



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde

LESÃO POR PRESSÃO: REVISÃO INTEGRATIVA E GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS

Autora: Fabiana Resplande de Paula da Costa

Orientadora: Profa. Dra. Maria Liz Cunha de Oliveira

**Brasília-DF
2019**

LESÃO POR PRESSÃO: REVISÃO INTEGRATIVA E GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre Profissional em Ciências para a Saúde.

Linha de Pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde do Idoso

Orientadora: Profa. Dra. Maria Liz Cunha de Oliveira

Brasília
2019

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R1 Resplande de Paula da Costa, Fabiana
LESÃO POR PRESSÃO: REVISÃO INTEGRATIVA E GUIA DE
ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS / Fabiana Resplande
de Paula da Costa; orientador Maria Líz Cunha de
Oliveira. -- Brasília, 2019.
124 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado profissional) --
Coordenação de Pós-Graduação e Extensão, Escola
Superior de Ciências da Saúde, 2019.

1. REVISÃO DA LITERATURA. 2. DESENVOLVIMENTO DE
UM GUIA BÁSICO EDUCATIVO PARA PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO. 3. ANÁLISE DO
GUIA BÁSICO PARA LESÃO POR PRESSÃO. I. Cunha de
Oliveira, Maria Líz, orient. II. Título.

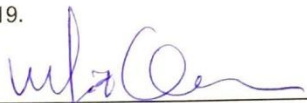
TERMO DE APROVAÇÃO

FABIANA RESPLANDE DE PAULA DA COSTA

Lesão por pressão: Revisão integrativa e guia de orientações para profissionais

Trabalho de conclusão aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para a Saúde, pelo programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências para a saúde – Mestrado Profissional - da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS).

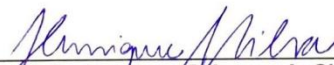
Aprovado em: 30/07/2019.



Profª Drª Maria Liz Cunha de Oliveira
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola
Superior em Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS)
Orientadora



Profª Drª Leila Bernarda Donato Göttems
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola
Superior em Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS)
Examinadora interna



Prof. Dr. Henrique Salmazo da Silva
Universidade Católica de Brasília (UCB)
Examinador externo

Prof. Dr. Levy Aniceto Santana

Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola
Superior em Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS)
Suplente

*Dedico meu trabalho científico inteiramente a minha mãe, **Zilma Resplande de Carvalho**, por ter sido o motivo da minha existência e de nunca me deixar desistir. Meus eternos agradecimentos.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por permitir que tudo isso acontecesse ao longo de minha vida, não somente nestes anos como universitária, mas em todos os momentos. É o maior mestre que alguém pode conhecer.

À Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde e Escola Superior de Ciências da Saúde, corpo docente, direção e administração, que oportunizaram a janela em que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) pelo apoio e financiamento desta pesquisa, sem o qual não seria possível prosseguir.

A todos os professores, por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, e pelo tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre nunca fará justiça aos professores de dicados, os quais, sem nominar, terão os meus eternos agradecimentos.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

FINANCIAMENTO

A Presente pesquisa científica foi realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)- Código de Financiamento 001.

RESUMO

Referência: COSTA, F. R. P. **Lesão por pressão: Revisão integrativa e guia de orientações para profissionais**. 2019. 123f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde) - Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, 2019.

Objetivo: Conhecer e analisar a produção científica sobre diagnósticos de enfermagem em lesão por pressão e seus estágios, elaboração e validação de material educativo.

Método: Para atingir o cumprimento dos objetivos apresentados, a presente pesquisa foi dividida em três etapas distintas: I: Revisão de literatura, II: desenvolvimento de tecnologia educativa tipo guia básico para prevenção e tratamento de lesão por pressão e III: Análise do guia básico.

Resultados: Na revisão integrativa, não foi observado um diagnóstico de enfermagem específico para os estágios da Lesão por Pressão, pois a versão da NANDA-I aponta apenas para os diagnósticos dos fatores de risco. Quanto ao guia básico, este teve uma boa aceitação entre os profissionais enfermeiros quanto ao *design* e conteúdo apresentado, com uma média de IVC de 97% e coeficiente de confiabilidade entre 0,96 a 0,97 para o nível de concordância.

Produtos desenvolvidos: Guia básico sobre lesão por pressão e dois artigos científicos.

Conclusão: Acredita-se que o uso guia básico facilitará a prática da Enfermagem baseada em evidências, tendo em vista que se constitui em uma tecnologia ilustrada capaz de favorecer o diálogo entre profissionais.

Palavras-chave: Diagnósticos de enfermagem, lesão por pressão, úlceras por pressão, Terminologia internacional NANDA-I.

ABSTRACT

Objective: To know and analyze the scientific production on nursing diagnoses in pressure injury and its stages, preparation and analysis of educational material

Method: To achieve the objectives presented, this research was divided into three distinct steps: I: Literature review, II: development of educational technology for prevention and treatment of pressure injury and III: Analysis of the basic guide.

Results:The integrative review did not observe a specific nursing diagnosis for the stages of pressure lesions, as the NANDA-I version only points to risk factors. The basic guide was well accepted among professionals regarding the design and content presented, with an average CVI of 97% and reliability coefficient between 0.96 and 0.97 for the level of agreement.

Developed products: Basic guide on pressure injury and two scientific articles.

Conclusion:It is believed that the use of this basic guide will facilitate the practice of evidence-based nursing, as it is an illustrated educational technology capable of favoring dialogue between professionals.

Keywords: Nursing diagnoses, pressure lesions, pressure ulcers, International terminology NANDA-I.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
DE	Diagnósticos de Enfermagem
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
LP	Lesão por Pressão
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SOBENDE	Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia
MS	Ministério da Saúde
NANDA	Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
PE	Processo de Enfermagem

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Camada da pele e seus extratos.....	15
Figura 2. Principais pontos de lesão por pressão.....	16
Figura 3. Etapas do processo de enfermagem.....	21
Figura 4. Etapas da construção da pesquisa.....	27

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Descrição do estágio da ferida conforme NPUAP, 2016.....	17
Quadro 2. Resultados dos estudos relacionando o diagnóstico de enfermagem e estágios da lesão por pressão, conforme NPUAP, 2016.....	22

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE	15
2.2 A LESÃO POR PRESSÃO	16
2.3 SISTEMATIZAÇÕES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO COM LESÕES POR PRESSÃO.....	19
3 OBJETIVOS	23
3.1 OBJETIVO GERAL	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4 MÉTODOS	24
4.1 ETAPA I: REVISÃO DA LITERATURA	24
4.2 ETAPA II: DESENVOLVIMENTO DE UM GUIA BÁSICO PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO.....	25
4.3 ETAPA III: ANÁLISE DO GUIA BÁSICO EDUCATIVO	26
PRODUTO 1: REVISÃO INTEGRATIVA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À LESÃO POR PRESSÃO	28
PRODUTO 2: ARTIGO CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA EM CUIDADOS DE LESÕES POR PRESSÃO	46
PRODUTO 3: GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS SOBRE LESÃO POR PRESSÃO	59
REFERÊNCIAS	118

1INTRODUÇÃO

Esta pesquisa está focada em um estudo teórico-prático referente à lesão por pressão (LP) e sua incidência em pacientes internados. A experiência vivenciada no decorrer de longos anos de experiência, trabalhando como enfermeira em unidade de terapia intensiva e internação, fez com que despertasse o interesse em aprofundar os conhecimentos sobre a temática para prestar uma assistência de qualidade no sentido de prevenir e tratar pacientes com LP.

Nesses últimos 15 anos de profissão, notei que a LP tem sido uma das maiores complicações para a pessoa doente que se encontra internada, como infecção, septicemia, prolongamento das internações hospitalares e até mesmo óbito.

Ainda existe certa dificuldade do enfermeiro em aplicar a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) no cuidado de prevenção e tratamento das feridas e com essas experiências venho apresentar as atualizações sobre lesão por pressão e seus estágios, com a finalidade de aprimorar e facilitar a execução das ações de enfermagem ao paciente portador de LP e o que pode ser feito para reduzir essas incidências e diminuir o tempo de internação do paciente por esse agravo de saúde.

A incidência de LP é um problema de saúde pública que impacta a pessoa doente, a família e a coletividade. É definida como um dano localizado à pele e tecidos subjacentes causados por pressão, cisalhamento, fricção e ou uma combinação destes. Sua etiologia apresenta outros fatores contribuintes, que são intrínsecos ao sujeito, como a idade, a nutrição e as morbidades⁽¹⁾.

Os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de LP têm sido pesquisados, mas a relação dos fatores de risco que melhor estão relacionados com a sua incidência ainda é insuficiente para compreender e elaborar ações de enfermagem para o tratamento das lesões. Assim, é importante a realização de estudos com a validação de novos diagnósticos de enfermagem (DE) quanto à ocorrência desse agravo⁽²⁾.

Em indivíduos com idade avançada, observa-se maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de tais lesões, devido à pele fragilizada, redução da sensibilidade, desnutrição, maior predisposição a problemas crônicos de saúde e a presença de fatores intrínsecos, entre eles alterações na eliminação, na circulação, no nível de consciência e na mobilidade⁽¹⁾.

O tratamento de feridas vem sendo importante objeto de pesquisa e estudo por profissionais de saúde de forma multidisciplinar em todo o mundo. Na busca de tratamento e intervenções mais eficazes e de excelência, as técnicas milenares antes utilizadas, como adição de açúcar, papaína, mel, barro, sal e ervas, vão sendo substituídas, graças ao progresso proporcionado pelo desenvolvimento tecnológico⁽³⁾.

Esse progresso tecnológico com a evolução das técnicas assépticas fez com que as incidências de contaminação e infecção das feridas diminuíssem e foi mais um marco no conhecimento da pele e suas funções e fases de cicatrização, aprimorando a prevenção e tratamento⁽³⁾.

Mediante os fatores de riscos na formação de novas lesões e no mecanismo de tratamento, o enfermeiro atua de forma educativa, por meio de consulta de enfermagem, na qual ele faz o levantamento do diagnóstico mediante as necessidades, através da sistematização de enfermagem, embasado na metodologia, como propõe a *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*⁽⁴⁾.

A SAE é uma metodologia de organização, planejamento e execução de ações sistematizadas, que são realizadas pela equipe durante o período em que o cliente se encontra sob a assistência de enfermagem, tornando-se uma ferramenta principal no cuidado do paciente como um todo⁽⁵⁾.

A literatura é rica em publicações que destacam a importância do processo de enfermagem (PE) para a elevação da qualidade da assistência em saúde, com benefício tanto do paciente, por meio de um atendimento individualizado; como para a enfermagem.

No Brasil, há poucos estudos a respeito dos diagnósticos de enfermagem em pacientes com feridas e, mesmo os já publicados, tratam apenas de diagnósticos específicos, como integridade de pele prejudicada, integridade tissular prejudicada e risco de integridade da pele prejudicada⁽⁶⁾.

Ou seja, os diagnósticos não são identificados a partir da lesão já instalada, abordando as demais necessidades de cuidado que esses pacientes possam ter além daquelas relacionadas à pele. Por isso, torna-se fundamental a produção de conhecimentos referente aos diagnósticos de enfermagem em pacientes com LP. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar os diagnósticos de enfermagem em pessoas com LP em seus vários estágios⁽⁷⁾.

A dissertação foi estruturada de acordo com o “modelo Escandinavo”, ou “escrita por artigos”. Para tanto, partiu-se de uma revisão de literatura, em que foram apresentadas a anatomia e fisiologia da pele e a lesão por pressão. A partir desse constructo, abordam-se os vários estágios da LP.

A seguir, foi apresentada a sistematização da assistência de enfermagem no cuidado da LP, seguidos os objetivos da pesquisa, materiais e métodos e os aspectos éticos. Os três produtos produzidos foram dois artigos - **Revisão integrativa: diagnósticos de enfermagem relacionados à lesão por pressão** e **Construção e validação de tecnologia educativa em cuidados de lesões por pressão**, formatados de acordo com as normas das revistas escolhidas, e um **Guia de orientações para profissionais sobre lesão por pressão**. Após os produtos, são apresentadas as considerações finais, bem como as referências bibliográficas da dissertação, seguidas dos anexos.

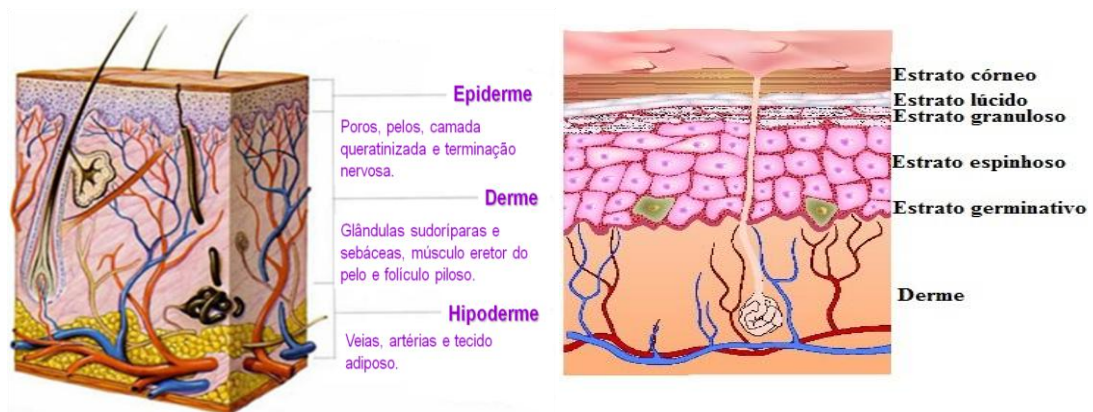
2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

A pele é um órgão dinâmico, constantemente variável. Consiste de três camadas principais: a epiderme, a derme e a hipoderme (camada subcutânea). Cada uma delas é composta por várias subcamadas. Os apêndices da pele, tais como folículos e glândulas sebáceas e sudoríparas, também desempenham uma função global⁽⁸⁾.

Cada uma delas é composta de tecidos diferentes e tem suas funções distintas (Figura 1).

Figura 1. Camadas da pele e seus extratos.



Fonte: Santos (2018)⁽⁹⁾.

A epiderme, a camada mais externa da pele, é fina e avascular. Costuma regenerar-se em 4 a 6 semanas. Suas funções básicas são manter a integridade da pele e atuar como barreira física. Constituída por várias camadas de células, a epiderme contém cinco subcamadas: estrato córneo, mais externo, estrato lúcido, estrato granuloso e estrato espinhoso; e camada mais interna, o estrato germinativo, que liga a epiderme a segunda e mais espessa das camadas da pele, a derme⁽¹⁰⁾.

A função da derme é oferecer resistência, suporte, sangue e oxigênio à pele. Essa camada contém vasos sanguíneos, folículos pilosos, vasos linfáticos, glândulas sebáceas e glândulas sudoríparas. O tecido subcutâneo é composto de tecidos adiposo e conjuntivo, além de grandes vasos sanguíneos, nervos linfáticos. A

espessura da epiderme, da derme e do tecido subcutâneo varia entre diferentes pessoas e partes do corpo⁽¹⁰⁾.

A pele é o maior órgão do corpo, constituindo do peso corporal. Está constantemente exposta a agressões físicas e mecânicas, que podem ocasionar consequências físicas permanentes ou não⁽¹⁰⁾.

As seis funções da pele são:

Proteção, sensibilidade, termo regulação, excreção, metabolismo e a síntese de vitamina D exposta à luz solar.

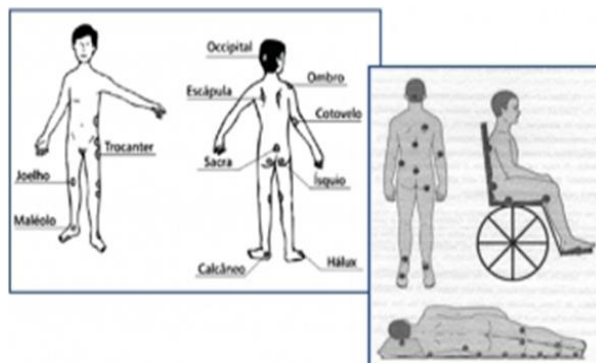
No entanto, quando a pele é comprimida entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por tempo prolongado, gradualmente, instala-se um processo isquêmico que resulta em uma lesão.

2.2 A LESÃO POR PRESSÃO

A exposição excessiva à carga sobre os tecidos moles ou com proeminências ósseas pode levar a microtraumas repetitivos, que provocam diminuição do teor de água do tecido fibroso elástico e perdas graduais, o que contribui para abertura de lesões na pele íntegra⁽¹¹⁾.

A LP, segundo autores⁽¹²⁾, é um agravo comum que contribui para o aumento do risco de complicações hospitalares e é um indicador negativo da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Figura 2. Principais pontos de Lesão por Pressão.



Fonte: Schmidt (2014)⁽¹²⁾.

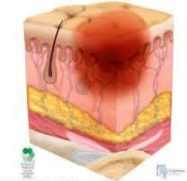
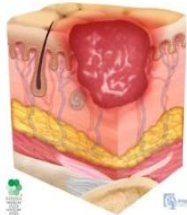
Os padrões da boa prática de enfermagem incluem uma recomendação para conduzir avaliação do risco de LPs e avaliação abrangente da pele, após a admissão do paciente e a qualquer momento⁽¹³⁾.





Os principais fatores para o desenvolvimento dessas lesões são divididos em fatores extrínsecos, relacionados à exposição física do paciente, e fatores intrínsecos, inerentes à representação clínica do paciente.

Contudo, os danos causados pela pressão estão intimamente relacionados à sua intensidade e duração, bem como à capacidade de tolerância dos tecidos expostos. As LPs são totais ou parciais, conforme o acometimento tecidual, e classificadas em estágio I, estágio II, estágio III, estágio IV e lesão tissular profunda, de acordo com Quadro 1.

Existem lesões que não podem ser classificadas até serem desbridadas, e mesmo com avanços tecnológicos que permeiam o atendimento da saúde, há alta prevalência e incidência dessas lesões⁽¹⁴⁾.

