreas hiperemiadas podem ser classificadas em reativa normal e anormal. A hiperemia reativa normal está relacionada ao processo de vasodilatação localizado em resposta normal do corpo à falta de suplemento sanguíneo, enfatiza-se que tal processo dura cerca de uma hora, voltando à pele a seu padrão tecidual normal. No que diz respeito à hiperemia reativa anormal, as autoras afirmam ainda que o processo condiz com uma vasodilatação excessiva, insensibilidade na resposta à pressão, edema localizado sob a pele e duração de mais de uma hora ou semanas após a remoção da pressão.

Destaca-se, também, que a nutrição e a idade pontuam o marco intrínseco na formação da UPP por interferir diretamente no metabolismo celular. A má nutrição é considerada um fator primário, por alterar nas fases do processo de cicatrização e diminuir a tolerância do tecido à pressão. A idade avançada traduz, substancialmente, risco e incidência em UPP. Textura da pele comprometida, redução da elasticidade tecidual e respostas inadequadas à cicatrização, são pontos importantes a serem levados em consideração em pacientes idosos e de risco, no aparecimento das UPP (PARANHOS, 2003).

De acordo com a *Agency for Helth Care Policy and Reseach* (AHCPR, 1994) a força de cisalhamento é a pressão exercida contra a pele em direção paralela à superfície do corpo, podendo somar a esta o fator gravidade, assim como à ação de forças cortantes a fricção que é pontuada como uma força exercida sobre a pele quando esta desliza em uma superfície áspera. Na maioria das vezes, a fricção ocorre em pacientes que não conseguem se reposicionarem ao leito, condição muito comum nos pacientes internados na UTI em virtude dos mesmos estarem, instáveis, acamados e com alteração no nível de consciência (COSTA, 2003).

A umidade também caracteriza-se como um fator de risco para UPP por alterar a resistência da epiderme às forças externas. Este fator pode está diretamente relacionado à alteração no nível de consciência, condições neurológicas ou como consequência de uma incontinência intestinal e vesical, drenagem de feridas, assim como da transpiração, tornando a pele macerada e irritada, vulnerável ao rompimento por pressão (SMELTZER; BARE, 2011).

A classificação mais utilizada no cenário científico é a elaborada pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), que categoriza as UPP em quatro estágios, referenciando o grau da lesão e sua profundidade. Atualmente, outras classificações foram inseridas no

cenário terapêutico: Lesão Tecidual Profunda, as Úlceras de pacientes terminais ou Úlceras de Kennedy e as não estadiáveis (BRASIL, 2013; COOPER, 2014).

O primeiro estágio é caracterizado pela alterações da pele intacta, relacionadas à pressão, indicado por eritema não esbranquiçado, mudança da consistência do tecido (aparecimento de edema, endurecimento ou amolecimento), sensação de coceira ou queimação. O segundo estágio envolve a epiderme, derme ou ambos, e é evidenciado por lesão superficial e clinicamente caracterizada por uma abrasão, bolha ou cratera rasa. O terceiro estágio condiz com modificações pertinentes a necrose do tecido subcutâneo, não atingindo a fáscia muscular; clinicamente apresenta-se como uma cratera profunda. O quarto estágio é marcado por grande alteração tecidual, necrose celular e danos em músculos, ossos, e estrutura de suporte, como tendões e articulações (NOGUEIRA, CALIRI e HAAS, 2006).

A Lesão Tecidual Profunda é caracterizada por uma área avermelhada ou púrpura, localizada em pele íntegra descorada ou com presença de flictema preenchida com sangue. As Úlceras de Kennedy se caracterizam por lesões com evolução rápida (poucas horas), aparentemente em pacientes terminais. As Úlceras não estadiáveis são aquelas na qual a profundidade da lesão está bloqueada pela presença de escara e/ou tecido necrótico (BRASIL, 2013; COOPER, 2014).

As regiões escapular, crista ilíaca, trocanter, sacra, ísquio, maléolo lateral, extremidade lateral do pé e calcanhar são as áreas mais acometidas em pacientes com risco de desenvolvimento de UPP. Nogueira, Caliri e Haas (2006) afirmam ser a região sacra e os calcâneos as áreas de maior frequência de lesão. Em protocolo de cuidado realizado recentemente, Cooper (2014) descreve que as regiões do cóccix, trocanter e calcanhar, são as mais afetadas, quando em pressão constante.

3.2 Prevenção e Tratamento

Em virtude do tempo destinado aos cuidados às UPP e no alto custo de seu tratamento, optou-se pela aplicação de escalas de avaliação ou instrumento de medidas como delineamento no plano de cuidados. De acordo com Paranhos (2003), a avaliação inclui múltiplas variáveis, devendo ser feita de maneira sistematizada para determinação do diagnóstico e elaboração do plano de cuidados.

Em referência aos pontos citados anteriormente, a escalas de Norton, Braden, Gosnel e o método *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH), merecem menção no que tange as formas avaliativas de medição de risco. Braden, dentre os demais, tem sua escala como a mais

utilizada como predição de risco para UPP entre a comunidade médico-assistencial por apresentar confiabilidade e validade em suas aplicações (COSTA, 2003).

O instrumento ou escala de Braden é formado por seis sub-escalas dando ênfase aos aspectos que envolvem a percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e força de cisalhamento e fricção, variando seus escores de 6 a 23 pontos, em que o menor valor representa maior predição às UPP e o maior valor, infere em menor risco para o desenvolvimento (COSTA, 2003; POTTER; PERRY, 2013). Em UTI, no momento da admissão, é de responsabilidade do Enfermeiro avaliar a integridade da pele do paciente, por meio das escalas de avalição, em menção a de Braden, a fim de planejar a assistência ao paciente (SANTOS *et al*, 2013).

O último instrumento citado no estudo, diz respeito ao *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH). Em tradução para a língua portuguesa, Azevedo *et al* (2005) apresentou os parâmetros utilizados na avaliação do processo cicatricial e resultados de intervenção que gira em torno da verificação da área da ferida, quantidade de exsudato presente, como também a aparência do leito da ferida.

Além de ações preventivas realizadas por meio do uso das escalas, os cuidados com a pele precocemente, a redução da carga mecânica, a utilização de superfícies de suporte e a educação, constituem medidas salutar nas abordagens as UPP, no intuito de minimizar o sofrimento bio-psico-socio-espiritual do paciente e o dispendioso tempo destinado à equipe de enfermagem ao cuidado do portador da úlcera. Serpa *et al* (2011), afirmaram em seu estudo que, pacientes internados na UTI apresentam características peculiares; dessa maneira estudos devem ser realizados na tentativa de analise ampla no que concerne à imobilidade no leito, déficits nutricionais, assim como alterações circulatórias e estudos em unidades cirúrgicas e neurológicas.

No que se refere ao tratamento da UPP, embora sendo a reparação tecidual um processo sistêmico, é necessário viabilizar condições locais que favoreçam o processo fisiológico por meio da limpeza da ferida, coberturas utilizadas e terapia tópica, fazendo alusão à remoção de tecidos necrosados e de corpos estranhos, identificação e eliminação de processos infecciosos, absorção do excesso de exsudato, manutenção do leito úmido e proteção da ferida contra traumas e invasão bacteriana (BLANES, 2004).

Dando ênfase ao processo de limpeza, Yamada (2003) em seu estudo faz relevância à utilização da técnica, somada a outros procedimentos que utilizam de ações mecânicas e/ou químicas, como o desbridamento e o uso de coberturas.

Em se tratando do processo de limpeza, Santos (2001) a refere como ação que envolve o uso de soluções para a remoção de contaminantes inflamatórios, tecidos desvitalizados e corpos estranhos presentes na superfície da ferida, viabilizando a cicatrização.

Em seu exposto, levando em consideração as normas estabelecidas pela AHCPR, Yamada (2003) afirma que em feridas crônicas a técnica a ser instituída é a limpa, incorrendo na utilização de luvas de procedimentos; já em pacientes imunodeprimidos e com invasão de corrente sanguínea utiliza-se a forma estéril, fazendo uso de pinças e luvas estéril. Ainda sob o foco em questão, a utilização de tais técnicas fica a cargo dos profissionais que compõem o corpo clínico da instituição, fazendo alusão ao uso de protocolos de cuidados, como também no manejo educativo e na avaliação das condições gerais do cliente.

Após o aparecimento da UPP, a ferida deve ser avaliada quanto à localização, estadiamento, tamanho, trajeto, presença de túneis, exsudato, escara e presença de tecido de granulação para a tomada de decisão quanto à terapêutica a ser seguida. Em se tratando dos pacientes gravemente enfermos, direciona as etapas sequenciadas para avaliação das lesões: avaliação da UPP na admissão de todos os pacientes, reavaliação diária de risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes internados, inspeção diária da pele, manejo da umidade, otimização da nutrição e da hidratação e minimizar a pressão (BRASIL, 2013).

Dentre os produtos que podem ser usados no tratamento da UPP, destaca-se a papaína. Seu uso foi difundido no Brasil a partir da década de 80 após a Organização Mundial de saúde (OMS) buscar esforços em métodos alternativos terapêuticos para as feridas crônicas por meio de recursos de origem mineral, vegetal e animal. Originado da *Carica papaya* (mamão), a papaína é notadamente preferida como método de escolha pela reconhecida eficácia no processo cicatricial, confluindo em respostas benéficas aos procedimentos hospitalares e buscando o restabelecimento mais rápido do paciente por atenuar o desconforto. Em concentrações variadas (1%, 2%, 4% e 10%), a papaína tem propriedade antiinflamatória e bactericida, facilitando a cicatrização sem causar dano ou efeito indesejável ao usuário (SILVA, 2003).