Quadro 1. Descrição do estágio da ferida conforme NPUAP, 2016.

Estágio	Descrição
<p>Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece.</p> 	<p>Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.</p>
<p>Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.</p> 	<p>Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes.</p>

Estágio	Descrição
<p>Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total.</p> 	<p>Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.</p>
<p>Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.</p> <p>Stage 4 Pressure Injury</p> 	<p>Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente.</p>
<p>Lesão por Pressão Não Classificável:</p> 	<p>Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara).</p>
<p>Lesão por Pressão Tissular Profunda:</p> 	<p>Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento.</p>

Fonte: NPUAP(2016)⁽¹¹⁾.

O sistema de classificação em estágios da LP foi criado pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), em 1989, e baseado na classificação inicial de Shea e da *International Association of Enterostomal Therapy*. Representa a quantidade de perda ou destruição tecidual ocorrida.

A incidência das LPs varia significativamente de acordo com ambiente clínico e as características do paciente, ocorrendo em pacientes agudamente hospitalizados ou naqueles que necessitam de cuidados institucionais em longo prazo.

As LPs representam grave problemática social, pois elevam as taxas de reinternação, contribuem para o aumento da morbimortalidade e seu tratamento gera

altos custos para os serviços de saúde, especialmente pelo prolongamento da hospitalização⁽¹⁴⁾.

É necessário que o enfermeiro desenvolva técnicas e habilidades para reconhecer o tipo de ferida, o estágio e o tratamento adequado, com uma sistematização de enfermagem elaborada em protocolos aplicativos que utilizam a tecnologia como facilitador em seu instrumento de trabalho, visando à qualidade de vida dos pacientes, mas com o foco principal na prevenção de LPs, e atualizando conhecimentos nos diagnósticos, tratamento e avaliação de feridas.

2.3 SISTEMATIZAÇÕES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO COM LESÕES POR PRESSÃO

A SAE e a aplicação do PEvêm responder à necessidade de organização dos serviços de enfermagem e do planejamento da assistência baseada na cientificidade para identificar as situações de saúde-doença dos indivíduos e subsidiar as ações de assistência, contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde⁽¹⁵⁾.

O primeiro modo sistematizado para prever o risco do desenvolvimento de LP foi proposto em 1962, quando foi desenvolvida e testada a Escala de Norton (EN) na avaliação de 600 pacientes de uma casa geriátrica. Essa Escala é composta por cinco domínios- condição física, estado mental, atividade, mobilidade e incontinência-, sendo que cada domínio tem quatro possibilidades de pontuação. Deste modo, o somatório pode variar de 5 a 20 pontos, entendendo-se a pontuação menor do que 14 como de risco e menor de que 12 como de alto risco para o desenvolvimento de LP⁽¹⁴⁾.

Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, foi a pioneira dessa reflexão no Brasil, mas somente na segunda metade da década de 1990 é que as experiências de aplicação da SAE em nossa realidade ganharam força e começaram a se multiplicar, atingindo o seu ápice nos anos 2000, sinalizando para o avanço científico da prática de enfermagem no país.

A autora desenvolveu seus estudos a partir da teoria da motivação humana de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas e utiliza a denominação adotada por João Mohana, ou seja, necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais⁽¹⁵⁾.

O PE é definido como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano”^(15:688). O modelo conta com seis fases distintas: histórico, diagnóstico, plano assistência, plano de cuidado ou prescrição, prognóstico e evolução de enfermagem⁽¹⁵⁾.

Na implementação do modelo de Horta, o enfermeiro realiza o histórico de enfermagem nas primeiras horas de internação; destaca os problemas de enfermagem que, de acordo com Horta, são “situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e/ou comunidade, que exigem do enfermeiro assistência profissional”^(15:688).

Na assistência à saúde, um importante item a ser considerado é a qualidade do serviço oferecido, e essa qualidade é um domínio fundamental do processo de segurança. A segurança do paciente tem relação direta com a redução de riscos e danos evitáveis ao mínimo possível na assistência em saúde, logo, o aumento de tempo na internação resulta em lesões na pele que podem ser do tipo úlceras, consideradas um problema de saúde grave e preocupante⁽¹⁶⁾.

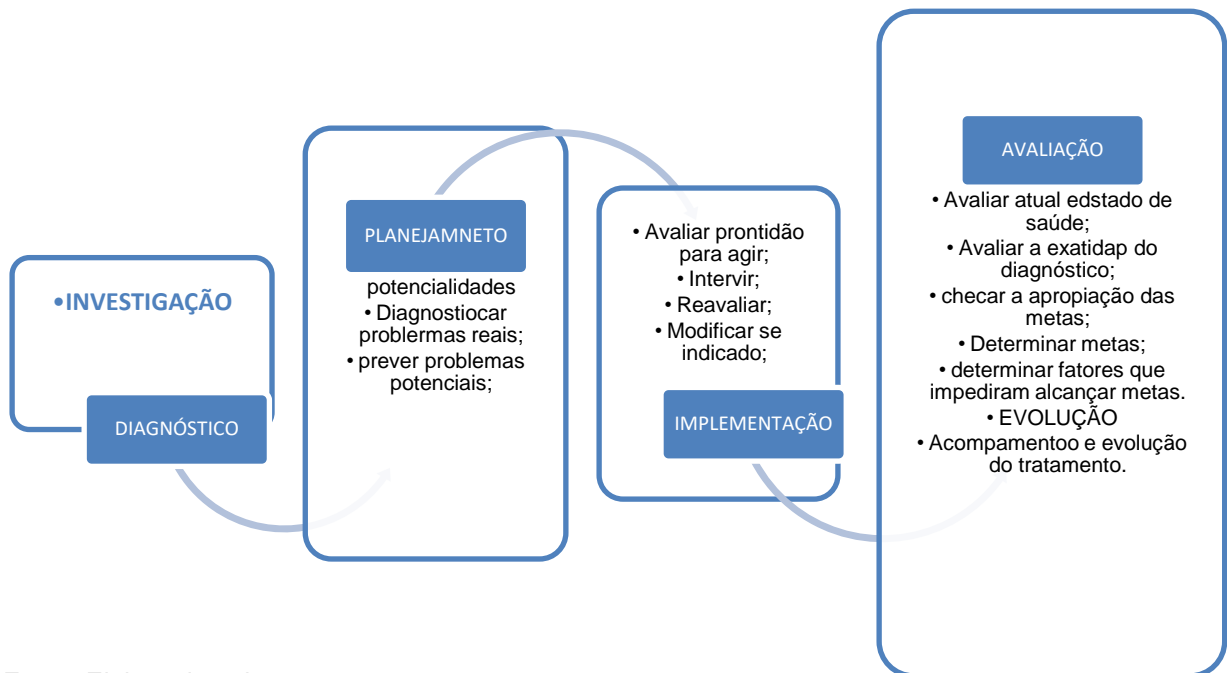
O PE é ainda definido como uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem, que é realizado por meio de cinco etapas interligadas: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução⁽¹⁷⁾, de acordo com cada cliente no atendimento de enfermagem. Dessas etapas, o diagnóstico envolve uma complexidade especial, por ser a fase de avaliação crítica e processo de deliberação para ações a serem aplicadas⁽¹⁸⁾.

Para sistematização da enfermagem na prevenção de lesões, pode-se fazer uso de escalas avaliativas de risco de LP, fundamentais para evidenciar os pontos de maior fragilidade no cliente e onde deve estar o maior foco de cuidado do enfermeiro para ações de prevenção. Dentre as escalas conhecidas e já validadas, está a mencionada Escala de Norton⁽¹⁹⁾.

O diagnóstico de enfermagem (DE) é considerado a etapa mais complexa do PE, constituindo-se em importante desafio para o enfermeiro por requerer dele o pensamento crítico e conhecimentos técnico-científicos para interpretação dos dados obtidos no exame físico e nas informações fornecidas pelo paciente durante a entrevista.

A formulação adequada do DE direciona o planejamento e implementação dos cuidados, assim como possibilita analisar e interpretar criteriosamente a evolução do paciente nesse processo⁽¹⁵⁾.

Figura 3. Etapas do Processo de Enfermagem.



Fonte: Elaborada pela autora.

Com o seguimento das etapas, será possível detectar cuidados que necessitam serem modificados, os que devem ser mantidos e os que foram finalizados, pois supriram as necessidades do paciente. Ou seja, o profissional deve avaliar o progresso, estabelecer medidas corretivas das prescrições, caso seja necessário, e sempre revê-las. Jamais se esquecendo de realizar as anotações no prontuário ou locais próprios⁽¹⁷⁾.

A taxonomia da NANDA-I oferece uma maneira de classificar e categorizar áreas de preocupação de um enfermeiro. Ela possui 244 diagnósticos de enfermagem agrupados em 13 domínios e 47 classes. Um diagnóstico pode ser focado no problema, em um estado de promoção de saúde ou risco em potencial⁽¹⁸⁾.

Um DE é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade. Costuma ter duas partes: (1) descritor ou modificador e (2) foco do diagnóstico ou conceito-chave⁽¹⁸⁾, considerando que a LP está associada a diversos fatores, tais como: contato da pele com secreções, fezes, urina e ação de barreira física, desde a dificuldade com o autocuidado até a imobilidade física, as condições nutricionais e musculoesqueléticas⁽²⁰⁾, resultando em achados DE, conforme Quadro 2.

Quadro 2. Resultados dos estudos relacionando o diagnóstico de enfermagem e estágios das lesões por pressão, conforme NPUAP, 2016.

Domínio	Classe	Diagnóstico de enfermagem/ Estágio da ferida	Características definidoras	Fatores de risco
4-atividade e repouso	2-atividade/ exercício	Deambulação prejudicada. Estágio I	Capacidade prejudicada de andar	Dor, força muscular insuficiente, equilíbrio prejudicado.
		Mobilidade no leito prejudicada. Estágio I e II	Capacidade prejudicada de se reposicionar na cama.	Dor, barreira ambiental, prejuízo neuromuscular.
		Risco de síndrome do desuso. Estágio I, II, III, IV e não classificável.		Dor, imobilidade mecânica paralisia, nível de consciência alterado.
		Perfusão tissular periférica ineficaz Estágio I e II	Alteração da pele, retardo na cicatrização da pele.	Trauma
11-Segurança e proteção	1-infecção	Alteração da integridade da pele. Estágio I e II		
		Integridade da pele prejudicada Estágio I e II	Alteração da integridade da pele, dor, matéria estranha perfurando a pele.	Pressão sobre saliência óssea, secreção, umidade.
		Integridade tissular prejudicada. Estágio I, II e III,IV e não classificável a profunda	Dano tecidual, tecido destruído, dor aguda.	Umidade, agentes químicos, estado nutricional desequilibrado.
		Lesão física Estágio I, II, III, IV e não classificável a profunda.	Agente nosocomial, barreira física, desnutrição.	
		Risco de lesão por pressão. Estágio I	Atrito em superfície, pressão sobre saliência do osso, incontinência.	
12-conforto	1-conforto físico	Síndrome da dor crônica. Estágio I, II, III, IV	Mobilidade física prejudicada	

Fonte: HerdmaneKamitsuru(2018)⁽¹⁸⁾.

3OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a produção científica relativamente aos diagnósticos de enfermagem em lesão por pressão e seus estágios.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar um guia básico com tecnologia educativa sobre lesão por pressão.
- Analisar o conteúdo e aparência do guia básico educativo com um quórum de enfermeiros especialistas na área.

4 MÉTODOS

Para o cumprimento dos objetivos geral e específicos apresentados, o presente estudo foi dividido em três etapas distintas:

- Etapa I: Revisão da literatura
- Etapa II: Desenvolvimento de um guia básico para prevenção e tratamento de lesão por pressão
- Etapa III: Análise do guia básico educativo entre pares

4.1 ETAPA I: REVISÃO DA LITERATURA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de acordo com a metodologia PICO (participantes, intervenção, contexto e resultados), nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Pubmed, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, em inglês e português.

A revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, constituindo, assim, um corpo de conhecimento⁽²¹⁾.

Para que se iniciasse o levantamento nessas bases, foram estudados os tesouros de cada uma, a saber: Entre, Decs, Mesh, respectivamente, e o que melhor se adequassem à estratégia PICO, em que a letra P representa paciente ou local a ser investigado, a letra I refere-se à intervenção, a letra C diz respeito à comparação e a letra O remete-nos aos resultados esperados. Na perspectiva de levantar obras dentro dessa estratégia, buscaram-se as que respondessem ao problema investigado. Para a construção da revisão integrativa, percorreram-se três etapas, descritas a seguir:

- Na primeira etapa, definiram-se os objetivos do estudo, levantou-se a questão ou hipótese da pesquisa: “quais os diagnósticos de enfermagem dados à lesão por pressão e seus estágios?”.

- Na segunda etapa, iniciou-se a busca por resumos dentro da estratégia PICO, com êxito, onde P: Paciente portador de lesão por pressão, I: Prevenção e

tratamento, C: comparação dos diagnósticos de enfermagem e O: Diagnósticos de enfermagem para lesão por pressão conforme taxonomia NANDA-I, utilizando os booleanos AND e OR nas quais se identificaram artigos em modelo de publicação eletrônica.

Foram utilizadas, para a seleção, as seguintes palavras-chave: Diagnósticos de enfermagem, lesão por pressão, úlceras por pressão, Terminologia internacional NANDA-I.

4.2 ETAPA II: DESENVOLVIMENTO DE UM GUIA BÁSICO PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO

Para desenvolvimento do guia básico, realizou-se uma pesquisa metodológica aprimorada a partir das seguintes etapas: 1. Levantamento bibliográfico; 2. Elaboração do material educativo; e 3. Validação do material por especialistas no assunto, representantes do público-alvo⁽²²⁾. Nesta etapa, realizou-se um diagnóstico situacional por meio de entrevista informal com cinco enfermeiros, escolhidos de forma aleatória, atuantes em clínicas de internação de um hospital de referência em Taguatinga-DF, Brasil, considerada uma unidade de saúde em referência de ambulatório de feridas, por isso, o objetivo de investigar as principais dúvidas acerca dos cuidados de LP. Posteriormente, guiando-se pela demanda de informações demonstradas, procedeu-se à busca das principais publicações sobre LP.

Durante a busca, utilizaram-se os descritores: Diagnósticos de enfermagem, Lesão por pressão, Estudo de validação e informações das preconizações do Sobest/Sobende⁽²³⁾. Todas as publicações dentro da temática passaram por leitura reflexiva, a fim de extrair o máximo de informações relevantes.

Após, foram elaborados os textos de forma clara e sucinta, abordando em seu conteúdo os diagnósticos de enfermagem para LP, tratamento e os tipos de cobertura utilizados em cada categoria de feridas. Posteriormente, foram capturadas figuras de modo atrativo, de fácil compreensão e condizentes com o contexto cultural do público-alvo. Nessa etapa, foram utilizadas as orientações relacionadas à linguagem, ilustração e *layout* que o profissional de saúde deve considerar para elaborar materiais educativos impressos, de modo a torná-los legíveis,

compreensíveis, eficazes e culturalmente relevantes, de acordo com o padrão de especialistas na área.

4.3 ETAPAIII: ANÁLISE DO GUIA BÁSICO EDUCATIVO

Na etapa de análise do material educativo, o guia básico foi submetido, pela pesquisadora, a 32 juízes, por meio de uma visita informal ao ambiente hospitalar em unidades de internação com maiores incidências de lesão por pressão, considerados especialistas no conceito em estudo, no intuito de analisar o material quanto à aparência e conteúdo, conforme sugerido por diversos autores^(24,25).

A seleção dos juízes se deu por meio da amostragem de rede ou bola de neve⁽²⁶⁾, e os juízes identificados por esse tipo de amostragem e que atendessem aos critérios preestabelecidos adaptados da literatura consultada⁽²⁷⁾ foram convidados a participar do estudo.

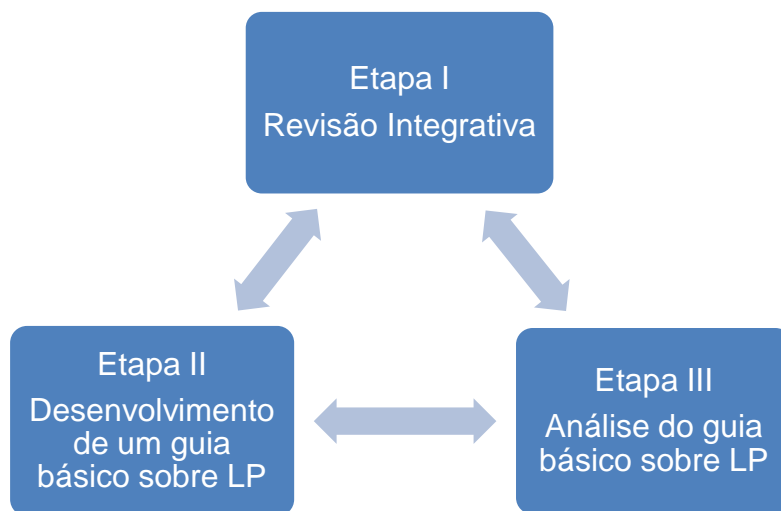
A construção e a análise do material se deram a partir de uma entrevista informal com cinco enfermeiros do público-alvo de hospitais e centros de saúde, onde se buscou conhecer as principais dificuldades e problemas para aplicar os diagnósticos de enfermagem no cotidiano da assistência ao paciente portador de LP.

Para a coleta de dados, foram utilizados instrumentos direcionados aos juízes especialistas, divididos em duas partes: a primeira com os dados de identificação do juiz; e a segunda com as instruções de preenchimento do instrumento e os itens avaliativos do guia, totalizando cinco itens distribuídos em 16 aspectos avaliativos, sendo: conteúdo, título, lógica, destaque, relevância, olhar científico, compatibilidade, atratividade, clareza, ilustrações, imagens, tamanho da fonte, cores, páginas, incentivo a leitura, perfis, esclarecimento.

Quanto à validade de conteúdo do guia, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC)⁽²⁸⁾. Esse método emprega escala tipo Likert com pontuação de um a quatro e baseia-se nas respostas dos juízes com relação ao grau de relevância de cada item. Assim, esses poderiam ser classificados como: (1) irrelevante, (2) pouco relevante, (3) realmente relevante ou (4) muito relevante. Para adequar-se ao instrumento de coleta de dados deste estudo, equiparou-se o grau de relevância ao grau de concordância entre os juízes: (1) discordo totalmente, (2) concordo parcialmente, (3) concordo e (4) concordo totalmente.

Para avaliar o guia como um todo, utilizou-se uma das formas de cálculo recomendada por pesquisadores da área, na qual o somatório de todos os IVC calculados separadamente é dividido pelo número de itens do instrumento. Como o guia básico foi analisado por 32 especialistas, a literatura recomenda ponto de corte do IVC de 0,78⁽²⁹⁾. Quanto à validade de aparência realizada tanto pelos juízes quanto pelo público-alvo, foram considerados validados os itens que obtiveram nível de concordância mínimo de 75% nas respostas positivas⁽³⁰⁾.

Figura 4. Etapas da construção da pesquisa.



Fonte: Elaborada pela autora.

PRODUTO 1: REVISÃO INTEGRATIVA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À LESÃO POR PRESSÃO

REVISÃO INTEGRATIVA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À LESÃO POR PRESSÃO

Objetivo: Conhecer e analisar a produção científica sobre diagnósticos de enfermagem em lesão por pressão e seus estágios. **Método:** Revisão integrativa realizada entre julho de 2018 a junho de 2019. A questão norteadora foi “quais os diagnósticos de enfermagem dados à lesão por pressão e seus vários estágios?”. Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2011 e 2019, nas bases de dados SCIELO, BVS, LILACS e PUBMED, CAPES, MEDLINE e GOOGLE ACADÊMICO em língua portuguesa, disponíveis na íntegra. Os critérios de exclusão foram estudos duplicados e que não atendessem à questão do estudo. **Resultados:** A busca resultou em 460 artigos e com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados nove estudos. Os diagnósticos encontrados referem-se apenas ao risco de lesão ainda no NANDA 2015/2017. **Conclusão:** Não foi observado um diagnóstico de enfermagem específico para os estágios da lesão por pressão. **Descritores:** Lesão por pressão, Diagnóstico de enfermagem, Terminologia internacional NANDA. Enfermagem.

NURSING DIAGNOSES RELATED TO PRESSURE INJURY

Objective: To know and analyze the scientific production on nursing diagnoses in pressure lesions and their stages. **Method:** Integrative review performed between July 2017 and July 2019. The guiding question was "which nursing diagnoses given to pressure injury and its various stages?". The inclusion criteria were articles published between 2011 and 2019, in the databases SCIELO, VHL, LILACS and PUBMED, CAPES, MEDLINE, in Portuguese language, available in full. Exclusion criteria were duplicate studies that did not address the study question. **Results:** The search resulted in 460 articles and with the application of the

inclusion and exclusion criteria, nine studies were selected. The diagnoses found refer only to the risk of injury still in the NANDA 2015/2017. Conclusion: A specific nursing diagnosis was not observed for the stages of the pressure lesion. Descriptors: Pressureinjury, Nursingdiagnosis, NANDA internationalterminology.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON LA LESIÓN POR PRESIÓN

Objetivo: Conocer y analizar la producción científica sobre diagnósticos de enfermería en lesión por presión y sus etapas. **Método:** Revisión integrativa realizada entre julio de 2017 a julio de 2019. La cuestión orientadora fue "cuáles los diagnósticos de enfermería dados a la lesión por presión y sus varias etapas?". Los criterios de inclusión fueron publicados entre 2011 y 2019 en las bases de datos SciELO, BVS y PUBMED, capas, MEDLINE, en portugués, disponibles en su totalidad. Los criterios de exclusión fueron estudios duplicados y que no respondían a la cuestión del estudio. **Resultados:** La búsqueda resultó en 460 artículos y con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron siete estudios. Los diagnósticos encontrados sólo se refieren al riesgo de lesión en el NANDA 2015/2017. **Conclusión:** No se observó un diagnóstico de enfermería específico para las etapas de la lesión por presión.

Descriptores: Lesión por presión, Diagnóstico de enfermería, Terminología internacional NANDA.

INTRODUÇÃO

A lesão por pressão (LP) é considerada qualquer ferida que se desenvolve a partir da pressão prolongada sobre tecidos moles ou superfície da pele que causa dano subjacente, principalmente em proeminências ósseas⁽¹⁾. É uma complicação decorrente de longos períodos de internação de pacientes em unidades hospitalares, principalmente em unidade de terapia intensiva.

Pela soma dos fatores ligados a essa realidade, o processo de enfermagem na assistência aos portadores de feridas crônicas é significativo na elaboração do diagnóstico de enfermagem que embasará a tomada de decisão e implementação dos cuidados de prevenção e tratamento das LPs⁽²⁾.

Atualmente, as taxas globais de prevalência de LP em hospitais giram em torno de 12% em unidades de cuidados gerais e de 23% em unidades de terapia intensiva. Esses índices elevados apontam para um problema que merece atenção e investigação, uma vez que pode ser evitável pela identificação dos fatores de risco e implementação de medidas preventivas⁽³⁾.

Assim, compreende-se que as LPs são uma das complicações frequentes em pacientes críticos internados, pois esses estão expostos a fatores de risco para seu desenvolvimento, como idade, déficit no estado nutricional, estado geral comprometido, inconstância hemodinâmica, limitação da mobilidade, decorrentes de patologias diversas⁽⁴⁾.

Todavia, até recentemente, não havia um diagnóstico de enfermagem específico no sistema de classificação da NANDA-International para a condição clínica descrita anteriormente. Na estrutura taxonômica da NANDA-I⁽⁵⁾, LPs referem-se ao domínio 11(segurança e proteção) e classe 2. O diagnóstico de enfermagem (DE) para situação de risco de dano à pele, denominado Risco de Integridade da Pele Prejudicada, pela sua definição, indica que é um DE que pode ser usado em diversas situações de risco de alteração de pele⁽³⁾.

A validação de conteúdo de diagnósticos de enfermagem é fonte essencial na busca de evidências para reduzir erros no processo de ações do enfermeiro em aplicar o diagnóstico na sua tomada de decisão. Assim, este presente estudo teve como objetivo desenvolver uma revisão integrativa sobre diagnósticos de enfermagem para LP, conforme taxonomia NANDA-I. Para tanto, utilizou a questão norteadora: “Quais são os diagnósticos de enfermagem dados às lesões por pressão em seus vários estágios?”.

A prevenção de LPs é importante, porém, quando a lesão já está instalada, faz-se necessário um diagnóstico de acompanhamento de seus estágios. Nesta lógica, diante da ausência de diagnóstico estabelecido pelo NANDA-I que definisse, de maneira clara, o estágio em que se encontram as LPs e na busca de evidências para corroborar com a redução de erros no processo de diagnóstico e de tomada de decisão pelo enfermeiro, foi proposta esta pesquisa, com o objetivo de conhecer e analisar a produção científica brasileira sobre diagnósticos de enfermagem em LP e seus estágios.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida com a finalidade de reunir e sintetizar achados de estudos realizados, mediante diferentes metodologias, com o intuito de contribuir para o aprofundamento do conhecimento relativo ao tema investigado⁽⁶⁾.

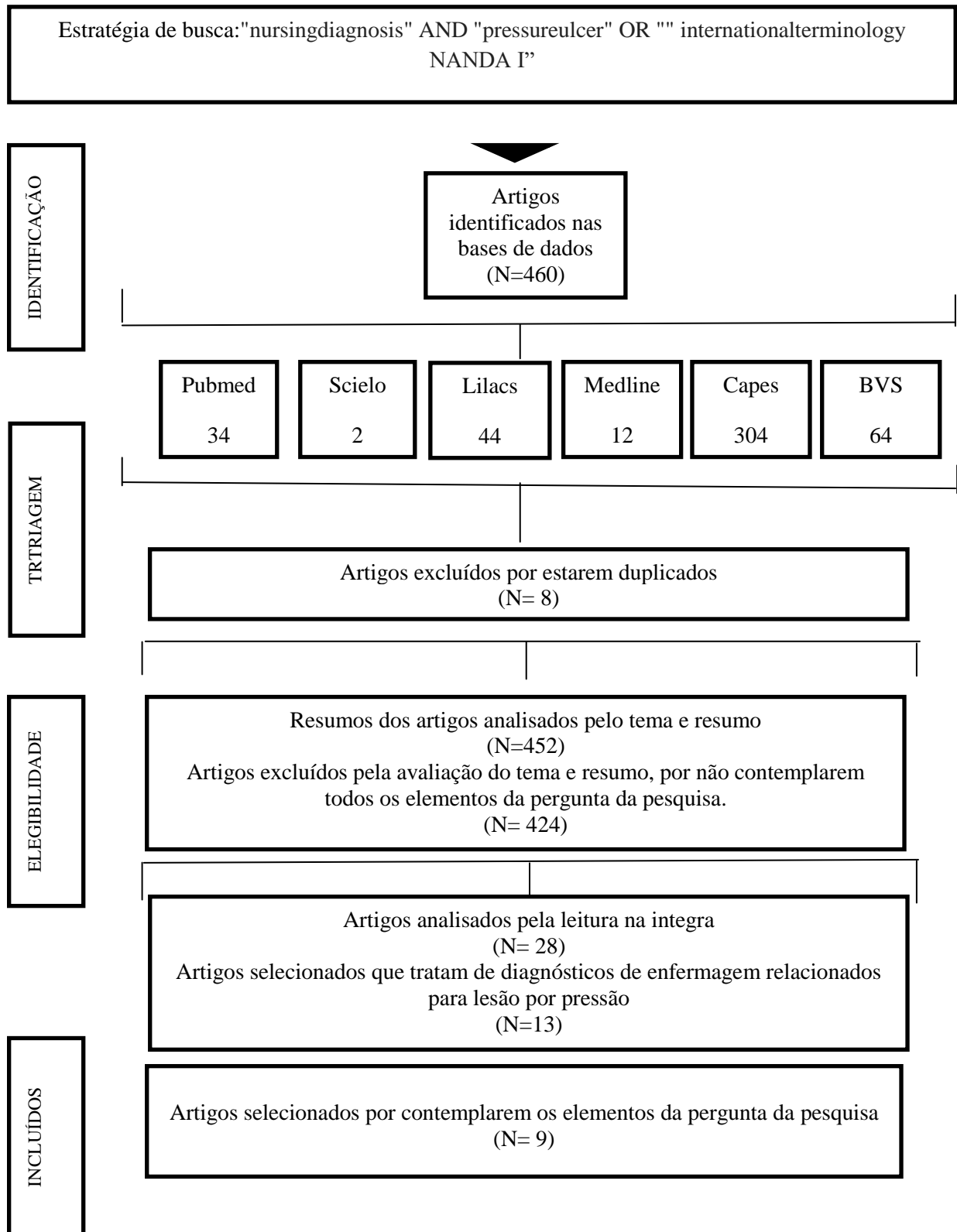
O estudo permeou as seguintes etapas⁽⁷⁾: formulação da questão para a elaboração da revisão integrativa da literatura; especificação dos métodos de seleção dos estudos; procedimento de extração dos dados; análise e avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura; extração dos dados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento produzido e publicado.

Para a estruturação da questão desta revisão, “quais são os diagnósticos de enfermagem dados às lesões por pressão em seus vários estágios?”, recorreu-se à estratégia PICO⁽⁸⁾: participantes, intervenção, contexto do estudo e resultados (*outcomes*). Os descritores utilizados na pesquisa efetuada foram lesão por pressão, diagnóstico de enfermagem, terminologia internacional NANDA-I, todos descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (DeCS-BVS).

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante o mês de julho de 2018 a junho de 2019, nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Pubmed, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Definiram-se como critérios de inclusão as produções científicas entre 2011-2019, com textos completos e gratuitos publicados, disponíveis em português. Como critérios de exclusão, os artigos repetidos, fora do período selecionado. A combinação dos descritores resultou em 460 publicações, e com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e descarte de publicações repetidas foram selecionados 13 artigos para análise crítica, conforme Fluxograma (Figura 1).

Figura 1-Fluxograma do processo de inclusão de estudos, Brasília, 2019.



Análise dos dados

Procedeu-se, ainda, à interpretação e discussão dos resultados, destacando-se os trabalhos que trouxeram maior contribuição para responder ao problema da pesquisa. A próxima etapa constitui-se na apresentação, revisão e síntese sobre o uso dos diagnósticos de enfermagem para LP conforme a taxonomia NANDA-I.

RESULTADOS

Como já apresentado, inicialmente, foram selecionados por títulos 460 artigos, dos quais 28 ($452-424=28$) foram incluídos após critérios de exclusão, mas somente nove artigos na íntegra contemplaram elementos da pergunta da pesquisa.

O Quadro 1 mostra a caracterização dos estudos selecionados nos últimos 8 anos. A maior parte dos estudos está voltada para os fatores de risco de LP e outras informações alusivas à compreensão dos fatores predisponentes para o desenvolvimento desse tipo de lesão. O número de publicações a cada ano manteve-se constante com média de dois manuscritos. Quanto ao número de autores, oscilou entre 3 a 7.

Quadro 1 - Caracterização dos estudos que tratam do diagnóstico de enfermagem relacionado à lesão por pressão, Brasília, 2019.

Título	Revista	Base de dados	Ano	Síntese	Método
Perfil clínico diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco de lesão por pressão	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Scielo	2011	Objetivos: Caracterizar os pacientes em risco de desenvolver lesão por pressão (LP) e identificar seus diagnósticos de enfermagem.	Estudo transversal
Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver lesão por pressão	Revista Brasileira de Enfermagem	Lilacs	2011	Objetivo: Identificar diagnósticos de enfermagem em pacientes críticos com risco de desenvolver lesão por pressão.	Estudo tipo transversal
Indicador de qualidade assistencial lesão por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente	Revista Gaúcha de Enfermagem	BVS	2013	Objetivo: Comparar os dados notificados em sistema de indicador de qualidade assistencial de lesão por pressão. O diagnóstico de enfermagem mais frequente foi risco de infecção.	Estudo transversal
Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de lesão por pressão	Rev. Esc.Enfermag em USP	Scielo	2014	Objetivo: Identificar os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em risco de lesão por pressão (LP) e compará-los com as intervenções da <i>NursingInterventionsClassification</i> (NIC).	Estudo com mapeamento cruzado.
Diagnósticos de enfermagem: risco de lesão por pressão validação do conteúdo	Revista Latino-Americana	Medline	2016	Objetivo: Avaliar o conteúdo do novo diagnóstico de enfermagem, denominado risco de lesão por pressão.	Estudo descritivo
Associação dos fatores socioeconômicos e clínicos e o resultado integridade tissular em pacientes com úlceras	Revista Gaúcha de Enfermagem	Scielo	2016	Analisar a associação entre os fatores socioeconômicos e clínicos e os indicadores do resultado de enfermagem Integridade Tissular em pacientes com úlceras venosas.	Estudo transversal
Perfil dos pacientes com úlcera crônica de etiologia diversa, internados em serviço de emergência	Revista Ciência Cuidadoe Saúde	Lilacs	2016	Estudo com o objetivo de identificar o perfil dos pacientes com úlcera crônica de etiologia diversa internados em emergência hospitalar com Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada, segundo a Taxonomia da NANDA-I (2012-2014).	Estudo descritivo

Título	Revista	Base de dados	Ano	Síntese	Método
Diagnóstico de enfermagem: risco de úlcera por pressão segundo taxonomia II da <i>North American NursingDiagnosisAssociation</i>	Revista Estima	Google acadêmico	2017	Objetivo: Identificar a prevalência dos fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem (DE) de risco de lesão por pressão (LP) de acordo com a taxonomia II da <i>North American NursingDiagnosisAssociation</i> (NANDA-I).	Estudo transversal
Principais fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva	Cadernos de Graduação	Google acadêmico	2018	Objetivo central identificar os principais fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em Unidades de Terapia Intensiva no Brasil.	Estudo qualitativo
Diagnósticos e intervenções de enfermagem do sistema tegumentar da pessoa idosa I	Revista Disciplinarum Scientia	Google acadêmico	2018	Objetiva-se, com este estudo, verificar na literatura nacional os diagnósticos e intervenções de enfermagem relativos às alterações da pele no processo de envelhecimento, naturais a eventos patológicos em idosos hospitalizados	Revisão integrativa
Diagnósticos de enfermagem em unidade de Terapia intensiva: revisão integrativa	Cultura Cuidados	Google acadêmico	2018	Este estudo objetiva analisar a literatura sobre o uso dos Diagnósticos de enfermagem em unidades de terapia intensiva	Revisão integrativa
Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos	Revista Enfermagem em Foco	Google acadêmico	2019	Identificar a relação entre os fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão e determinar sua incidência em pacientes críticos.	Estudo descritivo de abordagem quantitativa
Diagnósticos de enfermagem em programa domiciliar: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I	Revista Brasileira de Enfermagem	SciELO	2019	Objetivo: identificar diagnósticos de enfermagem em pacientes em atenção domiciliar por meio do mapeamento cruzado de termos obtidos na anamnese e o exame clínico, com a Taxonomia da NANDA-I.	Estudo exploratório descritivo do tipo exploratório

As revistas que mais publicaram sobre a temática foram: Revista Latino-Americana e Revista Gaúcha de Enfermagem, sendo todos os seis artigos produzidos por enfermeiros. A partir desse achado, foi possível identificar os principais DE, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização dos artigos analisados, Brasília, 2019.