Os agentes antissépticos são alvos de alerta quanto a seu uso, já que apresentam função reduzida para a reparação tecidual, sendo assim evitado no interior da ferida, tal uso está destinado à pacientes, cuja ferida apresenta reduzido suprimento sanguíneo, imunodeprimidos ou com balanço protéico negativo. Os antissépticos atuam reduzindo a carga bacteriana e os mais utilizados são: O Iodopovidona (PVPI), a clorexidina, ácido acético, hipoclorito de sódio e água oxigenada (YAMADA, 2003).

Assim, quando o processo de limpeza não se constitui de maneira eficiente, outro método deve ser instituído com técnica mais agressiva, este conhecido como desbridamento. Com o objetivo de promover a limpeza da ferida, favorecendo o processo de cicatrização, reduzindo e impedindo a proliferação de bacteriana, o desbridamento é utilizado em condições de purulência, presença de corpos estranhos, esfacelos e grandes áreas de necrose; devendo ser evitado em feridas de membro inferior com perfusão duvidosa e presença de escara em paciente terminal (YAMADA, 2003).

Segundo estudo feito por Rogenki (2011) os métodos mais utilizados na prática clínica são o desbridamento autolítico, enzimático, mecânico e cirúrgico. No desbridameto autolítico usa enzimas presentes no próprio organismo para dissolver o tecido necrótico; é um método seletivo, não invasivo e indolor. No enzimático usa-se agentes químicos que são seletivos para o tecido escarificado; como exemplo temos a papaína. A força física para a remoção de tecido desvitalizado é verificado no desbridamento mecânico, por meio da retirada da gaze no leito da ferida ou uso de pinças. Por último, no desbridamento instrumental, faz-se referência aos métodos cirúrgicos na retirada da necrose tecidual.

A gaze é ainda a cobertura comumente utilizada pela comunidade assistencial por sua alta absorção e baixo custo. Filmes transparentes, hidrocolóides, hidrogel, espuma de poliuretano, alginato, carvão ativado, colágeno e fatores de crescimento, garantem melhor desenvolvimento granulativo da ferida e atuam de forma especifica nas UPP no que alui a presença de escara, esfacelo, exsudato e corpos estranhos, cabendo ao cuidador discernimento e compromisso em proteger o cliente e garantir sua unicidade (BANJAY *et al,* 2003).

Diante do exposto, evidenciando todo o processo que resulta no aparecimento das UP e como se segue na sua abordagem preventiva e terapêutica, ressaltaremos o papel primoroso e substancial que a equipe de enfermagem executa em suas ações junto ao paciente portador de uma UP.

3.3 A equipe de enfermagem e a assistência às Úlceras por Pressão: Processo de Enfermagem

Segundo a literatura, a arte do cuidar representa uma relação de amor, amizade, de desvelo, preocupação; cuidar é mais que uma arte singular, representa um modo de ser e de como as pessoas se relacionam com o mundo e com os outros. No âmbito da saúde, o termo

em questão reza pela prestação de assistência física, biológica, psicológica, social, econômica e espiritual, ação esta executada de maneira relevante pela equipe de enfermagem, que tem no cuidar o seu bem mais interno, baseado em fundamentação científica e em evidências que dão suporte técnico para este cuidado prestado (ZOBOLI, 2004; LOPES, 2005; PARANHOS, 2003).

Segundo Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, a legislação que norteia as ações referentes à equipe de enfermagem diz nos artigos 8º, 10º e 11º, os atributos alusivos a cada membro. Ao enfermeiro incumbe a tarefa de direção e organização de órgãos, planejamento, auditoria, consultoria e todos os processos que se alojam no cuidado integral, sistemático, humanizado ao paciente, utilizando-se do método científico na adequação á assistência ao cliente. As ações destinadas aos técnicos e auxiliares de enfermagem dizem respeito, principalmente, no ato de assistir ao enfermeiro e na execução de procedimentos que não demande caráter invasivo (COREN, 2005).

Neste sentido, a forma pela qual o Enfermeiro põe em prática seu processo de trabalho, diz respeito à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) através do PE. A SAE é um método científico que orienta o cuidado de enfermagem e a documentação da prática profissional, confere maior visibilidade e credibilidade a profissão de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

De maneira geral percebe-se que a SAE, enquanto processo organizacional, oferece subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado. As metodologias de cuidado, independente das denominações, representam, atualmente, uma das mais importantes conquistas no campo assistencial da enfermagem. O profissional imbuído nesse processo precisa, entretanto, ampliar e aprofundar, continuamente, os saberes específicos de sua área de atuação, sem esquecer o enfoque interdisciplinar e/ou multidimensional (NASCIMENTO *et al*., 2008).

É importante compreender que a SAE, implementada pelo PE, favorece maior autonomia para o enfermeiro, respaldo seguro por meio do registro que garante a continuidade/complementaridade multiprofissional, além de promover uma aproximação enfermeiro – usuário, enfermeiro – equipe multiprofissional (NASCIMENTO *et al*., 2008).

Para realizar o PE é importante que o enfermeiro tenha pensamento crítico e raciocínio clínico, julgando quais informações são importantes e contribuem para qualificar a assistência à saúde do paciente, promovendo a segurança do paciente e uma assistência de excelência; assim como possibilita ao Enfermeiro identificar, compreender, descrever, explicar e/ou predizer como o paciente responde aos problemas vivenciados e suas respostas, a fim de ser

realizada intervenções atinentes à necessidade em questão (CAMPANA, 2009; ANDRADE; CHIANCA, 2013).

Enfocando as ações da equipe de enfermagem às UPP, fica clara a necessidade do empenho técnico-assistencial. A importância do conhecimento científico é destacada por Rabeh (2001) em virtude da busca significativa da qualidade da assistência e da desvinculação de dados tradicionais e mitos, as quais estabelecem efeitos danosos na prática cuidadora e assistencial.

O enfermeiro é hoje um dos responsáveis pelo cuidado direto e pelo gerenciamento das assistências, caindo para a equipe de enfermagem a maior parcela do cuidado (RANGEL *et al,* 1999). Vale ressaltar que, uma multidisciplinaridade é de fundamental relevância no cuidado holístico ao cliente portador de UPP.

Em seu estudo, Ferrari (2006) expõe que em média, a permanência do paciente em uma UTI gira em torno de quatro a seis dias, com possibilidade de sobrevida em 80%. Qualquer ação que reduza tais permanências em leitos intensivos, aliado a uma abordagem de qualidade, reduz significativamente os índices de UPP. Para tais assertivas, Júnior, Laselva e Guastelli (2006) acrescentam que a UTI deve dispor de recursos que propiciem a cliente e funcionários condições normais de emergência e demais cuidados assistenciais.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória.

O caráter exploratório na pesquisa proporciona maior familiaridade com o problema a ser estudado, tornando-o mais visível, com possibilidade de construção de hipóteses. O cunho descritivo pontua nas minúcias das características de determinada situação, estabelecendo relação entre variáveis (GIL, 2002).

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital Público, situado na cidade de Araguaína – TO, que é vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS e classificado como de grande porte. É referência para a Macrorregião do Tocantins, assim como para outros estados, como Pará e Maranhão.

O lócus do estudo compreendeu as UTI, atualmente com vinte 20 leitos, divididos em clinica geral, neurológica e cirúrgica. Os pacientes atendidos nesta unidade hospitalar demandam cuidados especializados. Para tanto, são formadas equipes multidisciplinares que atuam, conjuntamente. Essas equipes são compostas por diversos profissionais de saúde, entre eles enfermeiros, elemento fundamental na prevenção e cuidado de pacientes portadores de UPP.

Vale ressaltar que a equipe de Enfermagem desse hospital é pioneira no estado no que diz respeito à comissão de curativos e de adequação da assistência com a implementação do PE; mesmo este sendo executado de forma fragmentada e com dificuldade de desenvolvimento, seja por deficiência na formação acadêmica e/ou capacitação em serviço.

4.3 População

Tratou-se de uma população compreendida por enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva investigada.

Usou-se critérios de exclusão mediante seleção de especialista, peritos ou *expert;* conforme modelo de Fehring, assim como de estudos recentes de priorização de Intervenção de Enfermagem (ALMEIDA *et* al, 2011; BAVARESCO, 2012; SEGRANFREDO, 2010; ANDRADE, 2007; FEHRING, 1987) conforme listados abaixo:

- Atuar em terapia intensiva ou na assistência direta a pacientes gravemente enfermos portadores de Úlcera por Pressão – UPP, por no mínimo seis (06) meses; tempo compatível para conhecimento da rotina setorial e envolvimento com a unidade;
- Ter prática clinica no cuidado com a pele, especificamente aos portadores de UPP; comprovada por meio da participação em eventos da área, comissão de curativos e/ou protocolo de pele.

4.4 **Instrumentos e Técnicas de Coleta de Dados**

Utilizou-se como Instrumento de Coleta de Dados questionários eletrônicos: um de identificação da amostra (Apêndice A) e outro com as intervenções propostas pela NIC (Apêndice B) (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2010). Tais instrumentos foram condensados numa *home page*, exclusiva para a execução da pesquisa e análise das respostas dos sujeitos do estudo.

Cada Enfermeiro participante do estudo recebeu, via e-mail, um link com as intervenções da NIC para o diagnóstico Integridade da Pele Prejudicada, para opinarem quanto à pertinência de sua aplicação no cuidado a pessoas com UPP e das respectivas atividades. As atividades foram analisadas pelos sujeitos em relação à sua importância, por meio de escala Likert de cinco pontos (1 – não utilizado; 2 – muito pouco utilizado; 3 – de

algum modo utilizado; 4 – consideravelmente utilizado; 5 – muito utilizado), como já realizado em estudos dessa natureza (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011).