Diagnósticos	Título do artigo	Ano
Risco de lesão por pressão. Título, definição e sete fatores de risco foram validados como “muito importante”, sendo: imobilidade, pressão, fricção, cisalhamento, umidade, sensações prejudicadas e desnutrição.	Diagnóstico de enfermagem: risco de lesão por pressão: validação de conteúdo	2016
Integridade tissular	Associação dos fatores socioeconômicos e clínicos e o resultado integridade tissular em pacientes com úlceras	2016
Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada, segundo a Taxonomia da NANDA-I (2012-2014).	Perfil dos pacientes com úlcera crônica de etiologia diversa, internados em serviço de emergência	2016
Risco de úlcera por pressão segundo taxonomia II NANDA I.	Diagnóstico de enfermagem: risco de úlcera por pressão segundo taxonomia II da <i>North American Nursing Diagnosis Association</i>	2017
Percepção sensorial, umidade, atividade física, nutrição, mobilidade, fricção e cisalhamento	Principais fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva	2018
Diagnóstico de enfermagem: risco de integridade da pele prejudicada/ integridade da pele prejudicada”;	Diagnósticos e intervenções de enfermagem do sistema tegumentar da pessoa idosa	2018
Risco de infecção; Risco de integridade da pele prejudicada; Integridade da pele prejudicada; Risco de lesão, Mobilidade no leito prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Mobilidade física prejudicada; Risco de perfusão tissular periférica ineficaz;	Diagnósticos de enfermagem em unidade de Terapia intensiva: revisão integrativa.	2018
Fatores de risco: integridade da pele, perfusão tissular da pele, alterações do nível de consciência, déficit nutricional, pressão extrínseca associada à idade avançada, umidade, imobilidade no leito, período prolongado de internação, perfusão tecidual diminuída,	Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos.	2019
Integridade da pele prejudicada (00046) Risco de integridade da pele prejudicada (00047) Risco de úlcera por pressão (00249)	Diagnósticos de enfermagem em programa domiciliar: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I	2019

A existência de artigos sobre o tema indica que, neste período da pesquisa, os autores estavam preocupados e apontando os fatores de risco para o desenvolvimento de LP e que há interesse dos periódicos em publicar artigos sobre a temática do presente estudo, o que explica a sua maioria estarem nas bases de dados da área da enfermagem. Além disso, é importante

destacar que os resultados encontrados identificam os principais diagnósticos de enfermagem sobre a temática conforme a taxonomia da NANDA-I.

Em um estudo transversal realizado em uma UTI no hospital de Fortaleza/CE⁽⁹⁾, com uma amostra de 13 pacientes com risco de desenvolver LP, segundo escala de Waterlow, foi evidenciado um total de 45 diagnósticos de enfermagem, dos quais 17 tinham significância clínica para LPe, dentre estes, nove apresentaram frequência de 80%, destacando-se: Integridade da pele prejudicada (100%), Deambulação prejudicada (87%), Deglutição prejudicada (80%), Mobilidade no leito prejudicada (80%) e Troca de gases prejudicada (80%).

Foi realizado um estudo transversal⁽¹⁰⁾, que caracterizou pacientes em risco de desenvolver LP e identificou seus DE. A amostra constituiu-se de 219 hospitalizações em pacientes em risco para LP, sendo, a maioria, mulheres com uma média de nove dias de internação, portadoras de doenças neoplásicas, cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares e metabólicas. Esse estudo confirma a maioria dos estudos encontrados^(2,3,9,10), cujos DE mais frequentes foram os riscos para infecção, déficit do autocuidado, mobilidade física prejudicada, umidade, fricção, cisalhamento, integridade da pele prejudicada, déficit nutricional e risco de lesão por pressão.

Estima-se que 4% a 38% de pacientes internados são acometidos de LP, sendo um agravante à saúde e recuperação desses pacientes⁽¹¹⁾; assim, a prevenção e identificação de fatores de risco é a melhor forma de lidar com essas ocorrências. A incidência de LP, segundo estudos^(1-3,9-11), torna-se um importante indicador de qualidade de assistência de saúde, permitindo identificar e prevenir os casos em pacientes mais vulneráveis a essa condição, traçando um plano de avaliação, prevenção e tratamento no processo de enfermagem.

Em outro estudo realizado em uma UTI da Universidade de Minas Gerais/MG, foi relatado que a maior incidência de LP está no fator idade avançada, pela fragilidade da pele,

sarcopenia, comorbidades, como a hipertensão arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. De acordo com a quantidade de lesões detectadas, os estudos mostraram uma variação de 23 a 47 lesões, identificadas como estágio I e II⁽¹²⁾.

Pesquisa realizada em um hospital de Santa Catarina/SC⁽¹³⁾, com pacientes internados na unidade de terapia intensiva, demonstrou alta incidência de LP (49,2%); na mesma UTI, na área de traumatologia, a incidência foi de 37% e 59,5%, sendo as LP mais frequentes nas regiões sacral, occipital e calcâneos. Ainda sobre essa pesquisa, os pacientes que desenvolveram LP apresentaram circulação prejudicada, diminuição da perfusão tissular, diminuição da oxigenação tissular e integridade da pele prejudicada, o que confere com os principais fatores de risco dos DE da NANDA-I⁽¹³⁾.

Seguindo a mesma linha do estudo anterior, foi realizado um mapeamento com cuidados da *Nursing Interventions Classification* (NIC), que identificou cuidados de enfermagem prescritos associados aos diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de LP⁽¹⁴⁾. No mapeamento realizado, chamou a atenção que os cuidados prescritos para os pacientes com o DE Integridade da Pele Prejudicada parecem ser o que melhor descrevem a evidência de LP e as intervenções.

Nessa lógica, e diante da ausência de um DE que nomeasse e definisse, de maneira clara, a situação de risco para LP na taxonomia II da NANDA-International, enfermeiros brasileiros realizaram o estudo que colaborou para o desenvolvimento do DE Risco de Lesão por Pressão, localizado no domínio 11, classe 2 – Lesão física, recentemente publicado na edição 2015-2017⁽¹⁵⁾.

Em estudo recente do tipo transversal⁽¹⁶⁾, foi identificada a prevalência dos fatores de risco para o DE Risco de Lesão por Pressão de acordo com a taxonomia II da NANDA-International. No estudo desenvolvido em 2016, no ambulatório de clínica cirúrgica de um hospital universitário do Nordeste do Brasil, foi apontado o diagnóstico de Integridade tissular

prejudicada associado aos fatores de risco como: idade, condições da pele, sensibilidade e perfusão tissular⁽¹⁷⁾. Em outro estudo, também de 2016, no serviço de emergência do hospital de Santa Catarina/SC, foi destacada a relação do estado de dependência física, verificando-se que 20 (48,7%) desses pacientes estavam acamados, e 14 (34,1%) apresentavam dificuldades na mobilização, utilizando muletas, bengala, cadeira de rodas, ou eram auxiliados por profissionais de saúde e familiares para mobilizar-se ou deambular, o que representa 82,8% de pacientes com estado de moderado a elevado grau de dependência⁽¹⁸⁾.

Em estudo transversal de natureza quantitativa, realizado em um hospital da rede privada de saúde, foram elencados 20 fatores de riscos, sendo os mais frequentes: agentes farmacológicos, alteração na função cognitiva, atrito em superfície, déficit do autocuidado, forças de cisalhamento, incontinência, nutrição inadequada, pressão sobre proeminência óssea, redução na mobilidade, redução na perfusão tissular e umidade da pele⁽¹⁶⁾.

Também, em outro estudo descritivo realizado no Hospital Municipal São José de Joinville/SC, pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva foram avaliados. Os resultados da pesquisa demonstram alta incidência de LP (49,2%). As pesquisas e publicações sobre a incidência de LP no território nacional e internacional ainda são pouco recorrentes, devido à influência do resultado dessas análises na classificação da qualidade do serviço⁽¹⁹⁾.

No Brasil, em alguns estudos^(12,19-21), são indicadas maiores incidências de LP em UTI, atingindo uma média entre 10,6% a 62,5% dos pacientes internados. Diante desse agravo à saúde do paciente, a prevenção e tratamento adequados dessas lesões reduziriam o tempo de internação por infecção, bem como o uso de antibióticos, além de haver uma otimização na qualidade de vida do indivíduo.

Na pesquisa realizada em um programa de atenção domiciliar à saúde, no norte de Minas Gerais/MG, embasado no modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas, extraíram-se os termos indicadores de condições que demandavam intervenções de

enfermagem, sendo identificados 378 termos e expressões que se referiam a 49 diferentes diagnósticos em 11 dos 13 domínios da Taxonomia da NANDA-I⁽²¹⁾.

Em outro estudo de revisão integrativa realizado, foram selecionados oito estudos para a análise, identificando-se 47 diagnósticos com maior frequência de uso em UTI. Esse estudo mostrou, na categoria da NANDA-I, os resultados que apontam uma tendência ao uso de diagnósticos na classe repouso, segurança/proteção, eliminação/troca e nutrição, voltados para necessidades psicobiológicas⁽²⁰⁾.

Os resultados nos estudos obtidos^(2,3,5,9-11,13,14,16,19-21) mostram que ainda há necessidade de desenvolver diagnósticos de enfermagem específicos para LP, relacionando-os com cada estágio apresentado na evolução da ferida, no aspecto de avaliação, prevenção e tratamento.

Limitação do estudo

Como limitação, pode-se apontar um número ainda reduzido de publicações em português sobre lesão por pressão relacionada aos diagnósticos de enfermagem, o que pode ter interferido na identificação dos possíveis diagnósticos. Na verdade, a NANDA-I ainda não possui conteúdo específico para LP e seus estágios.

Contribuição para a prática

A principal contribuição desta pesquisa está no fato dos artigos analisados não responderem à questão do estudo, demonstrando que há necessidade de desenvolver novos diagnósticos de enfermagem claros e mais precisos relacionado aos estágios da lesão.

CONCLUSÃO

Nesta revisão, não foi observado um DE específico para os estágios da LP, pois a versão anterior à NANDA-I direcionava-se aos fatores de risco para LP.

Espera-se que a última versão da NANDA 2018 favoreça o julgamento acurado dos estágios da LP quando instalada no paciente, a fim de subsidiar o enfermeiro em seu diagnóstico.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Fabiana Resplande de Paula da Costa e Maria Liz Cunha de Oliveira. Os autores declaram não haver conflito de interesse que poderia se constituir em um impedimento para a publicação deste artigo.

Agradecimentos e Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil e Conselho Federal de Enfermagem (CAPES/COFEN) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Ascari RA, Veloso J, Silva OM, Kessler M, Jacob AM, Schwaab G. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. Braz. J. Surg. Clin. Res. [Internet]. 2014 Mar-Maio [citado 2018 Ago 22]; 6(1):11-6. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301_132755.pdf
2. Araújo TM, Araújo MF, CaetanollJA, Galvão MTG, Damaceno MMC. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2011 Jul-Ago [citado 2018 Jul 17];64(4):671-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a07v64n4.pdf>
3. Santos CT, Almeida MA, Oliveira MC, Victor MAG, Lucena AF. Desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015

[citado 2019 Abr 24];36(2):113-21. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000200113&script=sci_arttext&lng=pt

4. RogenskiNMB, Kurcgant P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012 Abr [citado 2018 Ago 12];20(2):333-9. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000200016&lng=en
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200016>

5. HerdmanTH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. [NANDA International]. Trad. Regina Machado Garcez. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

6. Soares CB, Hoga LA, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review: Concepts and methods used in Nursing. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014 Abr [citado 2019 Maio 14];48(2):335-45. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200335&lng=en

7. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Set 18];23(1):183-4. Disponível em:

http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742014000100018&lng=pt
<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>

8. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 Jun [citado 2019 Fev2];15(3):508-11. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=en
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

9. Araújo TM, Araújo MFM, Caetano JA, Galvão MTG, Damasceno MMC. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2011 Ago [citado 2018 Nov6];64(4):671-6. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000400007&lng=pt
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400007>

10. Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 Jun [citado 2018 Nov 15];19(3):523-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300011&lng=enhttp://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300011
11. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2013 Mar [citado 2019 Abr 24];34(1):111-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100014&lng=enhttp://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100014
12. Castanheira LS, Werli-Alvarenga A, Correa AR, Campos DMP. Escala de predição de risco para lesão por pressão em pacientes criticamente enfermos: Revisão Integrativa. Enferm. Foco [Internet]. 2018 [citado 2019 Mar 13]; 9(2):55-61. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1073>
13. Otto C, Schumacher B, WieseLPL, Ferro C, Rodrigues RA. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. Enferm. Foco [Internet]. 2019 [citado 2018 Nov 17];10 (1):7-11. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1323/485>
14. Pereira AGS,Santos CT, Menegon DB, Mello B, Azambuja F, Lucena AF. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 Ago 24];48(3):454-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300454&lng=enhttp://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000300010
15. Santos CT, Almeida MA, Lucena AF. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 2018 Jul 22];24:e2693. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100335&lng=en
16. Sousa JúniorBS,MendonçaAEO,DuarteFHS,Silva CC. Diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão segundo taxonomia II da North American

NursingDiagnosisAssociation. Estima, 2017;15(4):222-8. DOI:

<http://dx.doi.org/10.5327/Z18063144201700040006>

17. Medeiros ABA, Frazão CMFQ, Fernandes MICD, AndriolaIC, Lopes MVO, Lira ALBC. Associação dos fatores socioeconômicos e clínicos e o resultado integridade tissular em pacientes com úlceras. Rev Gaúcha Enferm. 2016 mar;37(1):e54105. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54105>

18. Tavares BC, Matos E, MaliskaICA, Benedet SA, Salum NC. Perfil dos pacientes com úlcera crônica de etiologia diversa, internados em serviço de emergência. CiencCuidSaude 2016 Out/Dez; 15(4): 624-9. DOI: [10.4025/cienccuidsaude.v15i4.29027](http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i4.29027)

19. Ribeiro JB, Santos JJ, Fraga IMN, Santana NA, Nery FS. Principais fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva. Ciências Biológicas e de Saúde Unit[Internet]. 2018 [citado 2018 Nov 17];5(1): 91-102. Disponível em:

<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5278>

20. Silva DVA, Sousa INM, Rodrigues CAO, Pereira FAF, Gusmão ROM, Araújo DD. Nursing diagnoses in a home-based program: cross-mapping and NANDA-I Taxonomy. Rev Bras Enferm.[Internet]. 2019 [citado 2018 Nov 17];72(3):584-91. Disponível

em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n3/pt_0034-7167-reben-72-03-0584.pdf

21. Sousa PHG, Avelino FVSD, Andrade EMLR, Luz MHBA, Carvalho NAR. Diagnósticos Enfermeiros em La Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión integrativa. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 2018; 22(52). DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.21>

PRODUTO 2: ARTIGO CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA EM CUIDADOS DE LESÕES POR PRESSÃO

Resumo

Objetivo: Descrever processo de construção e validação de um guia básico para cuidados de lesão por pressão relacionada aos diagnósticos de enfermagem NANDA I.

Métodos: Estudo metodológico a partir da construção de material educativo, com posterior validação por juízes e 32 representantes do público-alvo. Considerou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) mínimo de 0,75 para validação de conteúdo e concordância mínima de 75% para validação de aparência.

Resultados: O guia apresentou IVC global de 0,97 pelos juízes e nível de concordância excelente entre os juízes (94%-100%) e representantes do público-alvo. É pertinente destacar que nesse guia básico, uma vez que mais de 90% dos enfermeiros havia concordado com o item, não houve sugestões coerentes dos 3% que discordam.

Conclusão: Foi alcançado o objetivo do estudo de descrever a construção e validação de um guia educativo para cuidados de lesão por pressão relacionada aos diagnósticos de enfermagem NANDA

Descritores: Lesão por pressão; Úlcera por pressão, Estudos de validação, educação em saúde.

Abstract

Objective: To describe the process of construction and validation of a basic guide for pressure injury care related to NANDA I nursing diagnoses.

Methods: Methodological study based on the construction of educational material, with subsequent validation by judges and 32 representatives of the target audience. We considered the Content Validity Index (CVI) of at least 0.75 for content validation and agreement of at least 75% for appearance validation.

Results: The booklet presented a global CVI of 0.97 by the judges and an excellent level of agreement between the judges (94%-100%) and representatives of the target audience. It is pertinent to highlight that in this basic guide, since more than 90% of the nurses had agreed with the item, there were no coherent suggestions of the 3% who disagree.

Conclusion: The objective of this study was to describe the construction and validation of an educational guide for pressure injury care related to NANDA nursing diagnoses.

Keywords: Pressure injury; Pressure ulcer; Validation studies; Health education.

Introdução

Define-se lesão por pressão (LP) como sendo dano localizado na pele e/ou partes moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada a um dispositivo médico ou outro artefato⁽¹⁾.

As LPs representam um grave problema social, pois elevam as taxas de reinternação, contribuem para o aumento da morbimortalidade e seu tratamento gera altos custos para os serviços de saúde, especialmente pelo prolongamento da hospitalização⁽²⁾.

Apesar do compromisso de desenvolver políticas públicas de saúde no âmbito da segurança do paciente, os eventos adversos continuam acontecendo com elevada incidência nos hospitais do país. Dentre eles, estudos estimam que a ocorrência de LP está entre 4% e 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos⁽¹⁾.

Diante destas questões e da necessidade do Conselho Federal de Enfermagem em estimular a utilização do diagnóstico de enfermagem nas consultas realizadas por enfermeiros, tornou-se indispensável a criação do guia básico sobre LPs, direcionando para as ações e diagnósticos de enfermagem.

Assim, este estudo é relevante por ser um guia básico educativo facilitador para consultas, o qual tem a intenção de direcionar, padronizar, sistematizar e dinamizar as ações de enfermagem na abordagem da LP.

O objetivo deste estudo foi descrever o processo de construção e validação de um guia básico para enfermeiros sobre tratamento das LPs.

Método

Pesquisa metodológica para análise do guia básico educativo por juízes especialistas no assunto e representantes do público-alvo⁽³⁾.

Na etapa 1, realizou-se diagnóstico situacional por meio de entrevista informal com enfermeiros de um hospital de referência em Taguatinga-DF, Brasil, com o objetivo de investigar as principais dúvidas destas acerca dos cuidados necessários para tratamento da lesão por pressão verificar os *déficits* de conhecimento dos diagnósticos de enfermagem.