Para tal, foi enviado uma norma explicativa a cada Enfermeiro, convidando-o a participar do estudo, e para aqueles que concordarem em participar, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), foi apresentado o formulário de avaliação das intervenções, mediante explicação de como proceder com a pontuação. O participante pôde deixar suas observações no instrumento no que diz respeito a intervenções não descritas na NIC, mas que fazem parte da sua prática clínica, tal ressalva já foi feita em estudos de abrangência interventiva (BAVARESCO, 2011; AZZOLIN, 2011).

O instrumento de Coleta de Dados foi encaminhado via e-mail. A troca de informações foi feita através do endereço eletrônico: intervencoesenfermagem@gmail.com. O prazo previsto para o participante responder o instrumento foi de trinta dias, contudo esse prazo foi estendido por mais trinta dias corridos, tendo em vista a demora na devolução do instrumento.

Algumas dificuldades foram encontradas no decorrer do tempo estabelecido para as respostas dos sujeitos. O tempo estimado em trinta dias para a devolução das respostas teve que ser estendido pelo mesmo período, uma vez que os sujeitos alegavam falta de tempo durante o horário de trabalho, questionário extenso, pouco contato com a temática alusiva ao PE, como também, dificuldade com a rede de conexão. Repetidas vezes os links foram encaminhados nos e-mails, como maneira de lembrá-los da necessidade de retorno da pesquisa.

O estudo foi conduzido em duas etapas. Na primeira, o participante recebeu a norma explicativa, juntamente com o TCLE e a lista das Intervenções de Enfermagem distribuídas para o Diagnóstico de Enfermagem contido no estudo. Neste momento, o sujeito elencou por meio da escala *Likert*, as intervenções direcionadas aos pacientes portadores de UPP,

devolveu o instrumento ao pesquisador e foi feito o levantamento das intervenções pontuadas entre os escores 4 – Consideravelmente Utilizado e 5 – Muito Utilizado, como ações compatíveis à aplicabilidade das intervenções de Enfermagem direcionadas ao DE integridade da pele prejudicada aos portadores de UPP em UTI.

A coleta teve início em outubro de 2014, após a liberação do Hospital e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA (809.225/2014 – Anexo A) e foi finalizada em dezembro de 2014. Um pesquisador local elencou os e-mail dos Enfermeiros das UTI, para o qual foi enviado o link com as intervenções de Enfermagem da NIC dos DE contidos no estudo, elaborado pelo programa *JotformPRO 3.0.*

4.5 Análise dos Dados

Os dados foram compilados através do programa Excel e subsequentemente lançado ao Programa Estatístico. O tratamento estatístico para a identificação das Intervenções de Enfermagem foi feito através do cálculo do Desvio Padrão e frequência absoluta e relativa. Foi utilizado intervalo de confiança de 95% para as respostas às Intervenções. As respostas dadas as intervenções de Enfermagem foram analisadas e consideradas como prioritárias, àquelas com resposta entre 4 e 5, conforme escala Likert; as pontuadas como 3 – de algum modo utilizada, foi analisado o conceito da intervenção contido na NIC e sua correlação com a prática clinica em pacientes com UPP internados em UTI.

4.6 Procedimentos Ético-legais

Essa pesquisa respeitou aos preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), assim como foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA, com parecer favorável de

número 809.225 (CAAE 35294114.5.0000.5516). A autorização para entrada no hospital foi concedida pela Coordenação de Gestão da Educação na Saúde – DGES do estado do Tocantins e TCLE para assinatura dos participantes do estudo. O risco da pesquisa foi minimizado, quando mantido o sigilo nominal dos participantes e instituição.

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa estão apresentados em etapa única, constando de caracterização da população e as Intervenções de Enfermagem para o DE Integridade da Pele Prejudicada caracterizado por UPP.

5.1 Caracterização da População

A tabela 1 apresenta a caracterização dos enfermeiros quanto ao sexo e características profissionais.

Tabela 1. Distribuição do número de enfermeiros de acordo com as características da população, Hospital Regional de Araguaína, nov. 2014.

Variáveis (n=21)	n	%
Sexo		
Masculino	04	09
Feminino	17	81
Possui pós-graduação		
Sim	13	61,9
Não	08	38,1
Tempo de atuação em meses (X = 65,52) (S = 50,50)		
17 – 96	18	85,71
97 – 176	02	9,52
177 – 216	01	4,76
Participação em grupo estudos ou técnicos		
Sim	12	57,14
Não	09	42,86

Fonte: Dados da Pesquisa

A população foi composta por 21 enfermeiros, destes 17 (81%) do sexo feminino. Quanto à qualificação profissional, 13 (61,9%) haviam realizado pós-graduação *Latu sensu,* não houve referência a modalidade *Stricto sensu* de pós-graduação. O tempo de atuação foi em média de 65,52±50,50 meses. A participação em grupos de estudos clínicos ou técnicos foi mencionado por 12 (57,14%) enfermeiros, com destaque a grupos atinentes à comissão de curativos e de SAE, o que infere que grande parte dos profissionais estão inseridos diretamente no processo de qualificação e atualização das praticas assistenciais, conforme ilustra a tabela 1.

5.2 Classificação das Intervenções de Enfermagem

A tabela 2 apresenta a classificação das intervenções relacionadas à administração de medicamentos, realizada pelos enfermeiros no DE Integridade da Pele Prejudicada, caracterizado por UPP.

Tabela 2. Intervenções de Enfermagem relacionadas à ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014.

Variáveis (n = 21)	N	%	IC 95%
Administração de Medicamentos			
1 – Não Utilizada	---	---	----
2 – Muito pouco utilizada	5	23,8	8,2 – 47,2
3 – De algum modo utilizada	2	9,5	1,2 – 30,4
4 – Consideravelmente utilizada	6	28,6	11,3 – 52,2
5 – Muito utilizada	8	38,1	18,1 – 61,6

Fonte: Dados da Pesquisa

Todos os enfermeiros afirmaram que utilizavam a intervenção ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS em algum momento do cuidado de pacientes com UPP. A maioria, 14 (76,7%), relatou o uso dessa intervenção muito ou consideravelmente. Com 95% de confiança, um quantitativo máximo de 61% dos enfermeiros que atuam em UTI informaram a administração de medicamentos como uma intervenção muito utilizada em pacientes com DE Integridade da Pele Prejudicada relacionada caracterizado por UPP. A tabela 3 apresenta a classificação das intervenções relacionadas ao controle, realizada pelos enfermeiros no DE Integridade da Pele Prejudicada caracterizado por UPP.

Tabela 3. Intervenções de Enfermagem relacionadas ao CONTROLE selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014

Variáveis (n = 21)	n	%	IC 95%
Controle Hidroeletrolítico			
1 – Não utilizada	18	85,7	63,7 – 97
2 – Muito pouco utilizada	03	14,3	3,0 – 36,3
3 – De algum modo utilizada	---	---	---
4 – Consideravelmente utilizada	---	---	---
5 – Muito utilizada	---	---	---
Controle de medicamentos			
1 – Não utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
2 – Muito pouco utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
3 – De algum modo Utilizada	---	---	---
4 – Consideravelmente utilizada	08	38,1	18,1 – 61,6
5 – Muito utilizada	07	33,3	14,6 – 57
Controle da Pressão			

1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	02	9.5	1,2 – 30,4
4 – Consideravelmente utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
5 – Muito utilizada	18	85,7	63,7 – 97
Controle de Nutrição			
1- Não utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
4 – Consideravelmente utilizada	10	47,6	25,7 – 70,2
5 – Muito utilizada	09	42,9	21,8 – 66
Controle de Infecção			
1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
4 – Consideravelmente utilizada	10	47,6	25,7 – 70,2
5 – Muito utilizada	10	47,6	25,7 – 70,2

Fonte: Dados da Pesquisa

Controle da Pressão, Nutrição e infecção foram intervenções mencionadas como sendo muito utilizada no cuidado aos pacientes com UPP, uma vez que a maioria dos enfermeiros classificou essas intervenções como consideravelmente utilizadas e/ou muito utilizadas. Com 95% de confiança, um quantitativo máximo de 18 (85,7%) dos enfermeiros que atuam em UTI informaram o Controle da Pressão como uma intervenção muito utilizada em pacientes com UPP; já Controle hidroeletrolítico foi classificado pelos enfermeiros como uma intervenção não utilizada, num quantitativo máximo de 85,7% e confiança de 95%.

A tabela 4 apresenta a classificação das intervenções relacionadas ao banho e cuidados, realizada pelos enfermeiros, no DE Integridade da Pele Prejudicada.

Tabela 4. Intervenções de Enfermagem relacionadas ao BANHO e CUIDADOS selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014

Variáveis (n = 21)	**N**	**%**	**IC 95%**
Banho (n = 15)*			
1 – Não utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
2 – Muito pouco utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
3 – De algum modo utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
4 – Consideravelmente utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
5 – Muito utilizada	07	33,3	14,6 – 57
Cuidados com o aparelho Gessado (n = 21)			
1 – Não utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
2 – Muito pouco utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
3 – De algum modo utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
4 – Consideravelmente utilizada	07	33,3	14,6 – 57
5 – Muito utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
Cuidado com aparelho gessado: úmido (n = 21)			
1 – Não utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
2 – Muito pouco utilizada	06	28,6	11,3 - 52,2

3 – De algum modo utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
4 – Consideravelmente utilizada	08	38,1	18,1 – 61,6
5 – Muito utilizada	03	14,3	3,0 – 36,3
Cuidado com os pés (n = 21)			
1 – Não utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
2 – Muito pouco utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
3 – De algum modo utilizada	07	33,3	14,6 – 57
4 – Consideravelmente utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
5 – Muito utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
Cuidado na amputação (n = 21)			
1 – Não utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
2 – Muito pouco utilizada	03	14,3	3,0 – 36,3
3 – Muito utilizada	08	38,1	18,1 – 61,6
4 – Consideravelmente utilizada	03	14,3	3,0 – 36,3
5 – Muito utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
Cuidado com a pele (n = 21)			
1 – Não Utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
4 – Consideravelmente utilizada	04	19	5,4 – 41,9
5 – Muito utilizada	16	76,2	52,8 – 91,8
Cuidado com Lesões (n = 21)			
1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
4 – Consideravelmente utilizada	09	42,9	21,8 – 66
5 – Muito utilizada	10	47,6	25,7 – 70,2
Cuidado com Lesões: Drenagem fechada (n = 21)			
1 – Não utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
2 – Muito pouco utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
3 – De algum modo utilizada	---	---	---
4 – Consideravelmente utilizada	07	33,3	14,6 – 57
5 – Muito utilizada	10	47,6	25,7 – 70,2
Cuidado com o local de Incisão (n = 21)			
1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
3 – De algum modo utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
4 – Consideravelmente utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
5 – Muito utilizada	14	66,7	43 – 85,4
Cuidado com o Períneo (n = 21)			
1 – Não utilizada	03	14,3	3,0 – 36,3
2 – Muito pouco utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
3 – Muito utilizada	03	14,3	3,0 – 36,3
4 – Consideravelmente utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
5 – Muito utilizada	07	33,3	14,6 – 57,0
Cuidado com Ostomias (n = 21)			
1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – Muito utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
4 – Consideravelmente utilizada	07	33,3	14,4 – 57
5 – Muito utilizada	08	38,1	18,1 – 61,6
Cuidado com Próteses (n = 21)			
1 – Não utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
2 – Muito pouco utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
3 – De algum modo utilizada	08	38,1	18,1 – 61,6
4 – Consideravelmente utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
5 – Muito utilizada	04	19	5,4 – 41,9
Cuidado com Tração/Imobilização (n = 21)			
1 – Não utilizada	03	14,3	3,0 – 36,3

2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	04	19	5,4 – 41,9
4 – Consideravelmente utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
5 – Muito utilizada	08	38,1	18,1 – 61,6
Cuidado com Úlcera por Pressão (n = 21)			
1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
4 – Consideravelmente utilizada	04	19	5,4 – 41,9
5 – Muito utilizada	16	76,2	52,8 – 91,8
Cuidado da Pele: Local de doação (n = 21)			
1 – Não utilizada	03	14,3	03 – 36,3
2 – Muito pouco utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
3 – De algum modo utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
4 – Consideravelmente utilizada	08	38,1	18,1 – 61,6
5 – Muito utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
Cuidado com a Pele: Local de enxerto (n = 21)			
1 – Não utilizada	03	14,3	3,0 – 36,3
2 – Muito Pouco utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
3 – De algum modo utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
4 – Consideravelmente utilizada	08	38,1	18,1 – 61,6
5 – Muito utilizada	07	33,3	14,6 – 57
Cuidado dos Pés (n = 21)			
1 – Não utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
2 – Muito pouco utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
3 – De algum modo utilizada	08	38,1	18,1 – 61,6
4 – Consideravelmente utilizada	---	---	---
5 – Muito utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
Cuidado com Repouso no leito (n = 21)			
1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
3 – De algum modo utilizada	---	---	---
4 – Consideravelmente utilizada	14	66,7	43,0 – 85,4
5 – Muito utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2

* Apenas quinze enfermeiros responderam a esse quesito
Fonte: Dados da Pesquisa

As intervenções apresentadas acima foram referenciadas por todos os enfermeiros da pesquisa em algum momento no processo cuidativo aos pacientes com UPP. Cuidado com a Pele e Cuidado com Úlcera por Pressão, um quantitativo máximo de 16 (76,2%) classificaram-na como muito utilizada em pacientes com lesão de pele, com 95% de confiança.

A tabela 5 apresenta a classificação das intervenções relacionadas à imobilização, irrigação e posicionamento, realizada pelos enfermeiros no DE Integridade da Pele Prejudicada caracterizado por UPP.

Tabela 5. Intervenções de Enfermagem relacionadas à IMOBILIZAÇÃO, IRRIGAÇÃO e POSICIONAMENTO selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014

Variáveis (n = 21)	N	%	IC 95%
Imobilização			
1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
3 – De algum modo utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
4 – Consideravelmente utilizada	09	42,9	21,8 – 66
5 – Muito utilizada	09	42,9	21,8 – 66
Irrigação de Lesões			
1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
3 – De algum modo utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
4 – Consideravelmente utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
5 – Muito utilizada	12	57,1	34,0 – 78,2
Posicionamento			
1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
3 – De algum modo utilizada	---	---	---
4 – Consideravelmente utilizada	16	66,7	43,0 – 85,4
5 – Muito utilizada	04	28,6	11,3 – 52,2

Fonte: Dados da Pesquisa

As intervenções de Enfermagem imobilização, irrigação de lesões e posicionamento tiveram uma frequência de respostas consideráveis na implementação do cuidado direcionado as UPP, uma vez que 18 (85,8%) participantes indicaram utilizar a intervenção imobilização como Intervenção de Enfermagem para os pacientes portadores de UPP; assim como 12 (57,1%) mencionaram irrigação de lesões como prioritária no cuidado à UPP. 16 (66,7%) executariam a intervenção posicionamento, na tentativa de prevenir lesões de pele, considerando um quantitativo máximo de resposta, para uma confiança de 95%.

A tabela 6 apresenta a classificação das intervenções relacionadas à monitorização, realizada pelos enfermeiros no DE Integridade da Pele Prejudicada caracterizado por UPP.

Tabela 6. Intervenções de Enfermagem relacionadas à MONITORAÇÃO selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014

Variáveis (n = 21)	N	%	IC 95%
Monitoração das Extremidades			
1 – Não utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
2 – Muito pouco utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
3 – De algum modo utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
4 – Consideravelmente utilizada	10	47,6	25,7 – 70,2
5 – Muito utilizada	07	33,3	14,6 – 57
Monitoração de Eletrólitos			
1 – Não utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
2 – Muito pouco utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
3 – De algum modo utilizada	07	33,3	14,6 – 57

4 – Consideravelmente utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
5 – Muito utilizada	07	33.3	14,6 – 57
Monitoração de Sinais Vitais			
1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
4 – Consideravelmente utilizada	08	38,1	18,1 – 61,6
5 – Muito utilizada	07	33,3	14,6 – 57

Fonte: Dados da Pesquisa

No que tange as intervenções de Enfermagem relacionadas à monitoração, 10 (47,6%) enfermeiros, afirmaram que a monitorização de extremidades é consideravelmente utilizada na assistência aos pacientes com lesão de pele. A respeito da monitoração de eletrólitos, 14 (66,6%) enfermeiros elencaram essa intervenção como sendo de algum modo utilizada ou muito utilizada, o que infere sua adequação na assistência a pacientes com UPP. Esta observação deve ser pontuada, também, quando na escolha da intervenção monitorização de sinais vitais. Houve uma aproximação na indicação dessa intervenção, da qual 8 (38,1%) enfermeiros, num quantitativo máximo de utilização da intervenção e com 95% de confiança, justificaram sua utilização como consideravelmente utilizada.

A tabela 7 apresenta a classificação das intervenções relacionadas à estimulação, realizada pelos enfermeiros no DE Integridade da Pele Prejudicada caracterizado por UPP.

Tabela 7. Intervenções de Enfermagem relacionadas à ESTIMULAÇÃO selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014

Variáveis (n = 21)	N	%	IC 95%
Estimulação Cutânea			
1 – Não utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	12	57,1	34,0 – 78,2
4 – Consideravelmente utilizada	04	19,0	5,4 – 41,9
5 – Muito utilizada	03	14,3	3,0 – 36,2
Estimulação Elétrica Transcutânea do Nervo			
1 – Não utilizada	08	38,1	18,1 – 61,6
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
4 – Consideravelmente utilizada	10	47,6	25,7 – 70,2
5 – Muito utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4

Fonte: Dados da Pesquisa

As intervenções de Enfermagem estimulação cutânea e estimulação elétrica transcutânea do nervo, foram pontuadas em algum momento da assistência, respectivamente

12 (57,1%) e 10 (47,6%), com uma representatividade máxima, numa confiança de 95%, como de algum modo utilizada e consideravelmente utilizada, aos pacientes com UPP em UTI.

A tabela 8 apresenta a classificação das intervenções relacionadas à infecção e supervisão, realizada pelos enfermeiros no DE Integridade da Pele Prejudicada caracterizado por UPP.

Tabela 8. Intervenções de Enfermagem relacionadas à INFECÇÃO e SUPERVISÃO selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014

Variáveis (n = 21)	N	%	IC 95%
Proteção contra Infecção			
1 – Não utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	07	33,3	14,6 – 57
4 – Consideravelmente utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
5 – Muito utilizada	07	33,3	14,6 – 57
Supervisão de Pele			
1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	02	9.5	1,2 – 30,4
4 – Consideravelmente utilizada	11	52,4	29,8 – 74,3
5 – Muito utilizada	08	38,1	18,1 – 61,3

Fonte: Dados da Pesquisa

Vinte e um (100%) afirmaram utilizar a intervenção Supervisão de Pele durante a assistência aos pacientes com UPP em UTI. Com relação a intervenção Proteção contra infecção, um quantitativo máximo de 14 (66,6%) enfermeiros, inferiram na utilização dessa intervenção como de algum modo utilizada ou muito utilizada em pacientes com DE Integridade da Pele Prejudicada caracterizado por UPP, respeitando uma confiança de 95%, como evidencia a tabela 8.