Na etapa 2, posteriormente, guiada pela demanda de informações demonstradas pelos especialistas, procedeu-se à busca das principais publicações do Ministério da Saúde (MS) e Associação Brasileira de Enfermagem em

Dermatologia (SOBENDE), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Durante a busca, utilizaram-se os descritores Lesão por pressão; Úlcera por pressão, Estudos de validação, educação em saúde.

Todas as publicações dentro da temática passaram por leitura reflexiva, a fim de extrair o máximo de informações relevantes para a guia básico.

Foram elaborados os textos de forma clara e sucinta, abordando, em seu conteúdo, os cuidados para a LP. Posteriormente, foram consultadas imagens em desenhos e fotos disponíveis para confeccionar as figuras de modo atrativo, de fácil compreensão e condizentes com o contexto cultural do público-alvo.

As ilustrações foram tiradas de banco de dados públicos da internet e imagens doadas de acervo pessoal de pesquisas de estudo de campo vivenciada pelo enfermeiro especialista em feridas e curativos respeitando os direitos autorais.

A diagramação do guia básico e estruturação textual ocorrerão após a defesa final da dissertação, baseada nas recomendações da banca avaliadora referentes à escrita e formatação de textos de tecnologias educativas⁽⁴⁾.

Para construção do material, foi utilizado o referencial teórico de LP que versa sobre os componentes da instrução que necessitam existir para que a retenção do conhecimento seja realizada a partir dos processos cognitivos responsáveis pela aprendizagem⁽⁵⁾.

Na etapa 3 de avaliação do material educativo, guia básico, usou-se o conceito de validade de conteúdo e aparência, ou seja, instrumento baseado em julgamento que busca medir a adequação dos itens de avaliação com relação ao conteúdo, além da concordância entre os juízes⁽⁶⁾.

Para tanto, um protocolo de julgamento foi elaborado no Google (formulário) com questões de múltipla escolha para avaliação do conteúdo e aparência do guia básico pelos juízes, com 20 itens e 5 opções: Concordo, Concordo plenamente, Discordo, Discordo plenamente e Não se aplica. Ademais, o instrumento constava de questões abertas para comentários e sugestões.

Em seguida, foi realizado o cálculo amostral para determinação da quantidade de juízes foi obtido pela fórmula: $n = Z^2 \cdot P(1-P) / e^2$, cujo cálculo da amostra resultou em (N= 32) juízes⁽⁷⁾.

A escolha dos juízes se deu da seguinte forma: a pesquisadora visitou o hospital e foi ao controle de infecção hospitalar solicitando informações sobre quais setores apresentavam mais LP e recebeu a informação de que as clínicas de

internação, como aclínica médica, cirúrgica, ortopedia, UTI e ambulatório de feridas, são as que mais têm representatividade no problema.

Com essa informação, a pesquisadora foi às unidades indicadas, procurou os enfermeiros e perguntouse desejavam participar como juízes do material educativo. Aos que aceitaram participar, era apresentado brevemente o material, solicitado o telefone celular e o e-mail, explicado que o guia básico seria encaminhado no formato PDF junto com o link do Google (formulário) com as questões avaliativas do guia básico. O participante deveria ler o guia básico, responder ao questionário e foi informado de que a pesquisa teria início em 1º de março de 2019.

Desta forma, foi possível contactar aleatoriamente os 32 juízes resultantes do cálculo amostral. Como sujeitos da pesquisa, os mesmos foram orientados quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE).

O local escolhido para coleta dos dados foi um hospital público de referência de Taguatinga-DF, com 343 leitos e serviço especializado em pé diabético e ambulatório de feridas, o que se caracteriza como um ótimo local para escolha de juízes, por serem enfermeiros com experiência assistencial e/ou docência e/ou pesquisa, que lidam diretamente com lesão por pressão, prevenção e tratamento das feridas.

No dia informado para o início da pesquisa, o questionário foi enviado para todos os juízes e estipulado um prazo de 15 dias para o envio das respostas.

A análise dos dados foi realizada de dois modos. Para avaliar o questionário de validação do guia básico, foi realizado o teste Alfa de Cronbach como uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado, pois permite determinar o limite inferior da consistência interna de um grupo de variáveis ou itens. A consistência interna, como medida de confiabilidade, indica quão diferente são os itens que medem o mesmo conceito⁽⁸⁾.

O teste Alfa de Cronbach mede a correlação entre respostas em um questionário através da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. O coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição⁽⁶⁾.

Para validação do conteúdo do guia básico pelos juízes, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que quantifica a proporção dos avaliadores em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus

ítems⁽⁹⁾. Utilizou-se uma das formas de cálculo recomendada por pesquisadores da área⁽⁹⁾, na qual o somatório de todos os IVC calculados separadamente é dividido pelo número de itens do instrumento.

Como o guia básico foi validado 32 especialistas, a literatura recomenda ponto de corte do IVC de 0,78⁽⁸⁾. Quanto à validade de aparência realizada tanto pelos juízes quanto pelo público-alvo, foram considerados validados os itens que obtiveram nível de concordância mínimo de 75% nas respostas positivas⁽¹⁰⁾.

O IVC foi calculado conforme a fórmula: % concordância = Número de participantes que concordam/ número total de participantes X 100.

O teste binomial foi aplicado em cima das respostas concordantes, para verificar se o índice de validade do conteúdo era de no mínimo 90%.

Considerando que o p-valor, (o p-valor corresponde à probabilidade de encontrar uma amostra tão extrema quanto a que foi utilizada para o estudo, ou seja, a probabilidade de encontrar sempre valores como esse, que se quer que seja alta, dado o objetivo do estudo de todos os itens) foi de pelo menos 80%, em um nível de significância estatístico de 5%, tem-se o seguinte resultado: a hipótese nula de que o índice de validade do conteúdo é de, no mínimo, 90%, em um nível de significância estatístico de 5%, ou seja, o guia básico foi analisado satisfatoriamente. Para todas as suas análises, foi utilizado o software estatístico R para consolidar os dados e as respostas (Figura 3).

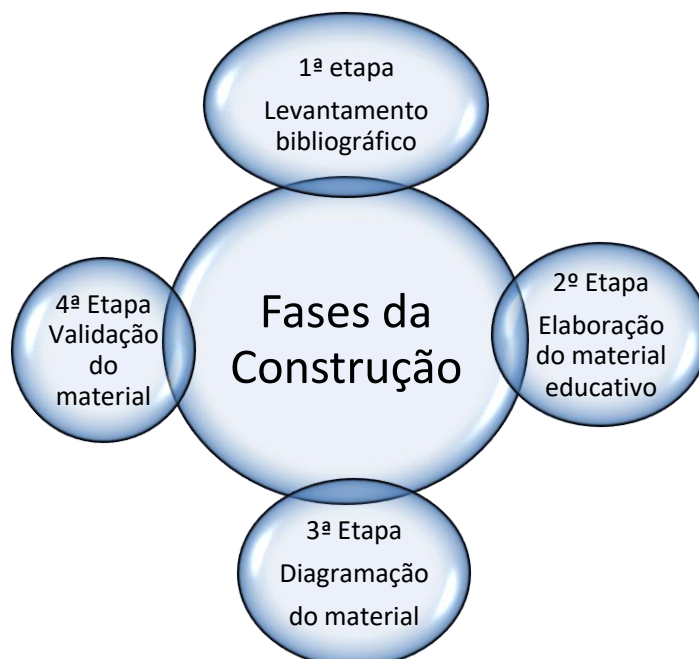


Figura1- Fluxograma: Etapas de construção e validação da guia básico educativa.

Resultados

Os resultados estão apresentados em duas etapas distintas: construção do guia básico e validação do guia básico.

Construção do guia básico

O primeiro passo para a construção do guia básico correspondeu ao levantamento de conteúdo. Assim, realizou-se uma busca das publicações da SOBENDE, do MS e da ANVISA que tratassem de avaliação, prevenção e tratamento de lesão por pressão e feridas crônicas, sendo utilizadas 20 publicações selecionadas.

O conteúdo abordado no guia básico foi organizado em oito domínios, com os seguintes subtítulos: 1. Manejo das feridas por enfermeiros; 2. Anatomia e fisiologia da pele; 3. A lesão por pressão; 4. Estágios da lesão por pressão; 5. Avaliação da ferida; 6. Tratamento; 7. Tipos de cobertura; 8. considerações gerais para coberturas.

No segundo passo, realizou-se a elaboração textual, seguida da confecção das ilustrações e finalizando com a formatação e revisão. Buscou-se aliar conteúdo rico em informações, porém objetivo, visto que materiais muito extensos tornam-se cansativos, e com linguagem acessível.

O guia básico foi elaborado em tamanho de papel A4 (210 x 297 mm) constituído em sua versão pré-validação por 54 páginas, sendo 48 destinadas a conteúdos textuais, pré-textuais e seis páginas para anexos e referências. Ao concluir a formatação e revisão, a pesquisadora enviará essa versão do guia básico para diagramação e, posteriormente, aos juízes especialistas, com vistas à validação de aparência e conteúdo. A versão final do guia básico obteve como título: “Lesão por pressão: diagnósticos de enfermagem conforme a classificação internacional NANDA-I e principais tipos de coberturas para o tratamento” (Figura 2).



Figura2 - Apresenta a capa, formatação e figuras do guia básico.

Validação do guia básico

Para estimar a confiabilidade do questionário usado para avaliar o guia básico, utilizou-se o teste de Alfa de Cronbach. Dos 20 itens propostos, o Coeficiente Alfa geral foi igual a **0,97**, o que indica uma excelente consistência interna do questionário.

Ao avaliar os resultados do coeficiente de correlação entre os itens, tem-se um resultado de **0,59**, que indica evidências de associação moderada entre os itens da escala, conforme o esperado. Têm-se, também, os valores do intervalo de confiança de **95%** do coeficiente Alpha, que variam entre **0,95** e **0,98**. Considerando a amplitude do intervalo (diferença entre o limite inferior e o limite superior), nota-se um baixo erro de estimação (quanto maior a amplitude maior o erro de estimação do coeficiente). Portanto o questionário foi consistente para avaliar o guia.

A avaliação do guia básico foi realizada por 32 juízes, todos os enfermeiros, sendo 7 enfermeiros do sexo masculino e 25 do sexo feminino. A idade dos juízes selecionados variou de 23-57 anos; 2 tinham o título de doutorado na área de ciências em saúde, 2 com título de mestre especialista na temática e os demais com especialização em saúde pública, urgência e emergência e com graduação de bacharel em enfermagem com pós-graduação em andamento; a média de experiência variou de 2 a 20 anos de assistência prestada ao paciente portadores de LP.

No processo de validação, o guia básico foi avaliado pelos juízes quanto ao conteúdo e aparência. Foram validados a partir do cálculo do IVC. Os demais aspectos foram avaliados conforme a validade de aparência do guia básico a partir do nível de concordância entre os juízes, os resultados são apresentados na Tabela 1.

Para a apresentação dos resultados da validação de aparência do guia básico, foi calculado o nível de concordância para os cinco aspectos avaliativos do instrumento. O índice de concordância da semântica também teve como critério 95% por cada bloco. As respostas foram apresentadas segundo os blocos do questionário, sendo identificado o percentual de concordância de cada bloco, e verificou-se um percentual total de concordância maior que valor proposto, conforme mostrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Índice de Validade do Conteúdo, coeficiente Alpha de Cronbach e teste binomial do guia básico.

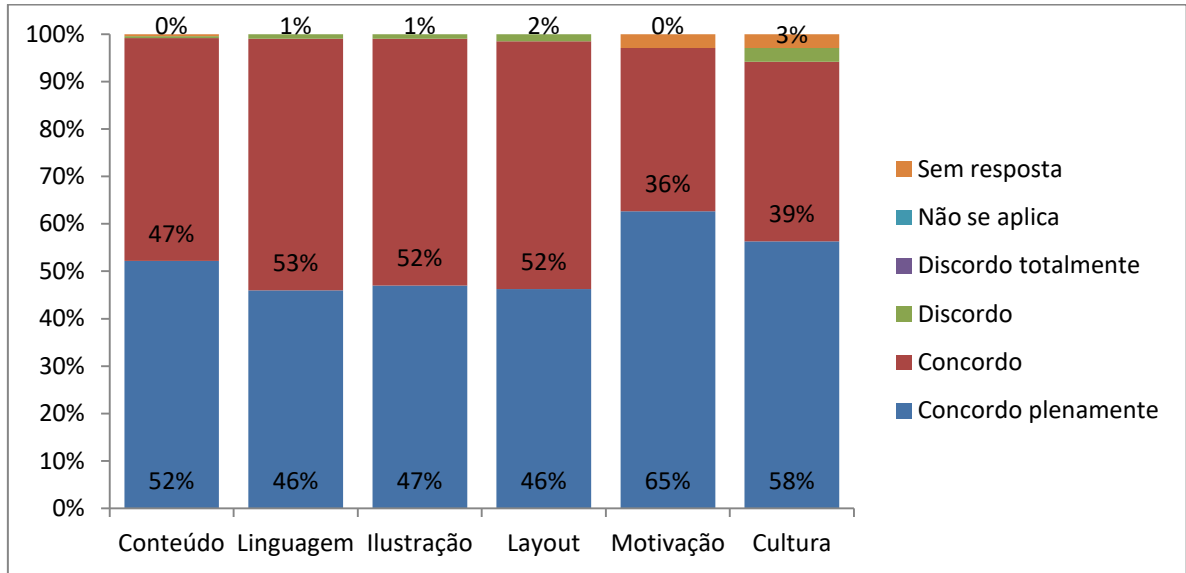
Item	N	(% IVC)	Coeficiente Alpha*	P-valor**
1. Conteúdo				
1.1. O conteúdo atende uma possível situação de atuação do enfermeiro.	32	100	0,97	1
1.2. Os títulos são divididos de forma coerente.	32	100	0.97	1
1.3. O conteúdo atende necessidade do público alvo.	32	100	0.96	1
1.4. Os trechos em destaque merecem ser destacados.	32	100	0.96	1
1.5. Existe lógica na sequência do texto.	32	97	0.96	0.966
1.6. O conteúdo é relevante para ser informado a enfermeiros.	32	100	0.96	1
1.7. O conteúdo está correto do ponto de vista científico.	32	97	0.96	0.966
2. Linguagem				
2.1. A redação é compatível com o público alvo.	32	100	0.96	1
2.2. As frases são atrativas e não cansativas.	32	97	0.97	0.966
2.3. Existe clareza e objetividade no texto.	32	100	0.96	1
3. Ilustração				
3.1. As ilustrações condizem com o texto.	32	100	0.97	1
3.2. As ilustrações são compreendidas.	32	100	0.97	1
3.3. O número de imagens é suficiente para abordar o conteúdo.	32	97	0.97	0.966
4. Layout				
4.1. O tamanho da fonte da letra favorece a leitura.	32	100	0.97	1
4.2. As cores utilizadas no texto viabilizam a leitura.	32	100	0.97	1
4.3. A disposição dos itens da página é organizada.	32	97	0.96	0.966
4.4. O número de páginas e o tamanho do material são coerentes.	32	97	0.96	0.966
5. Motivação				
5.1. O leitor é incentivado a prosseguir a leitura pelo conteúdo.	32	97	0.96	0.966
5.2. O guia básico é esclarecedor.	32	97	0.97	0.966
6. Cultura do profissional				
6.1. O guia básico atende os vários perfis de enfermeiros.	32	94	0.96	0.844

* O valor do Alpha deve ser positivo, variando entre 0 e 1, tendo as seguintes leituras: Superior a 0,9 – consistências muito boa; Entre 0,8 e 0,9 – boa; Entre 0,7 e 0,8 – razoáveis; Entre 0,6 e 0,7 – fraca; Inferior a 0,6 – inadmissível.

** Significância estatística de 5%.

Fonte: Paloma Emanuely Ribeiro (estatística)

Figura 3 - Gráfico da frequência relativa média em relação a cada aspecto do guia básico.



Discussão

Apesar de o IVC global ter-se apresentado satisfatório no estudo (0,97), outros estudos, que validaram materiais educativos impressos, também utilizaram o IVC para validar o conteúdo do material em estudo e precisaram passar por ajustes até que se alcançasse a versão final validada, o que demonstra a importância de se realizar essa etapa para a elaboração de um material de qualidade^(4,11).

O processo de adaptação do material educativo às sugestões dos juízes é uma etapa essencial para tornar a tecnologia com maior rigor científico, porém, os juízes não realizaram sugestões de mudanças relevantes para a melhoria do guia básico.

Os juízes também atribuíram uma nota de zero a dez quanto à recomendação para o uso do guia básico, atingindo média de 9,26 pelos juízes de conteúdo e de 9,66 pelos juízes técnicos⁽¹²⁾.

No presente estudo, em relação ao conteúdo, o guia básico atende a uma possível atuação do enfermeiro, as ilustrações condizem com o texto e é esclarecedor para todos os profissionais de enfermagem.

Segundo estudo de um guia básico sobre prevenção de HIV em idosos⁽¹⁰⁾, há viabilidade das ilustrações nesses materiais. Vale destacar a importância da ilustração para a legibilidade e compreensão de um texto. Sua função é atrair o

leitor, despertar e manter seu interesse pela leitura, complementar para ser utilizada nas mais diversas áreas de saúde.

É pertinente destacar que nesse guia básico, uma vez que mais de 90% dos enfermeiros havia concordado com o item, não houve sugestões coerentes dos 3% que discordaram. A posterior aprovação unânime dos enfermeiros aponta que é relevante o conteúdo do guia básico e sua apresentação será útil para tornar dinâmica a assistência de enfermagem na prevenção, avaliação e tratamento das LPs.

Como limitação deste estudo, pode-se citar a não validação por especialista da área de comunicação. Tendo-se concluído a construção e validação do guia, o estudo não termina aqui, ressaltando-se que o guia passará por atualizações contínuas mediante o progresso científico e tem-se a intenção de levá-lo para ser adotado pelo serviço público especializado ou não do Distrito Federal. Com o material validado para uso nos serviços, espera-se poder realizar pesquisas futuras para avaliar a sua eficácia no alcance da implementação das medidas prevenção e tratamento das LPs.

Conclusão

Foi alcançado o objetivo do estudo de descrever a construção e validação de um guia educativo para cuidados de lesão por pressão relacionada aos diagnósticos de enfermagem NANDA-I.

O guia foi validado do ponto de vista de aparência e conteúdo pelos juízes e validado quanto à aparência pelas representantes do público-alvo, devendo-se, assim, ser considerado no contexto das atividades educativas como um instrumento capaz de favorecer os cuidados com LP.

Acredita-se que o uso deste material por enfermeiros facilitará a prática da Enfermagem baseada em evidências, tendo em vista que se constitui em uma tecnologia ilustrada capaz de favorecer o diagnóstico pelos profissionais, facilitar a aquisição de conhecimentos, memorização dos cuidados necessários à prevenção e tratamento das feridas.

Observou-se durante a pesquisa que os enfermeiros têm dificuldades em aplicar a sistematização de enfermagem na prevenção e tratamento das LPs. Houve muitos relatos de enfrentamentos em relação à disponibilidade de recursos humanos insuficiente, falta de insumos e materiais, acesso tecnológico insuficiente e falta de

educação continuada em atualização sobre LP, o que dificulta o aprimoramento na qualidade da assistência prestada ao paciente. Foi vivenciando essas dificuldades que o guia básico foi elaborado, para facilitar e atualizar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem com o objetivo de reduzir as incidências de lesão por pressão e diminuir o tempo de internação do paciente por esse motivo.

Referências

1. Associação Brasileira de Estomaterapia; Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia. Classificação das lesões por pressão - Consenso NPUAP 2016 - Adaptada culturalmente para o Brasil. Publicação oficial SOBEST/SOBENDE; 2016.
2. PottFS, Ribas JD, Silva OBM, Souza TS, DanskiMTR, MarineliMJ. Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. *Cogitareenferm*. 2013 Abr/Jun; 18(2): 238-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i2.26085>
3. Almeida D, Santos MAR, Costa AFB. Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública. In: Anais do 30. Encontro Nacional de Engenharia de Produção; 2010 Out 12-15; São Carlos, São Paulo: Associação Brasileira de Engenharia de Produção; 2010.
4. Teles LM, Oliveira AS, Campos FC, Lima TM, Costa CC, Gomes LF, et al. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. *RevEscEnferm USP*. 2014; 48(6):977-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700003>
5. Portugal, LBA. Guia básico educacional para enfermeiros sobre lesão por pressão: um estudo de validação. Niterói. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde] - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; 2018.
6. Polit D, Beck CT. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006; 29(5):489-97. DOI: 10.1002/nur.20147

7. Comentto. Pesquisa de Mercado. Calculadora amostral. Saiba porque e como realizar corretamente o cálculo amostral para a sua pesquisa. 2018 [citado 2019 Jan 10]. Disponível em: <https://comentto.com/calculadora-amostral/>
8. CronbachLJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests.Psychometrika 1951 Sep;16(3): 297-334.
9. Alexandre NMC, ColuciMZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 Jul [citado 2018 Out 05]; 16(7): 3061-8. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=enhttp://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006
10. Lima AC, Bezerra KC, Sousa DM, Rocha JF, OriáMO. Development and validation of a booklet for prevention of vertical HIV transmission.Acta Paul Enferm. 2017; 30(2):181-9.<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700028>
11. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & Quick DASH outcome measures [Internet]. American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health; 2007.[cited 2015 June 11]. Available from: <http://www.dash.iwh.on.ca/translate2.htm>
12. Sabino LMM, Ferreira AMV, Joventino ES, Lima FET, Penha JC, Lima KF, et al. Elaboração e validação de cartilha para prevenção da diarreia infantil. Acta paul. enferm. [Internet]. 2018 Jun [citado 2018 Dez 15]; 31(3): 233-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002018000300233&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800034>.

**PRODUTO 3: GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS SOBRE LESÃO
POR PRESSÃO**

**LESÃO POR PRESSÃO: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
CONFORME A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL NANDA-I E
PRINCIPAIS TIPOS DE COBERTURAS PARA O TRATAMENTO.**

Governador do Distrito Federal

Ibaneis Rocha Barros Junior

Secretário de Saúde do Distrito Federal

OsneiOkumoto

Diretor Geral da Escola Superior de Ciências da Saúde-ESCS

Ubirajara José Picanço de Miranda Júnior

Diretor Executivo da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde-FEPECS

Marcos de Sousa Ferreira

Coordenadora da Pós-Graduação e Extensão (CPEx)

Carmélia Matos Santiago Reis

Copyright © 2019 -

Impresso no Brasil

Elaboração

Fabiana Resplande de Paula – Enfermeira – mestranda

Maria Liz Cunha de Oliveira – Enfermeira – orientadora do Mestrado Profissional

Apoio

A Presente pesquisa científica foi realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)- Código de Financiamento 001.

Revisão

Fabiana Resplande de Paula da Costa

Maria Liz Cunha de Oliveira

Capa e Projeto Gráfico

Ilustração da Capa

Divisão de Serviços Técnicos
Catalogação da publicação na Fonte

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

ISBN:

R1
Resplande de Paula da Costa, Fabiana
LESÃO POR PRESSÃO: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
CONFORME A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL NANDA I E
PRINCIPAIS TIPOS DE COBERTURAS PARA O TRATAMENTO. /
Fabiana Resplande de Paula da Costa; Maria Liz Cunha de Oliveira. --
Brasília, 2019. 52 p.

LISTA DE SIGLAS

DAI	Dermatite associada à incontinência
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EAS	Efeitos adversos
LP	Lesão por pressão
NANDA	Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association)
SOBEST	Associação Brasileira de Estomoterapia
SOBENDE	Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de Atendimento no Ambulatório de Feridas	70
Figura 2 - Camadas da Pele e seus Extratos	73
Figura 3 - Etiologia das LPs.....	75
Figura 4 - Escala de Braden (fatores de risco para lesão por pressão.....	76
Figura 5 - Locais de incidência das LPs: região sacral, calcânhares, cotovelos, maléolos laterais, trocânter maior e região isquiática.....	80
Figura 6 - Planimetria e mensuração das lesões por pressão.....	89
Figura 7 - Limpeza da ferida.....	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação das Lesões por Pressão.....	79
Quadro 2 - Diagnósticos de enfermagem para lesão por pressão conforme taxonomia internacional NANDA I.....	91
Quadro 3 - Coberturas, soluções, pastas e cremes padronizados.....	105

SUMÁRIO

Prefácio.....	66
1.Introdução.....	67
2. Conceitos.....	72
3. Avaliação da Ferida.....	84
4. Tratamento.....	92
5. Referências.....	108
6.Anexos.....	111

PREFÁCIO

Este guia de consulta rápida sumariza quanto à assistência de enfermagem à pessoa com lesão por pressão com quatro domínios: Introdução, conceitos de anatomia e fisiologia da pele, avaliação da ferida, Principais tipos de tratamentos, anexos e referências totalizando 52 páginas esquematizadas com ilustrações e figuras explicativas. Nele será abordada a avaliação das características da lesão por pressão como uma etapa fundamental para subsidiar a escolha da terapia tópica, com vistas à promoção do ambiente ideal para a reparação tecidual.

A primeira edição deste guia contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). O guia foi desenvolvido ao longo de dois anos baseado na evidência de pesquisas científicas sobre lesão por pressão relacionada ao diagnóstico de enfermagem para prevenção e tratamento das feridas.

Nesse sentido, apresentamos este produto, sendo claro que este assunto não se esgota em uma única publicação. Esperamos que as indicações contidas aqui contribuam na utilização de diagnósticos de enfermagem de acordo com as normas do COFEN.

Neuza Moreira Matos

Enfermeira Mestre em Gerontologia

Coordenadora do Programa de Geriatria-CGSAS3-SES-DF

Policlínica de Taguatinga-DF.



1

INTRODUÇÃO

Em 2016, a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) modificou a nomenclatura e a descrição dos estágios da lesão por pressão (LP) e estes foram validados para o português com aval das sociedades de especialistas da Associação Brasileira de Estomatoterapia e da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBEST;SOBENDE,2016). Nesta atualização, o conceito de LP foi cunhado como sendo um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, ou relacionado a um dispositivo médico ou outro artefato.

Apesar do compromisso de desenvolver políticas públicas no âmbito da segurança do paciente, os eventos adversos (EAs) continuam acontecendo com elevada incidência nos hospitais do país. Dentre eles, estudos estimam que a ocorrência de LP está entre

4% e 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos (SOBEST;SOBENDE, 2016). Pesquisa realizada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital de João Pessoa-PB revelou que a prevalência de LP variou entre 35,2% a 63,6% e a incidência entre 11,1% e 64,3% (VASCONCELOS;CALIRI, 2017).

As LPs representam grave problemática social, pois elevam as taxas de reinternação, contribuem para o aumento da morbimortalidade e seu tratamento gera altos custos para os serviços de saúde, especialmente pelo prolongamento da hospitalização (BUZZI, 2016). A incidência das LPs varia significativamente de acordo com ambiente clínico e as características do paciente, principalmente pacientes agudamente hospitalizados ou naqueles que necessitam de cuidados institucionais de longo prazo.

Diante destas questões e da necessidade do Conselho de Enfermagem em estimular a utilização do diagnóstico de enfermagem (DE) nas consultas realizadas por enfermeiros, tornou-se indispensável a criação do guia de consulta sobre lesões por pressão, direcionando para o tratamento e tipos de coberturas utilizadas para cada estágio da lesão.

Ressaltamos que não é um trabalho finalizado, considerando que tanto o conhecimento técnico-científico quanto a prática profissional estão em constantes processos de evolução e mudança, sendo, assim, aberto para revisões e atualizações.

Para a construção do material, foi utilizado o referencial teórico de lesão por pressão que versa sobre os componentes da instrução que necessitam existir para que a retenção do conhecimento seja realizada a partir dos processos cognitivos responsáveis pela aprendizagem.

As ilustrações do guia básico foram tiradas de banco de dados públicos da internet e imagens doadas de acervo pessoal de pesquisas de estudo de campo vivenciada pelo enfermeiro especialista em feridas e curativos respeitando os direitos autorais.

A diagramação do guia básico e estruturação textual ocorrerão após a defesa final da dissertação, baseada nas recomendações da banca avaliadora referentes à escrita e formatação de textos de tecnologias educativas.

Esperamos que este guia básico possa ajudar os profissionais no cuidado aos portadores de feridas, buscando o trabalho em equipe, calcado nos princípios da ética e da humanização.

OBJETIVOS

- Instrumentalizar os enfermeiros com uma breve revisão teórica e informações sobre o tratamento de feridas (lesão por pressão).
- Orientar escolhas apropriadas e disponíveis para anamnese de enfermagem, utilizando o modelo proposto pelo ambulatório de feridas da geriatria da Policlínica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).
- Instrumentalizar os enfermeiros com o diagnóstico para feridas conforme a Taxonomia NANDA-I 2018-2020.

MANEJO DAS FERIDAS POR ENFERMEIROS

Os portadores de feridas serão acompanhados por toda a equipe de saúde, levando em consideração as atribuições de cada profissional. A primeira avaliação será realizada pelo enfermeiro, que o encaminhará aos demais profissionais, se necessário.

Competência do Enfermeiro no Cuidado de Feridas

Geral

Realizar o DE, realizar curativo, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado às feridas (Resolução COFEN nº 567/2018, Anexo A).

Específicas

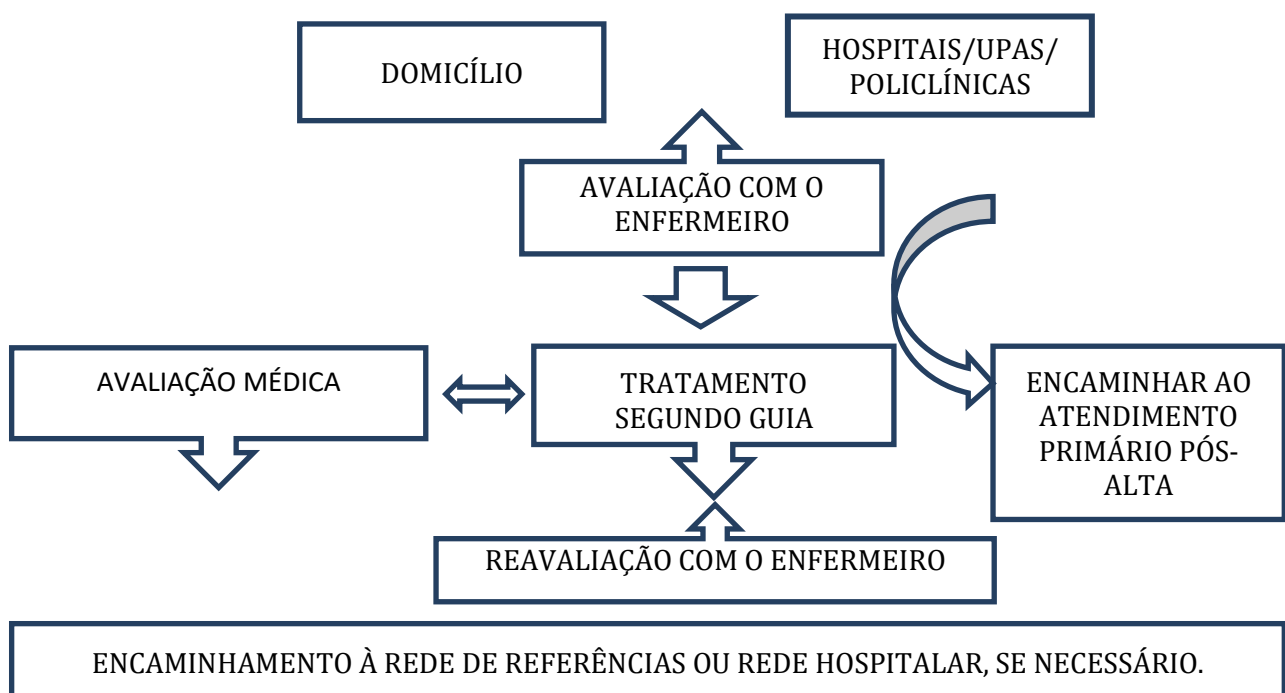
- Fazer consulta de enfermagem utilizando o modelo de anamnese para tratamento de feridas – Anexos B e C.
- Fazer o DE previsto na NANDA-I.
- Prescrever, quando indicado, as coberturas, soluções e cremes para curativo das feridas, bem como terapia de contenção ou de compressão e creme hidratante.
- Solicitar, quando necessário, os seguintes exames laboratoriais: hemograma completo, albumina sérica, glicemia em jejum e cultura de fragmentos com antibiograma.
- Realizar curativo.
- Registrar o procedimento executado na Ficha de Evolução Diária - Anexo D.

- Encaminhar o paciente para avaliação médica e definição da etiologia da ferida e em caso de intercorrências.
- Definir o desligamento do paciente conforme os critérios estabelecidos.
- Capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem nos procedimentos de curativo.
- Fazer a provisão mensal dos produtos de curativo ou de acordo com a necessidade; utilizando o impresso específico.

Competências do Técnico de Enfermagem

- Organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para o atendimento.
- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser executado.
- Executar o curativo conforme prescrição do enfermeiro ou médico e sempre sob a supervisão do enfermeiro.
- Orientar o paciente quanto ao retorno, cuidados específicos e gerais.
- Registrar o procedimento executado na ficha de evolução diária.
- Fazer a limpeza do instrumental e encaminhar para esterilização.
- Proceder com a desinfecção da superfície.

Figura 1 - Fluxograma geral de Atendimento no Ambulatório de Feridas.



Consulta de enfermagem

A agenda do enfermeiro deve contemplar vagas para a avaliação dos portadores de feridas.

Primeira consulta

- Avaliar o portador (entrevista e exame físico).
- Avaliar a ferida e registrar os dados na Ficha de Avaliação de Feridas (Anexo E) e fotos das regiões anatômicas (Anexo F).
- Informar sobre normas do serviço e tratamento da ferida.
- Solicitar hemograma, glicemia de jejum e albumina sérica quando indicado e desde que não haja resultados com período inferior a três meses.

Operacionalização

- Solicitar cultura de fragmento e antibiograma, em caso de sinais clínicos de infecção.
- Prescrever cobertura conforme padronização da SES-DF.
- Realizar o curativo e determinar o período de troca.
- Realizar o desbridamento mecânico necessário, quando habilitado.
- Dialogar com o portador sobre os cuidados durante e após o tratamento (dieta, higiene, vestuário, repouso, hidratação oral e tópica, troca de curativo, cuidado com a cobertura secundária).
- Solicitar avaliação médica quando necessário.

Consulta subsequente

- Avaliar o aspecto da ferida.
- Redefinir a prescrição da cobertura, se necessário.
- Mensurar a ferida a cada 15 dias;
- Registrar a evolução na ficha de evolução diária. Repetir os exames laboratoriais nas seguintes situações:
 - Suspeita de infecção da ferida (cultura de exsudato com antibiograma).
 - Glicemia maior ou igual a 99 g/dl (glicemia de jejum).
 - Hemoglobina menor ou igual a 10 g/dl (hemograma 30 dias após).
 - Albumina inferior a 3,0 g/dl.
- Agendar o retorno para troca do curativo.
- Programar os retornos após a cicatrização.



CONCEITOS

ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

A pele é constituída de três camadas principais, a epiderme, a derme e a hipoderme. Cada uma delas é composta de tecidos diferentes e tem suas funções distintas (Figura 2).

As seis funções da pele são: proteção, sensibilidade, termo regulação, excreção, metabolismo e a síntese de vitamina D exposta à luz solar.