A tabela 9 apresenta a classificação das intervenções relacionadas à terapia, realizada pelos enfermeiros no DE Integridade da Pele Prejudicada caracterizado por UPP.

Tabela 9. Intervenções de Enfermagem relacionadas à TERAPIA selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2014

Variáveis (n = 21)	N	%	IC 95%
Terapia com Exercícios: Controle Muscular			
1 – Não utilizada	07	33,3	14,6 – 57
2 – Muito pouco utilizada	04	19	5,4 – 41,9
3 – De algum modo utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2

4 – Consideravelmente utilizada	---	---	---
5 – Muito utilizada	04	19	5,4 – 41,9
Terapia com Exercício: Deambulação			
1 – Não utilizada	08	38,1	18,1 – 61,6
2 – Muito pouco utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
3 – De algum modo utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
4 – Consideravelmente utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
5 – Muito utilizada	04	19	5,4 – 41,9
Terapia com Exercícios: Equilíbrio			
1 – Não utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
2 – Muito pouco utilizada	07	33,3	14,6 – 57
3 – De algum modo utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
4 – Consideravelmente utilizada	07	33,3	14,4 – 57
5 – Muito utilizada	---	---	---
Terapia com Exercício: Mobilidade articular			
1 – Não utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
2 – Muito pouco utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
3 – De algum modo utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
4 – Consideravelmente utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
5 – Muito utilizada	---	---	---
Terapia com Sanguessugas			
1 – Não utilizada	11	52,4	29,8 – 74,3
2 – Muito pouco utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
3 – De algum modo utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
4 – Consideravelmente utilizada	03	14,3	3,0 – 36,3
5 – Muito utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
Terapia Nutricional			
1 – Não utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	07	33,3	14,6 – 57
4 – Consideravelmente utilizada	08	38,1	18,1 – 61,6
5 – Muito utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2

Fonte: Dados da Pesquisa

Dentre as intervenções apresentadas na tabela acima, vale destacar a relacionada à Terapia Nutricional. Oito (38,1%) enfermeiros mencionaram a intervenção como consideravelmente utilizada ao DE Integridade da Pele Prejudicada caracterizado por UPP, com uma confiança de 95%. Em algum momento do cuidado 06 (28,6%%) enfermeiros classificaram a intervenção terapia com exercício: mobilidade articular, como consideravelmente utilizada. No que tange a intervenção terapia com exercício: equilíbrio, 07 (33,3%) dos enfermeiros a classificaram como muito pouco utilizada, porém 07 (33,3%) mencionaram como uma intervenção consideravelmente utilizada aos pacientes com lesão de pele.

A tabela 10 apresenta a classificação das intervenções relacionadas à precaução, promoção, redução de sangramento, prevenção de úlcera, sutura e nutrição, realizada pelos enfermeiros no DE Integridade da Pele Prejudicada caracterizada por UPP.

Tabela 10. Intervenções de Enfermagem relacionadas à PRECAUÇÃO, PROMOÇÃO, REDUÇÃO DE SANGRAMENTO, PREVENÇÃO DE ÚLCERA, SUTURA e NUTRIÇÃO selecionadas pelos Enfermeiros para o cuidado das UPP, Araguaína, nov. 2104

Variáveis (n = 21)	N	%	IC 95%
Precauções Circulatórias			
1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	03	14,3	3,0 – 36,3
4 – Consideravelmente utilizada	11	52,4	29,8 – 74,3
5 – Muito utilizada	07	33,3	14,6 – 57
Precauções no uso de artigo de Látex			
1 – Não utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
2 – Muito pouco utilizada	04	19	5,4 – 41,9
3 – De algum modo utilizada	09	42,9	21,8 – 66
4 – Consideravelmente utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
5 – Muito utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
Prevenção de Úlcera por Pressão			
1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
4 – Consideravelmente utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
5 – Muito utilizada	15	71,4	47,8 – 88,7
Promoção de Exercício			
1 – Não utilizada	07	33,3	14,6 – 57
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	09	42,9	5,4 – 41,9
4 – Consideravelmente utilizada	04	719	21,8 – 66
5 – Muito utilizada	01	4,8	14,6 – 57
Promoção de Exercício: Alongamento			
1 – Não utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
2 – Muito pouco utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
3 – De algum modo utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
4 – Consideravelmente utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
5 – Muito utilizada	03	14,3	3,0 – 36,3
Redução de Sangramento			
1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	11	52,4	29,3 – 74,3
4 – Consideravelmente utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
5 – Muito utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
Redução de Sangramento: Ferimento			
1 – Não utilizada	---	---	---
2 – Muito pouco utilizada	---	---	---
3 – De algum modo utilizada	07	33.3	14,6 - 57
4 – Consideravelmente utilizada	07	33.3	14,6 – 57
5 – Muito utilizada	07	33.3	14,6 – 57
Sutura			
1 – Não utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
2 – Muito pouco utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4

3 – De algum modo utilizada	06	28,6	11,3 – 52,2
4 – Consideravelmente utilizada	05	23,8	8,2 – 47,2
5 – Muito utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
Administração de Nutrição Parenteral Total (NPT)			
1 – Não utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
2 – Muito pouco utilizada	01	4,8	0,1 – 23,8
3 – De algum modo utilizada	02	9,5	1,2 – 30,4
4 – Consideravelmente utilizada	09	42,9	21,8 – 66
5 – Muito utilizada	08	38,1	18,1 – 61,6

Fonte: Dados da Pesquisa

Precauções Circulatórias e Prevenção de Úlcera por Pressão foram as intervenções pelas quais os enfermeiros pontuaram, também, como prioritárias para o DE Integridade da Pele Prejudicada. 11 (52,4%) e 15 (71,4%) afirmaram utilizar tais intervenções durante o cuidado aos pacientes portadores de UPP.

6 DISCUSSÃO

Ao deparar-se com um paciente portador de UPP é indispensável, para o Enfermeiro, a realização da avaliação sistemática com ênfase na lesão tecidual, a fim de delinear uma abordagem adequada que leve ao processo de reparação tecidual, redução da internação e restauração de demais alterações sistêmicas. Entende-se por avaliação sistemática, a dinâmica das ações imbuídas ao PE, que corroboram na Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes com lesão de pele em UTI (PEREIRA *et al*, 2014).

Na presente investigação ficou à cargo dos Enfermeiros identificarem as intervenções de Enfermagem prioritárias para o DE Integridade da Pele Prejudicada aos pacientes com UPP, internados em UTI. O DE citado é definido como epiderme e/ou derme alterada, e para a implementação das ações, consta com 51 intervenções, destas, 34 como intervenções de Enfermagem sugeridas para a solução do problema e 17 intervenções adicionais (BULECHEK; DOCHTERMAN; BUTCHER; 2010).

No que tange ao envolvimento dos sujeitos do estudo no processo cuidativo de pacientes com UPP, houve considerável participação em grupos técnicos (comissão de curativos) ou de estudos (SAE), o que, aparentemente, demonstra habilidade técnico-cientifico para o delineamento de uma assistência adequada, com vistas à identificação da melhor intervenção, assim como a fidedignidade dos resultados do estudo, como mostram os dados de uma pesquisa a pacientes com risco de UPP (BAVARESCO; LUCENA, 2012).

Trinta e duas intervenções foram elencadas entre os parâmetros 4 e 5 na escala Likert, portanto poderiam ser pontuadas como prioritárias para os pacientes com UPP, em algum momento da assistência. Todavia, analisando conceitualmente algumas atividades assistenciais à luz da NIC, verificamos que houve distanciamento clínico no que concerne a alteração de epiderme e/ou derme, com UPP propriamente dita, levando em consideração o

DE Integridade da Pele Prejudicada e o foco assistencial ao qual essas intervenções deveriam ser direcionadas.

Intervenções como: Cuidado com lesões – drenagem fechada, Cuidado com local de incisão, Cuidado com Períneo, cuidado com estomas, Cuidado com pele: local de doação e local de enxerto, estimulação elétrica transcutânea de nervos e precaução no uso de artigos de látex, foram citadas pelos enfermeiros em algum momento da assistência a paciente com UPP. Vale ressaltar que no processo assistencial em terapia intensiva, essas intervenções não foram pontuadas na prática clínica ao objeto de estudo (BULECHEK, DOCHTERMAN e BUTCHER, 2010; LUCENA *et al*, 2010; POMPEU *et al*, 2014).

A NANDA traz o diagnóstico Integridade da Pele Prejudicada como pertencente ao domínio 11 (segurança e proteção) e classe 02 (Lesão física). A escolha assistencial desse DE deve ser considerada, a partir do momento que existam sinais e sintomas e/ou manifestações clínicas compatíveis com UPP e que permita uma relação de cuidado para o tratamento das afecções de pele, vistas para características definidoras e que possibilite as intervenções de Enfermagem exequíveis para o processo cuidativo (RIBEIRO, LAGES e LOPES, 2012; NANDA, 2013).

As intervenções administração de medicamentos, terapia nutricional, administração de Nutrição Parenteral Total (NPT), precauções circulatórias e controle da nutrição foram classificadas como importante pelos enfermeiros em algum momento do cuidado. Tendo em vista a gravidade de grande parte dos pacientes internatos em UTI, e a necessidade de drogas e nutrientes para o reestabelecimento basal dos tecidos, há uma estreita relação entre as intervenções pontuadas. Garantir uma nutrição adequada é demasiadamente difícil em pacientes que recebem Drogas Vasoativas (DVA). A ação vasoconstrictora dessas drogas, tem o mesmo efeito na mucosa gástrica, impedindo a absorção dos nutrientes. É mister a avaliação

criteriosa do Enfermeiro no que concerne o perfil nutricional, concomitante às condutas terapêuticas no cotidiano da UTI (COOPER, 2013).