Figura 2 -Camadas da Pele e seus Extratos.



Fonte: SANTOS, 2018.

Epiderme - camada mais externa da pele. É fina e avascular; costuma regenerar-se em 4 a 6 semanas. Suas funções básicas são manter a integridade da pele e atuar como barreira física. Constituída por várias camadas de células, a epiderme contém cinco subcamadas: o estrato córneo, mais externo; o estrato lúcido; o estrato granuloso; o estrato espinhoso; e a camada mais interna, o estrato germinativo, que liga a epiderme à segunda e mais espessa das camadas da pele, a derme.

Derme - camada intermediária, oferece resistência, suporte, sangue e o oxigênio à pele, constituída por denso tecido fibroso, fibras de colágeno, reticulares e elásticas. Esta camada contém vasos sanguíneos, folículos pilosos, vasos linfáticos, glândulas sebáceas e glândulas sudoríparas. A espessura da epiderme, da derme e do tecido subcutâneo varia entre diferentes pessoas e partes do corpo.

Hipoderme - camada mais profunda da pele, também chamada de tecido celular subcutâneo. Tem como função principal o depósito nutritivo de reserva, funcionando como isolante térmico e proteção mecânica quanto às pressões e traumatismos externos, facilitando a mobilidade da pele em relação às estruturas subjacentes.

No entanto, quando a pele é comprimida entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por tempo prolongado, gradualmente, instala-se um processo isquêmico que resulta em uma lesão na pele, conhecida com o nome de LP.

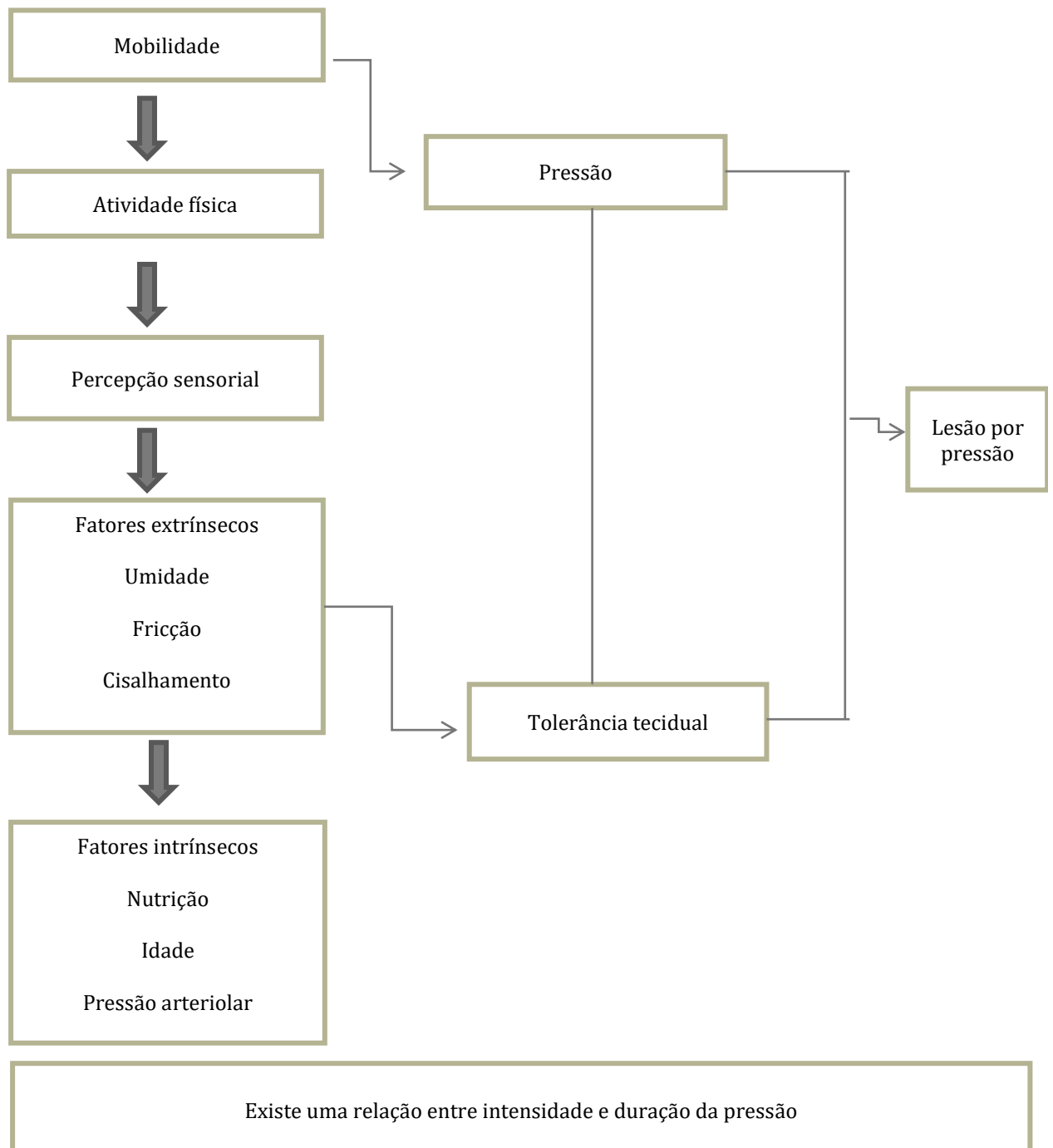
A LESÃO POR PRESSÃO

A lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente, sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como lesão aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

Dentre os fatores associados ao risco de desenvolvimento de lesão por pressão, destacam-se: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, inconsciência, imobilização, perda de sensibilidade, perda de função motora, perda de continência urinária ou fecal, presença de espasmos musculares, deficiências nutricionais, anemias, índice de massa corporal muito alto ou muito baixo, doenças circulatórias, doença arterial periférica, imunodeficiência ou uso de corticosteroide e tabagismo conforme a Figura 3.

Os padrões da boa prática de enfermagem incluem uma recomendação para conduzir avaliação do risco de lesões por pressão e avaliação abrangente da pele após a admissão do paciente e a qualquer momento. As LPs são indicadores da qualidade da assistência prestada, assim, devem ser uma preocupação constante das políticas públicas de saúde, pois elevam os custos da assistência, denigrem a imagem dos serviços e dos profissionais que neles atuam.

Figura 3 -Etiologia das LPs.



Fonte: LINS et al., 2016.

As unidades de saúde da Rede SES/DF deverão adotar a escala de Braden-versão resumida (Figura 4) para todos os pacientes acima de cinco anos que se enquadrem nos critérios de inclusão deste Protocolo. A avaliação de risco deverá ser realizada o mais

rápido possível (dentro de 8 horas) pelo enfermeiro que fizer a admissão no serviço de saúde e o escore alcançado deverá ser registrado no prontuário do paciente e na placa de identificação do leito do paciente. A avaliação do risco na admissão deve conter: a) a avaliação do risco de desenvolvimento de LP; b) a avaliação da pele para detectar a existência de LP ou lesão de pele já instalada. A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores: a) mobilidade; b) umidade (incontinência); c) déficit sensitivo; e d) estado nutricional (incluindo desidratação). Algumas situações podem potencializar o risco do paciente desenvolver LP, entre elas, podemos destacar o aumento da temperatura corporal, a idade avançada, a percepção sensorial, as avaliações hematológicas e o estado geral de saúde.

Figura 4 - Escala de Braden (fatores de risco para lesão por pressão) - versão resumida.

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-
Total		Risco Brando 15 a 16	Risco Moderado 12 a 14	Risco Severo Abaixo de 11	-

Fonte: PRADO,2019.

A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes (CPPAS, 2018, p. 11-12).

Essa avaliação deve levar em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele. Devem ser utilizadas escalas preditivas, com elevado grau de confiabilidade e especificidade.

A reavaliação será realizada de acordo com o *score* Braden:

- Pacientes com baixo risco de desenvolverem LP deverá ser realizada **em até 72 horas**.

- Pacientes com risco moderado e alto para o desenvolvimento de LP a inspeção deverá ocorrer **a cada 24 horas**.

Em casos de internação domiciliar, a avaliação deve ser realizada a cada visita da enfermeira assistente.

Em casos de alteração significativa na condição de saúde do paciente, reavaliar o risco imediatamente.

Medidas Preventivas para Lesão por Pressão

Risco Leve (15 a 18 pontos na escala de Braden): orientação para reposicionamento no leito; otimização da mobilização; proteção do calcanhar; manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

Risco Moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden): continuar as intervenções do risco baixo; mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

Risco Alto (10 a 12 pontos na escala de Braden): continuar as intervenções do risco moderado; reposicionamento no leito a cada 2 horas; utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

Risco Muito Alto (≤ 9 pontos na escala de Braden): continuar as intervenções do risco alto; utilização de superfícies de apoio dinâmico; manejo da dor.(CPPAS, 2018, p. 15)

Segundo o NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*), as lesões por pressão devem ser classificadas da seguinte forma quadro 1.

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito figura 5.

Contudo os danos causados pela pressão estão intimamente relacionados à sua intensidade e duração, bem como a capacidade de tolerância dos tecidos expostos. As LPs são totais ou parciais, conforme o acometimento tecidual, e são classificadas em estágio I, estágio II, estágio III e estágio IV e lesão tissular profunda (Quadro 1).

O sistema de classificação em estágios da LP foi criado pela NPUAP, em 1989, e foi baseado na classificação inicial de Shea (1975) e da *International Association of Enterostomal Therapy*. Representa a quantidade de perda ou destruição tecidual ocorrida.

O DE é considerado a etapa mais complexa do processo enfermagem, constituindo-se em importante desafio para o enfermeiro por requerer dele o pensamento crítico e conhecimentos técnico-científicos para interpretação dos dados obtidos no exame físico e nas informações fornecidas pelo paciente durante a entrevista.

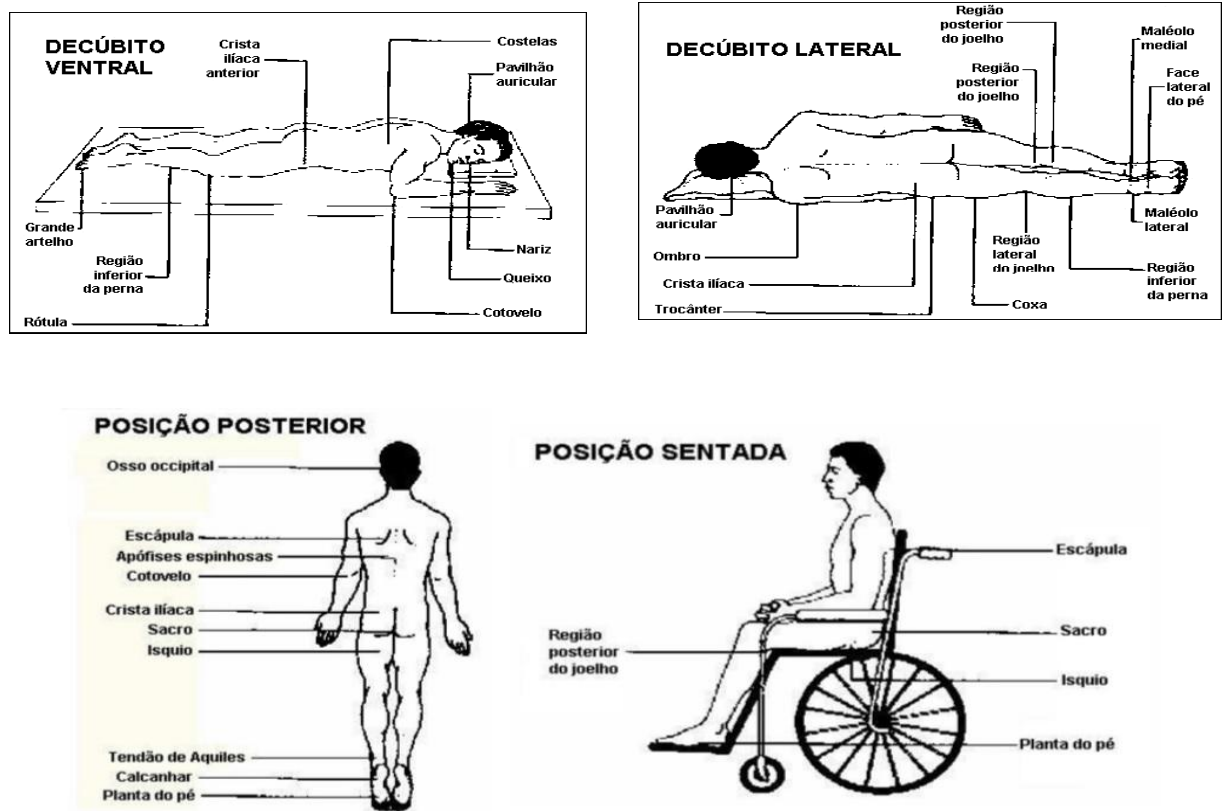
A formulação adequada do DE direciona o planejamento e implementação dos cuidados, assim como possibilita analisar e interpretar criteriosamente a evolução do paciente neste processo (UBALDO *et al.*, 2015).

Quadro 1 – Classificação das Lesões por Pressão.

Categoria	Descrição
I	Eritema esbranquiçado, com pele intacta.
II	Perda parcial da epiderme e/ou derme. Pode ter bolha, abrasão ou ulceração.
III	Perda total da pele, com ou sem comprometimento de tecidos adjacentes.
IV	Comprometimento de estruturas profundas (ossos, órgãos e tendões).
Suspeita de lesão tecidual profunda	Área localizada de pele intacta de cor púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta devido a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento.
Inclassificável	Perda de espessura tecidual total onde a profundidade real da lesão não é visível devido à presença de tecido necrótico de liquefação e ou tecido necrótico de coagulação (lesão).

Fonte: NPUAP-2016; LINS et al., 2016.

Figura 5 - Locais de incidência das LPs: região sacral, calcanhares, cotovelos, maléolos laterais, trocânter maior e região isquiática.



Fonte: MULTISAÚDE EDUCACIONAL, 2018. Disponível em: <https://multisaude.com.br/artigos/ulceras-por-pressao/>

A avaliação da ferida é uma parte fundamental do DE, permitindo uma tomada de decisões correta acerca dos recursos a serem utilizados para o tratamento da LP. Segundo o sistema internacional de classificação das lesões por pressão NPUAP/EPUAP, as feridas são classificadas nos estágios a seguir.

Estágios de Lesão por Pressão

Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece

Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência



Fonte: Acervo de imagens ambulatório de geriatria-Políclínica de Taguatinga

(endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.



Fonte: Acervo de imagens ambulatório de geriatria-Policlínica de Taguatinga

Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara

não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Sfacelo e/ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há



Fonte: Acervo de imagens ambulatório de geriatria-Policlínica de Taguatinga

exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.



Fonte: Acervo de imagens ambulatório de geriatria-Policlínica de Taguatinga

Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.



Fonte: Acervo de imagens ambulatório de geriatria-Policlínica de Taguatinga



Fonte: Acervo de imagens ambulatório de geriatria-Policlínica de Taguatinga

Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.

Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudatosanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode

apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo.

A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

É necessário que o enfermeiro desenvolva técnicas e habilidades para reconhecer o tipo de ferida, o estágio e o tratamento adequado, com uma sistematização de assistência de enfermagem (SAE) elaborada em protocolos e aplicativos, usando a tecnologia como facilitador em seu instrumento de trabalho, visando à qualidade de vida dos pacientes, mas com o foco principal na prevenção de LPs, para atualizar conhecimentos nos diagnósticos, tratamento e avaliação de feridas.



3

AVALIAÇÃO DA FERIDA

A avaliação do portador de feridas compreende dois momentos distintos: anamnese e avaliação da ferida.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

No processo de cuidar, deve-se iniciar a abordagem com a anamnese e o exame físico.

Na implementação da SAE à pessoa com ferida, os aspectos a serem avaliados são:

1. Avaliação da pessoa: histórico de enfermagem, exame físico e complementar, condição nutricional, análise, psicossocial, história da doença progressiva e

atual, diagnóstico de risco para outras feridas e seus fatores intervenientes, idade, terapia medicamentosa e não medicamentosa, uso de drogas lícitas e ilícitas.

2. Avaliação da ferida: utilizar instrumentos apropriados para registro e documentação.

Classificação da Ferida

- Quanto ao tempo de evolução: aguda ou crônica.
- Quanto ao estado microbiológico: contaminada, colonizada e infectada.
- Quanto ao comprometimento das camadas da pele e estruturas adjacentes: superfície e profunda.
- Quanto à etiologia.
- Quanto à localização: descrição anatômica.
- Quanto ao exsudato.

Aspecto: seroso, serosanguinolento, sanguinolento, piosanguinolento, purulento.

Cor: amarelado, esbranquiçado, esverdeado, cinza, acastanhado.

Volume:

- Nenhum
- Pequena drenagem: envolve 25% da cobertura
- Moderada drenagem: envolve 25 a 75% da cobertura
- Grande drenagem: envolve mais de 75% da cobertura

Odor: característico, fétido, pútrido.

Quanto ao tipo de tecido presente no leito:

- Necrose tipo escara (seca, coriácea, preta ou marrom).
- Necrose tipo esfacelo (slough / úmida, amarela, esbranquiçada).
- Presença de tecido viável (granulação, hipergranulação / epitelização).

Quanto à presença de: túneis, fístulas, sinus, deslocamentos, estomias.

Quanto à dimensão: comprimento, largura, profundidade.

Quanto às margens: plana, regular, irregular, em epitelização, lesada, fina, espessa, invaginada, macerada, descolada.

Quanto à região perilesional: hiperemia, dermatite, descamação, maceração, hiper-hidratação, desidratação, edema, foliculite, fctena, escarificação, celulite, hematoma, enfisema, subcutâneo, cor (hipocromia, discromia, hiper Cromia) e temperatura.

Quanto à dor: aplicar instrumento adequado para qualificá-la e quantificá-la, e realizar testes de sensibilidade apropriados, conforme protocolos (como o uso do monofilamento para avaliar neuropatia).