A imobilização física é um fator relacionado relevante na condução assistencial dos pacientes que se encontram em UTI; fator esse crucial para o desenvolvimento de UPP. Atrelada a imobilização, outras intervenções podem tornar-se preponderantes para o cuidado da lesão de pele, tais como: monitorização de extremidades, supervisão de pele, posicionamento, controle da pressão, banho, cuidado com a pele, cuidado com prótese, cuidado com tração/imobilização; pontuadas no estudo como importantes no processo assistencial. Em estudo de validação realizado no Brasil, a imobilidade foi citada como um dos fatores que contribui para a vulnerabilidade à UPP, posto favorecer a isquemia tecidual, encetando a lesão de pele (SANTOS, 2014). Todas essas características são essenciais no processo terapêutico e nas escolhas das intervenções prioritárias.

Diuturnamente, os Enfermeiros necessitam lançar mão de estratégias assistenciais que pormenorize o PE. O uso de escalas preditivas que avaliam o risco de UPP assim como a situação real das condições de pele do paciente, em especial a escala de Braden, é uma forma de agir clinicamente e sistematizar o cuidado. As intervenções: cuidado com UPP, cuidado com o repouso no leito, monitorização dos sinais vitais, prevenção de UPP, promoção de exercícios e promoção de exercícios: alongamento, faz o enfermeiro agir criticamente nas condições sistêmicas e de pele do paciente, intercalando o uso das escalas preditivas, como auxiliador avaliativo (SERPA, *et al* 2011; FRANÇA; MELO; ARAUJO, 2013).

Em se tratando dos cuidados diretos destinados à UPP, os Enfermeiros classificaram as intervenções: irrigação das lesões, cuidado com repouso no leito, cuidado com UPP, promoção de exercício, promoção de exercício: alongamento, como prioritárias em algum momento do cuidado à pacientes com UPP.

Com exceção da prescrição promoção de exercício e promoção de exercício: alongamento, classificada como opcional pela NIC, as demais prescrições, supramencionadas, são pontadas como sugeridas e podem ser utilizadas, com a existência de alguma característica definidora como importante no cuidado à UPP (BULECHEK, DOCHTERMAN e BUTCHER, 2010).

Em estudo que objetivou analisar a atuação dos Enfermeiros atuantes em UTI, foi mencionado como ideal na condução terapêutica das UPP, a escolha da cobertura, após avaliação sistemática; assim como a realização de desbridamento mecânico e o uso de algoritmos que auxiliem na prevenção e tratamento das UPP (DANTAS *et al*, 2014; POTT *et al*, 2013) Tais condutas podem ser inseridas no contexto assistencial desse estudo, levando em consideração as intervenções instituídas como prioritárias pelos enfermeiros.

A padronização da linguagem, contidas na NANDA – NIC – NOC, é uma ferramenta salutar para a dinâmica assistencial do PE, tendo em vista o favorecimento do raciocínio clínico e pensamento crítico, comunicação efetiva entre os membros da equipe de Enfermagem e multiprofissional; elo importante na ação assistencial e gerencial do Enfermeiro.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse estudo foi identificar as intervenções de Enfermagem prioritárias para o DE Integridade da Pele Prejudicada em pacientes com UPP, internados em UTI. Considera-se que tal objetivo foi alcançado, tendo em vista que as intervenções identificadas na NIC e as utilizadas na prática clínica em UTI a pacientes com UPP foram aplicáveis e possibilitaram ao Enfermeiro executar ações diretas e compatíveis ás demandas assistenciais dos clientes e organiza o processo assistencial.

Das 51 intervenções propostas na NIC para o DE Integridade da Pele prejudicada, 33 *(Administração de Medicamentos, Controle de Medicamentos, Controle de Pressão, Controle de Nutrição, Controle de Infecção, Banho, Cuidados com Aparelho Gessado, Cuidados com Aparelho Gessado: úmido, Cuidados com a Pele, Cuidados com Lesões, Cuidados com Lesões: Drenagem Fechada, Cuidados com o Local de Incisão, Cuidado com Períneo, Cuidado com Ostomias, Cuidados com Tração/Imobilização, Cuidado com Úlcera por Pressão, Cuidado da Pele: Local de doação, Cuidado com a Pele: Local de enxerto, Cuidado com Repouso no Leito, Posicionamento, Monitoração das Extremidades, Monitoração de Eletrólitos, Monitoração de Sinais Vitais, Estimulação Elétrica Transcutânea de Nervo, Proteção contra Infecção, Supervisão de Pele, Terapia com Exercício: Equilíbrio, Terapia com Exercício: Mobilidade articular, Terapia Nutricional, Precauções Circulatórias, Prevenção de Úlcera por Pressão, Promoção de Exercício: Alongamento, Redução de Sangramento: Ferimento e Administração de Nutrição Perenteral Total),* foram pontuadas em algum momento da assistência como consideravelmente utilizada ou muito utilizada (4 ou 5 respectivamente na escala Likert). Todavia, algumas intervenções mencionadas não condiziam ao processo cuidativo da Enfermagem ao objeto desse estudo, tendo em vista suas características conceituais e clínicas *(Cuidado com lesões – drenagem fechada, Cuidado com*

local de incisão, Cuidado com Períneo, cuidado com estomas, Cuidado com pele: local de doação e local de enxerto e Estimulação Elétrica Transcutânea de Nervo).

É oportuno discorrer que as intervenções de Enfermagem utilizadas pelos Enfermeiros no momento da assistência, abrangem as dimensões preventivas e terapêuticas do cuidado, o que nos infere na relevância avaliativa do Enfermeiro no momento da admissão e a capacidade de pensar clinicamente e raciocinar diagnosticamente durante sua assistência, na busca de melhores condutas, levando em consideração o processo de reparação tecidual, a redução de gastos e tempo de internação do paciente.

Entende-se que a SAE e o PE são a maneira de reunir ações peculiares no desenvolvimento de tarefas de maneira humanizada e integral, em prol do atendimento das necessidades humanada básicas alteradas. Para que tal ação seja continuamente realizada, o dimensionamento de pessoal deve ser exequível à demanda assistencial.

As UPP são problemas a serem enfrentadas pela equipe multiprofissional, uma vez que sua incidência é considerada alta, e está, de certa forma, relacionada ao processo terapêutico de pacientes graves internados em UTI. Vale ressaltar a necessidade de pessoal qualificado para o tratamento das UPP, tendo em vista sua complexidade, fato este que nos leva a refletir sobre o dimensionamento adequado de pessoal de Enfermagem e do uso de material compatível a gravidade das lesões de pele.

Um fator limitante do estudo é o número de Enfermeiros envolvidos na pesquisa, fato este que nos leva a indicar a elaboração de novas pesquisas sobre a temática, novos DE relacionados á UPP, assim como estudos de mapeamento cruzado das intervenções aqui identificadas como prioritárias pela NIC, com as utilizadas no cotidiano terapêutico dos Enfermeiros da UTI, que assistem clientela portadoras de UPP.

8 REFERÊNCIAS

1. AHCPR. Panel for the Tratament of Pressure Ulcer: tratamento of pressure ulcer (AHCPR Publication nº 95-0652) Rockville, **MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US**. Departamento Health an Human Service, 1994;
2. Almeida MA, Lucena AM, Franzen E, Laurent MC. **Processo de Enfermagem na Prática Clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011;
3. Andrade LT de. Validação das intervenções de enfermagem para o diagnóstico de mobilidade física prejudicada nos lesados medulares **[Dissertação]**. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2007;
4. ___, Chianca TCM. Validação de Intervenções de Enfermagem para Pacientes com Lesão Medular e Mobilidade Física Prejudicada. **Rev. Bras. Enferm., 2013, set-out, 66(5). 688-93;**
5. Araújo TM; Moreira MP; Caetano JA. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Enferm. UERJ. 19(1):58-63, 2011**;
6. Azevedo MAS, Santos VLCG, Silva TS de, Carvalho UMJ, Carvalho VF de. Adaptação Transcultural da Pressure Ulcer for Scale for Healing (PUSH) para a língua portuguesa. **Rev. Latino-am, maio-junho; 13(3):350-13, 2005;**
7. Azzolin, KO. Efetividade da implementação das intervenções de enfermagem nos resultados esperados de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidados domiciliares **[tese].** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011;
8. Barbosa PMK, Marcacine KO. Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma contribuição para o processo de ensino-aprendizagem ao paciente e família. **Revista Nursing, 2009; 11(128):26-34;**

9. Banjay HM, Pedrosa MMO, Lourenço NC, Cortez SL, Paula MAB de. Registro da Avaliação e Evolução de feridas: subsídio para a reflexão e mudanças. **Revista Estima. Vol 01, nº 02, p. 20-29, jul/ago/set., 2003;**

10. Bavaresco T. Validação de Intervenções de Enfermagem para o Diagnóstico de Enfermagem Risco de Integridade da Pele Prejudicada para pacientes em risco de Úlcera por Pressão. **Dissertação (Mestrado).** Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2012;

11. ___; Lucena, AM. Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de ulcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem. 20(6):[08 telas] nov-dez, 2012;**

12. BERGSTRON, N et al. **Pressure Ulcer Treatment: clinical pratice guindeline.** Quick reference guide for clinicians, n.15. Rockivile, MD. U.S. Departament of health and human service, Public Health Service. Agency for Helth Care Policy and Reserh. AHCPR. Pub nº 95-0653 Dec. 1994;

13. Blanes L. Avaliação Clínica e Epidemiológica das Úlceras por Pressão em Pacientes Internados no Hospital de São Paulo. **Rev. Assoc. Méd. Bras, 2004. 50(2):182-7;**

14. Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etioloy of pressure ulcers. **Annual Rev Nurs Res. 2002; 20:35-62;**

15. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2012;

16. ____. Anexo 02: **Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão**. Brasília, 2013.

17. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. **Classificação das intervenções de enfermagem – NIC**. 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010;

18. Ceará. Conselho Regional de Enfermagem. **Legislação,** 2005;

19. Chianca TCM, Lima APS, Salgado PO. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. **Rev Esc Enfern USP 2012; 46(5):1102-1108;**

20. Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências.** 5ª ed. São Paulo: Ícone, 2012;

21. Cooper KL. Evidence – Based Prevention of Pressure Ulcer in the Intensive Care Unit. **Critical Care Nurse. Vol 33, nº 06. December, 2014**;

22. Cotran RS, Kuman V, Collins T. Patologia Estrutural e Funcional. 6 edição, Vol 1, Cap. 01. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2000;

23. Costa IG. Incidencia de Úlcera por Pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um Centro de Terapia Intensiva. São Paulo, 2003. 150 p. **Dissertação (mestrado).** Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo;

24. Crossetti MGO, Saurin G, Antunes M, Tancc ini T. **Validação de diagnósticos na Prática Clínica: estudos clínicos realizados no Hospital das Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011, Cap.06;

25. Cuddigan J, Avello EA, Sussman C. (Ed). **Pressure Ulcer in America: prevalence, incidence and implications for the future**. NPUAP, V.a; 2001;

26. Dantas ALM, Ferreira PC, Diniz KD, Medeiros ABAM, Lira ALBC. Prática do Enfermeiro intesivista no tratamento de úlceras por pressão. **J. Res.: fundam. Care. Online 2014. Abr/jun. 6(2):716-724;**

27. Diccini S, Camaduro C, Iida LIS. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de Hospital Universitário. **Acta Paul Enferm. 2009;22(2):205-9;**

28. Fehring R. Methods to validate nursing diagnoses. Heart Lung. 1987; 16(6):625-9;

29. FERRARI, D. **Humanização em Terapia Intensiva.** In: Revista Intensiva, ano1, nº5, 2006;

30. Fernandes, MGM; Costa, KNFM; Santos, SR; Pereira, MA; Oliveira, DST; Brito, SS. **Rev. Enferm. UERJ. 20(1):56-60, 2012;**

31. Franca SPS, Melo JS, Araujo LS. Risco de desenvolvimento de Úlcera por Pressão em idosos. **Rev. Enferm. UFPE (on line), Recife, V.7, n.1, p.755-762, mar, 2013**;

32. Gil, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002

33. JÚNIOR, DFM; LASELVA, CR; GUASTELLI, LR. **Estrutura e Organização.** Knobel, E. Terapia Intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2006;

34. Lima e Silva EWN, Araújo RA de, Oliveira EC de, Falcão VTFL. Aplicabilidade do protocolo de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva. 2010; 22(2):175-185;**

35. Lima ACB, Guerra DM. Avaliação de custo do tratamento de úlcera por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciência e Saúde Coletiva. 16(1):267-277, 2011.**

36. Lucena AF, Santos CT dos, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem. 19(3):[08 telas] maio-jun 2011;**

37. Lucena AF. Mapeamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Tese (Doutorado)**: Universidade Federal de São Paulo, 2006;

38. ___, Gutiérrez MGR de, Ecler IC, Barros ALBL de. Intervenções de Enfermagem utilizadas na prática clínica de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino – AM. Enfermagem, 18(5):[09 telas]. Set – out, 2010;**

39. Lopes MJ. Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. **Rev. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: 39(2):21-7, 2005;**

40. Lucena AF, Gutiérrez MGR de, Echer IC, Barros ALBL de. Intervenções de Enfermagem utilizadas na prática clínica de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(5):[09 telas] set-out 2010;**

41. NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**; tradução: Regina Machado Garcez; Revisão: Alba Lucia Bottura Leite de Barros...[et al]. Porto Alegre: Artmed, 2013;

42. Nogueira PC, Caliri MHL, Haas VJ. Perfil dos Pacientes com lesão traumática da medula espinhal e ocorrência de Úlcera por Pressão em Hospital Universitário. **Rev. Latino – Am. Enfermagem, maio-julho; 14(3), 2006;**

43. Paganin A, Menegat P, Klafke T, Lazzarotto A, Fachinelli TS, Chaves IC, Souza EM. Implantação do Diagnóstico de Enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. **Rev Gaúcha de Enferm., Porto Alegre (RS), 2010, Jun;31(2):307-13;**

44. Paranhos WY. **Úlcera de Pressão.** In: Jorge SAJ, Dantas SRPE. Abordagem Multiprofissional no Tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu, 2003;

45. Pereira AGS, Santos CT dos, Menegon DB, Azambuja F, Lecena AF. Mapeamento de cuidados de Enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Rev Esc Enferm USP, 2014; 48(3):451-61;**

46. Tannure MC, Pinheiro AM. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem Guia Prático.** 2ª edição, Guanabara Koogan: 2010;

47. Pompeu JE, Pompeu SMAA, Fernandes FI, Castro GA de, Lucareli PRG, Fukada TY. O efeito da eletroestimulaçãoo transcutânea na espasticidade por Acidade Vascular cerebral. **Rev Neurocienc, 22(3):418-424, 2014**;

48. Pott FS, Ribas JD, Silva OBM da, Souza TS de, Danski MTR, Meier MJ. Algoritmo de prevenção e tratamento de Úlcera por Pressão. **Cogitare Enferm. 2013. Abr/Jun; 18(2):238-44;**

49. Potter PA, Perry AG. **Fundamentos de Enfermagem**, 8 edição. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2013;

50. Rabeh SAN. Úlcera de Pressão: a classificação do conceito e estratégia para avaliação do conhecimento na literatura de Enfermagem. São Paulo, 2001, 195p. **Dissertação (mestrado)**. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo;

51. RANGEL, EML; PRADO, KG; MACHRY, AL; RUSTICI, ACF; CALIRI, MHL. Prática de graduandos de enfermagem referentes à prevenção e tratamento de úlcera de pressão. **Rev. Latino-am.** Enfermagem, Ribeirão Preto – v.07, p.89-90, 1999;

52. Ribeiro MAS, Lages JSS, Lopes MHBM. Diagnóstico de Enfermagem relacionado à pele: definições operacionais. **Rev. Latino – AM. Enfermagem, 20(5):[10 telas]. Set – out, 2012;**

53. Rogesnki MMB. Avaliação da Implementação de um Protocolo de Prevenção de Úlceras por Pressão – Tese **(Doutorado)** – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – São Paulo, 2011;

54. Santos CT dos. Desenvolvimento e validação de conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem risco de úlcera por pressão. **Dissertação (mestrado)** – UFRGS, Escola de Enfermagem. Porto Alegre, 2014;

55. Smeltzer SC, Bare BG. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 12 edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011;

56. Santana AB, Souza CM. Úlcera por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva: atuação da equipe de Enfermagem **[monografia].** Crato (CE): Universidade Regional do Cariri – URCA; 2007;

57. Santos CT, Oliveira NC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicadores de Qualidade Assistencial de Úlcera por Pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Rev. Gaúcha.Enferm. 2013, 34(1):111-118**;

58. Santos VLCG. **Alguns Aspectos do Tratamento de Feridas no Domicílio. In: Brasil Instituto para o Desenvolvimento de saúde. Ministério da Saúde.** Universidade de São Paulo. Manual de Enfermagem. Brasília, 2001;

59. Seganfredo DH, Almeida MA. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem. 19(1):[08-telas] jan-fev, 2011**;

60. Segranfredo, DH. Validação de resultados de enfermagem segundo Nursing Ouctomes Classification – NOC na prática clínica de um hospital universitário **[dissertação].** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010;

61. Serpa LF, Santos VLCG, Campanili TCGF, Queiroz M. Validade Preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de Úlcera por Pressão em Pacientes Críticos. **Rev. Latino-am. Enfermagem. 19 (1). [08 telas] jan-fev 2011;**

62. Silva AL da, Silva LF da, Souza IEO, Moreira RVO. Mulher cardiopata com úlcera por pressão: reflexão fenomenológica sobre um modelo de cuidado clínico de conforto. **Esc Anna Nery (impr.)2013 jan – mar; 17(1):168 – 172;**

63. SILVA, LM. **Efeitos Benéficos da Papaína no processo terapêutico de lesões de pele.** In: Jorge, SA; Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas. Cap. 11, São Paulo: Atheneu, 2003;

64. Teixeira CR de Souza, Becker TAC, Citro R, Zanetti ML, Landim CAP. Validação das intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Esc. Enferm USP, 2011; 45(1):173-9;**

65. Viegas L. **Fundamentos lógicos da metodologia científica.** 3. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2007;

66. YAMADA, BFA. **Processo de limpeza de feridas.** In: Jorge, SAJ; Dantas, SRPE. Abordagem Multiprofissional do tratamento de feridas. Cap. 6. São Paulo: Atheneu, 2003;

67. Zoboli ELCP. A descoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 34(1), 21-7, 2004.**

Apêndice A

Instrumento de Coleta de Dados 1ª Etapa

Identificação da Amostra

FORMULARIO PARA REGISTRO DE DADOS DA PESQUISA INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Iniciais do Nome: *

Gênero: *
- 1.Masculino
- 2.Feminino

Grau de instrução: *
- 1.Doutorado
- 2.Mestrado
- 3.Especialização
- 4.Graduação

Atuação Profissional: *
- 1.Assistencial
- 2.Coordenação
- 3.Docência
- Outro

Tempo de atuação: * Em meses

Tempo de participação em grupo de pesquisa de feridas e/ou processo de enfermagem: * Em meses

Especificar qual grupo:

Voltar Continuar

Apêndice B

Intervenções de Enfermagem

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

ESTUDO:

Intervenções de Enfermagem

Autorizar e Participar - Ler o termo de compromisso

Eu *

RG n. *

Órgão Expedidor do RG *

concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador **ALLISON BARROS SANTANA** sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Autorização *
- Li e concordo
- Não concordo

Continuar

- Intervenções NIC para o DE Integridade da pele prejudicada
Conceito: Epiderme e/ou derme alterada

	1 Não utilizada	2 Muito pouca Utilizada	3 De algum modo utilizada	4 Cosideravel-mente utilizada	5 Muito utilizada
Administração de MEDICAMENTOS: Tópica – Conceito: Preparo e aplicação de medicamentos para a pele					
BANHO – Conceito: Limpeza do corpo com o propósito de relaxamento, asseio e restabelecimento					
Controle HIDROELETROLÍTICO – Conceito: Regulação e prevenção de complicações decorrentes de níveis alterados de líquidos e/ou eletrólitos					
Controle de MEDICAMENTOS – Conceito: Facilitação do uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não-prescritos					
Controle da PRESSÃO sobre áreas do corpo - Conceito: Minimização da pressão sobre partes do corpo					
Cuidados com a PELE: Tratamentos Tópicos – Conceito: Aplicação de substâncias tópicas ou manipulação de dispositivos para promover a integridade					

da pele e minimizar seu rompimento					
Cuidados com ÚLCERAS por pressão – Conceito: Facilitação da cicatrização de úlceras por pressão					
Cuidado com aparelho GESSADO: Manutenção – Conceito: Cuidado com aparelho gessado após o período de secagem					
Cuidado com aparelho GESSADO: Úmido – Conceito: Cuidado de um novo aparelho gessado durante o período de secagem					
Cuidados com LESÕES – Conceito: Prevenção de complicações em feridas e promoção de sua cicatrização					
Cuidados com LESÕES: Drenagem fechada – Conceito: Manutenção de um sistema de drenagem de pressão no local da lesão					
Cuidados com local de INCISÃO – Conceito: Limpeza, monitoração e promoção da cicatrização em ferida fechada por suturas, grampos ou clipes					
Cuidados com o PERÍNEO – Conceito: manutenção da integridade da pele do períneo e alivio de desconforto perineal					
Cuidado com os PÉS – Conceito: Limpeza e inspeção dos pés com fins de relaxamento, asseio e saúde da pele					
Cuidados com OSTOMIAS – Conceito: Manutenção da eliminação mediante um estoma e cuidados com o tecido circunjacente					
Cuidados com PRÓTESES – Conceito: Cuidados com aparelhos removíveis usados pelo paciente e prevenção de complicações associadas a seu uso					
Cuidados com TRAÇÃO/IMOBILIZAÇÃO – Conceito: Controle de pacientes com tração e/ou dispositivo para imobilizar e estabilizar uma parte do corpo					
Cuidados da PELE: Local de doação – Conceito: Prevenção de complicações na lesão e promoção da cicatrização no local da doação					
Cuidados da PELE: Local de enxerto – Conceito: Prevenção de complicações na lesão e promoção da cicatrização no local do enxerto					
Cuidado na AMPUTAÇÃO – Conceito: Promoção do bem-estar físico e psicológico antes e após a amputação de uma parte do corpo					
Ensino: cuidado dos PÉS – Conceito: Preparo do paciente de risco e/ou pessoa significativa para oferecer cuidado preventivo aos pés					
IMOBILIZAÇÃO – Conceito: Estabilização, imobilização e/ou proteção de parte do corpo lesada com dispositivo de apoio					

Irrigação de LESÕES – Conceito: limpar com jato lesão aberta para higienizar e remover resíduos e drenagem excessiva					
Monitoração de ELETRÓLITOS – Conceito: Promoção de eletrólitos e prevenção de complicações resultantes de níveis anormais ou indesejáveis de eletrólitos séricos					
Monitoração das EXTREMIDADES inferiores – Conceito: Coleta, análise e uso de dados do paciente para categorizar riscos e prevenir lesões às extremidades inferiores					
POSICIONAMENTO - Conceito: Posicionamento deliberado do paciente ou de parte de seu corpo para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico					
Precauções CIRCULATÓRIAS – Conceito: Proteção de uma área localizada com perfusão limitada					
Precauções no uso de artigo de LÁTEX – Conceito: Redução do risco de reação sistêmica ao látex					
Prevenção de ÚLCERA por pressão – Conceito: Prevenção de úlcera por pressão em pacientes com alto risco de desenvolvê-las					
Promoção do EXERCÍCIO – Conceito: facilitação da atividade física regular para manter a aptidão física e a saúde, ou avançar a um nível mais elevado					
Redução do SANGRAMENTO – Conceito: Limitação da perda de volume de sangue durante um episódio de sangramento					
Redução do SANGRAMENTO: Ferimento – Conceito: Limitação da perda de sangue de um ferimento que pode ser resultante de trauma, incisões ou colocação de sonda ou cateter					
Supervisão da PELE – Conceito: Coleta e análise de dados do paciente para manter a integridade da pele e das mucosas					
SUTURA – Conceito: Aproximação das bordas de uma ferida, utilizando material e agulha esterilizadas para sutura					
Administração de NUTRIÇÃO Parenteral Total (NPT) – Conceito: Preparo e oferta de nutrientes por via endovenosa e monitoração da reação do paciente					
Controle da NUTRIÇÃO – Conceito: Auxílio ou oferta de uma ingestão equilibrada de alimentos e líquidos					
Controle de INFECÇÃO – Conceito: Minimizar a aquisição e transmissão de agentes infecciosos					
Cuidados com o CATETER Central de Inserção Periférica (PICC) - Conceito: Inserção e manutenção de um cateter perifericamente inserido com localização intermediária ou central					

Cuidados com o REPOUSO no leito – Conceito: Promoção de conforto e segurança e prevenção de complicações em pacientes incapacitado de sair do leito					
Estimulação CUTÂNEA – Conceito: Estimulação de pele e dos tecidos subjacentes com a finalidade de reduzir sinais e sintomas indesejáveis, tais como dor, espasmo muscular ou inflamação					
Estimulação Elétrica Transcutânea do NERVO (TENS) – Conceito: Estimulação da pele e dos tecidos subjacentes com vibração elétrica controlada, de baixa voltagem, por meio de eletrodos					
Monitoração de SINAIS VITAIS - Conceito: Verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal para determinar e prevenir complicações					
Promoção do EXERCÍCIO: alongamento – Conceito: facilitação de exercícios musculares sistemáticos e lentos de alongamento para induzir o relaxamento, preparar músculos/articulações para exercícios mais vigorosos, ou aumentar ou manter a flexibilidade do corpo					
Proteção contra INFECÇÃO – Conceito: Prevenção e detecção precoce de infecção em pacientes de risco					
SUPERVISÃO – Conceito: Aquisição, interpretação e síntese propositais e contínuas de danos do paciente visando à tomada de decisão clínica					
Terapia com EXERCÍCIOS: Controle Muscular – Conceito: Uso de protocolos de atividade ou exercício específicos para aumentar ou recuperar os movimentos controlados do corpo					
Terapia com EXERCÍCIOS: Deambulação – Conceito: Promoção e assistência com o andar, de modo a manter ou estabelecer as funções autônomas e voluntárias do corpo durante tratamento e recuperação da doença ou lesão					
Terapia com EXERCÍCIOS: Equilíbrio – Conceito: Uso de atividades, posturas e movimentos específicos para manter, melhorar ou restaurar o equilíbrio					
Terapia com EXERCÍCIOS: Mobilidade articular – Conceito: Uso de movimento corporal passivo ou ativo para manter ou restaurar a flexibilidade das articulações					
Terapia com SAGUESSUGAS – Conceito: Aplicação de sanguessugas medicinais para ajudar a drenar tecido replantado ou transplantado que esteja obstruído com sangue venoso					
Terapia NUTRICIONAL – Conceito: Administração de alimentos e líquidos para sustentar os processos metabólicos de paciente desnutrido ou com alto risco para desnutrição					

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, de uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o pesquisador a qualquer momento.

Informações Sobre a Pesquisa:

Título do Projeto: **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIAS PARA OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COMUNS EM PACIENTES COM ÚLCERA POR PRESSÃO**

Pesquisador Responsável: Allison Barros Santana

Telefone para contato: (63) 92475528

O objetivo da pesquisa Identificar as Intervenções de Enfermagem indicadas na Nursing Interventions Classification - NIC como prioritários para os diagnósticos de Integridade de Pele Prejudicada, Integridade Tissular Prejudicada e Mobilidade Física Prejudicada, na situação de pacientes portadores de Úlcera por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva.

A pesquisa pode oferecer riscos aos pesquisados, podendo causar constrangimento e perda do tempo disponibilizado pelos sujeitos da pesquisa. Mas procurar-se-á amenizar ou ausentar os danos, pois garantirá autodeterminação na participação da pesquisa, respeito à privacidade, anonimato e confidencialidade, de modo que os indivíduos pesquisados não possam ser identificados por suas respostas, e não se utilizará qualquer meio e/ou método que venha a ferir a integridade física, moral e/ou psicológica;

- O convidado pode desistir a qualquer tempo e hora de participar da pesquisa, mesmo após a assinatura deste documento, sendo de sua responsabilidade comunicar esta decisão. Tal decisão será respeitada pelo pesquisador;
- O convidado não terá nenhum gasto financeiro com a pesquisa e não receberá pagamento pela mesma;
- Este termo será assinado em duas vias, sendo a primeira via arquivada pelo pesquisador e a segunda via pelo participante da pesquisa. O convidado enviará o termo, digitalizado, ao endereço eletrônico: enfermagemnicto@gmail.com.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG nº _____ SSP/____, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do sujeito da pesquisa _____

_____

Assinatura do pesquisador