Avalia-se a profundidade do cacifo formado a partir da pressão do dedo sobre os tecidos contra a estrutura óssea. Quanto mais profundo o cacifo (depressão), maior o número de cruces, conforme escala abaixo:

- 0/4: sem edema
- 1+/4+: leve cacifo
- 2+/4+: cacifo < 5 mm, mais com pé e perna com contornos definidos.
- 3+/4+: cacifo entre 5 e 10 mm, acompanhada por pé e perna edemaciados

Mensuração da Lesão por Pressão

A medida bidimensional é a **mensuração** mais simples e mais usada na prática clínica. Essa medida abrange mensurações lineares, traçados e fotografias das **feridas**. As medidas lineares medem o tamanho ou a extensão das **feridas** (comprimento e largura), fornecendo a tendência do processo de cicatrização.

Técnica de mensuração da área lesada

- Proceder à limpeza da ferida conforme técnica de soro em jato.
- Colocar parte interna do acetato (parte transparente da embalagem das coberturas ou gaze) sobre a ferida.
- Desenhar o contorno da ferida com caneta para retroprojeter.
- Traçar uma linha na maior extensão vertical e maior extensão horizontal, formando um ângulo de 90° entre as linhas.
- Anotar medidas das linhas em cm (no impresso de evolução) para comparações posteriores.
- Multiplicar uma medida pela outra para obtenção de área em cm².

- Na presença de duas ou mais feridas, separadas por pele íntegra de até 2 cm, deve-se considerar como ferida única, somar a área vertical de cada lesão e multiplicar pela horizontal de maior diâmetro e calcular área.

- Durante o processo cicatricial com a formação de ilhas de epitelização, que divide a ferida em várias, deve-se considerar apenas como uma ferida, calcular área, conforme descrito anteriormente.

Técnica de Mensuração da Profundidade da ferida

- Limpar a ferida.
- Introduzir uma espátula estéril ou seringa de insulina estéril, sem agulha, sonda uretral nº 6 ou nº 8 ou dedo enluvado no ponto mais profundo da ferida.
- Marcar no instrumento o ponto mais próximo da borda.
- Medir com uma régua o segmento marcado e anotar resultados em cm para comparação posterior.
- Deve-se respeitar o orifício no qual se realiza a medição e ter o cuidado para não ampliá-lo durante o procedimento.

Técnica de Mensuração do Solapamento da Ferida

- Solapamento é o descolamento do tecido subjacente da pele íntegra devido à destruição tecidual.
- Introduzir sonda uretral na ferida.
- Fazer varredura da área no sentido horário.
- Identificar o ponto de maior descolamento tecidual (direção em horas). A referência de 12 horas deverá estar no sentido cefálico.
- Marcar na sonda o ponto mais próximo da borda.
- Medir na régua o segmento marcado.
- Registrar na ficha o tamanho (cm) e direção (H) na medida feita para comparação posterior.

Técnica de Mensuração da Circunferência de Membros Inferiores

- Posicionar fita métrica a 10 cm acima do maléolo medial e na região mais desenvolvida da panturrilha.
- Anotar as medidas do membro afetado e do contralateral.
- Comparar os resultados para avaliar edema.

Profundidade - comprometimento estrutural

- Espessura parcial – limitada à epiderme ou porção superior da derme
- Espessura total – estende-se além da pele, para dentro do tecido subcutâneo, músculo ou tecido ósseo.

Avaliar exposição de estruturas anatômicas

- Músculo, tendão, vasos sanguíneos, ossos, cavidade e órgãos.

Tempo de existência

• Aguda: geralmente são feridas traumáticas, há ruptura da vascularização e desencadeamento do processo de hemostasia. Ex.: cortes, escoriações, queimaduras e outros.

• Crônica: descritas como de longa duração ou recorrência frequente, ocorre um desvio na sequência do processo cicatricial fisiológico. Ex.: úlceras venosas.

Quanto à presença de micro-organismo

• Contaminação - presença transitória de germes na superfície da ferida sem que proliferem.

• Colonização - presença de bactérias em fase de replicação, as bactérias replicantes colonizam e contaminam todas as feridas crônicas, mas isso não significa que as feridas estejam infectadas.

• Colonização crítica - presença de micro-organismo em fase de replicação, os quais iniciam um processo de dano tecidual local sem sinais de infecção.

• Infecção - as bactérias invadem os tecidos multiplicando-se e causando uma reação no hospedeiro, retardando o processo de cicatrização.

• Biofilme - ecossistema microbiano formado no leito da ferida e que não significa mais que uma estratégia de defesa comum dos germes colonizadores, os quais interagem e se comunicam entre si, e que podem progredir até infeccionar a ferida.

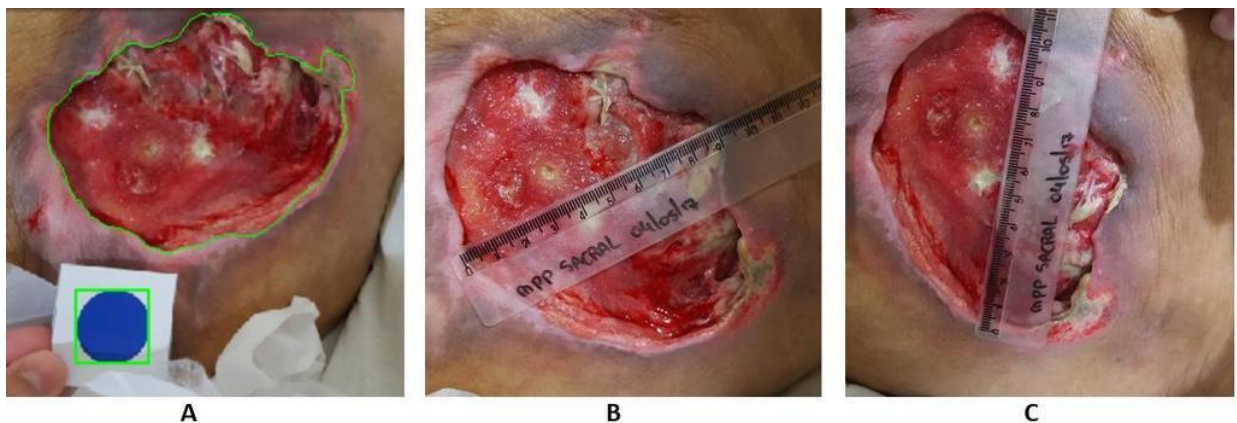
Avaliação da dor

O controle da dor deve ser considerado como elemento primordial no tratamento de feridas, pois interfere diretamente na adesão ao tratamento. Alguns autores apontam como o 5º sinal vital.

Atualmente, a preocupação com o controle e prevenção da dor tem crescido, uma vez que diversas escalas de avaliação estão sendo aplicadas e coberturas atraumáticas foram criadas.

Deve-se, assim, avaliar a intensidade e qualidade da dor a cada procedimento realizado, com a preocupação de alívio para a queixa do usuário.

Figura 6 - Planimetria e mensuração das lesões por pressão. Espaço morto, túneis/ escavações / tratos de fístulas.



Fonte: PAIXÃO, 2016

Fases de cicatrização de uma ferida

Existem as fases de cicatrização de uma ferida. São elas:

✓ **Fase Inflamatória:** Apresenta sinais típicos do processo inflamatório (dor, rubor, calor e edema); formação de trombos, ativação do sistema de coagulação, debridamento da ferida e defesa contra infecções.

✓ **Fase Proliferativa:** Ocorre a mitose celular; desenvolvimento do tecido de granulação; deposição de colágeno e fibronectina.

✓ **Fase Reparadora:** Ocorre a diminuição progressiva da vascularização, dos fibroblásticos, aumenta a força tensil e reorientação das fibras de colágeno

Tipos de cicatrização

✓ **1ª intenção ou primária:** A cicatrização primária envolve a reepitelização, na qual a camada externa da pele cresce fechada.

- ✓ **2ª intenção ou secundária:** É uma ferida que envolve algum grau de perda de tecido.
- ✓ **3ª intenção ou terciária:** Ocorre quando intencionalmente a ferida é mantida aberta para permitir a diminuição ou redução de edema ou infecção ou para permitir a remoção de algum exsudato através de drenagem.

O uso da Taxonomia II como uma estrutura de avaliação

As avaliações de enfermagem proporcionam o ponto de partida para a determinação dos diagnósticos de enfermagem. É fundamental que seja usada na prática uma estrutura reconhecida de avaliação de enfermagem para a identificação de problemas, riscos e resultados do paciente para o fortalecimento da saúde. A NANDA-I não endossa um método ou instrumento único de avaliação. O uso de uma estrutura de enfermagem baseada em evidências, como a avaliação segundo os Padrões de Saúde Funcional de Gordon, deve orientar avaliações que ofereçam apoio aos enfermeiros na determinação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Para a determinação precisa dos diagnósticos de enfermagem, uma estrutura de avaliação útil e baseada em evidências é a melhor prática.

Quadro 2 - Diagnósticos de enfermagem para lesão por pressão conforme taxonomia internacional NANDA-I.

Domínio	Classe	Diagnóstico de enfermagem/ Estágio da ferida	Características definidoras	Fatores de risco
11-Segurança e proteção	1-infecção	Alteração da integridade da pele. Estágio I e II		
11-Segurança e proteção	2-lesão física	Integridade da pele prejudicada Estágio I e II	Alteração da integridade da pele, dor, matéria estranha perfurando a pele.	Pressão sobre saliência óssea, secreção, umidade.
11-Segurança e proteção	2-lesão física	Integridade tissular prejudicada. Estágio I, II e III,IV e não classificável a profunda	Dano tecidual, tecido destruído, dor aguda.	Umidade, agentes químicos, estado nutricional desequilibrado.
11-Segurança e proteção	2-lesão física	Lesão física Estágio I, II, III, IV e não classificável a profunda.	Agente nosocomial, barreira física, desnutrição.	
11-Segurança e proteção	2-lesão física	Risco de lesão por pressão. Estágio I	Atrito em superfície, pressão sobre saliência do osso, incontinência.	
4-atividade e repouso	2-atividade /exercício	Deambulação prejudicada. Estágio I	Capacidade prejudicada de andar	Dor, força muscular insuficiente, equilíbrio prejudicado.
4-atividade e repouso	2-atividade /exercício	Mobilidade no leito prejudicada. Estágio I e II	Capacidade prejudicada de se reposicionar na cama.	Dor, barreira ambiental, prejuízo neuromuscular.
4-atividade e repouso	2-atividade /exercício	Risco de síndrome do desuso. Estágio I, II, III, IV e não classificável		Dor, imobilidade mecânica paralisia, nível de consciência alterado.
4-atividade e repouso	2-atividade /exercício	Perfusão tissular periférica ineficaz Estágio I e II	Alteração da pele, retardo na cicatrização da pele.	Trauma
12-conforto	1-conforto físico	Síndrome da dor crônica. Estágio I, II, III, IV	Mobilidade física prejudicada	

Fonte: HERDMAN; KAMITSURU, 2018.



4

TRATAMENTO

O tratamento da ferida é um processo dinâmico, que depende de avaliações sistematizadas, prescrições distintas, de frequência de troca e tipo de curativos ou coberturas necessárias, que podem ser variáveis de acordo com o momento evolutivo do processo cicatricial. Sendo assim, o curativo é o conjunto de cuidados dispensados a uma lesão ou úlcera, visando proporcionar segurança e conforto ao doente e favorecer a cicatrização. Compreende todo o processo de limpeza, debridamento e também a seleção da cobertura e/ou tratamento tópico do local.

Características de uma Cobertura Ideal

- Remover o exsudato.
- Manter alta umidade entre a ferida e o curativo.
- Permitir trocas gasosas.

- Ser impermeável às bactérias.
- Fornecer isolamento térmico.
- Ser isento de partículas e substâncias tóxicas contaminadas.
- Permitir a remoção sem causar traumas locais.

Pontos Importantes a Serem Observados na Realização dos Curativos

- Respeitar a individualidade do doente.
- Manter o local com boa iluminação e condições adequadas de higiene.
- Manter a área física livre de circulação de pessoas, durante o curativo.
- Oferecer condições para lavagem das mãos.
- Ser confortável para o doente e o profissional.

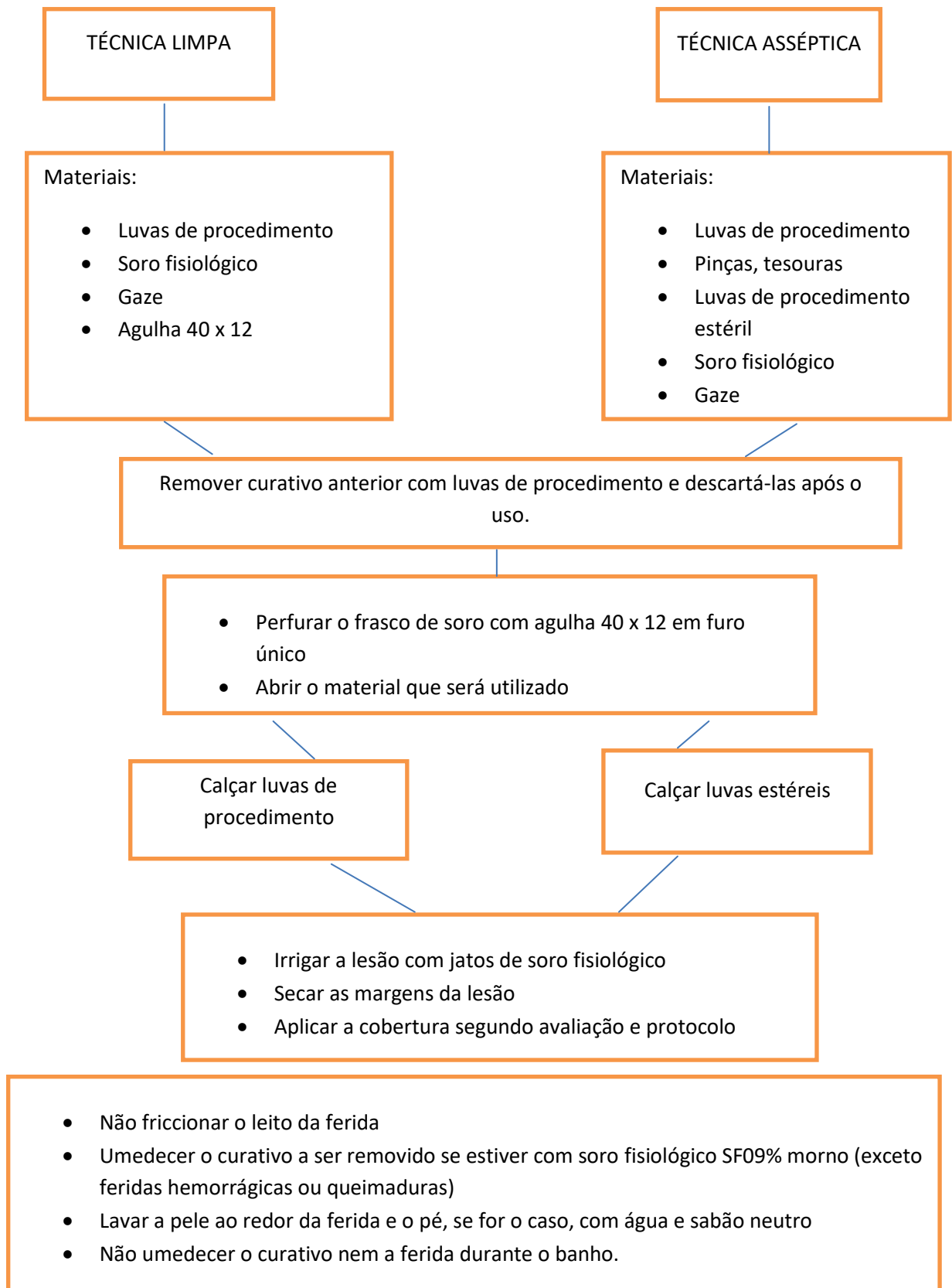
Em relação ao material

- Providenciar e utilizar o material essencial que deve existir na Instituição.
- Desprezar o material descartável no lixo, providenciar a desinfecção e a esterilização do material não descartável e a limpeza da sala, móveis e utensílios, de acordo com as medidas de biossegurança.

Técnicas de curativos

É importante ressaltar que o tipo de cobertura deve ser adequado à lesão e que a sua eleição deve ser feita após avaliação criteriosa desta e do estado geral do portador de ferida. Um curativo pode ser realizado sob duas diferentes técnicas básicas: estéril e limpa, conforme algoritmo a seguir.

Figura 7 - Limpeza da ferida.



Debridamento ou Desbridamento

Consiste na remoção de tecido não viável da úlcera, como tecidos necrosados, desvitalizados e corpos ou partículas estranhas. Entre os diversos métodos de debridamentos, destacamos:

- **Debridamento Autolítico:** significa autodestruição, autodegradação natural de tecido necrótico. Para que este processo possa acontecer, é necessário que o leito da ferida seja mantido com umidade fisiológica e temperatura em torno de 37º, utilizando coberturas que são detentoras de umidade. Sua vantagem é ser um método indolor, não invasivo e seletivo (destrói somente o tecido desvitalizado).

- **Debridamento Químico / Enzimático:** método onde são utilizadas enzimas proteolíticas para obter remoção mais rápida do tecido desvitalizado por degradação do colágeno. Não é um método seletivo. Exemplo: colagenase, estreptoquinase e papaína (esta promove o debridamento enzimático, porém, com método seletivo).

- **Debridamento Mecânico:** é um método que consiste na remoção da necrose do leito da ferida utilizando força física. Pode ser usada fricção com gaze, irrigação com soro, curativo úmido-seco, instrumental cortante, podendo ser necessário ou não a analgesia. Nas unidades básicas de saúde, este debridamento pode ser realizado apenas em feridas que se estendem até a fáscia, desde que não haja comprometimento arterial ou necessidade de analgesia.

Coberturas

É todo material, substância ou produto que se aplica sobre a ferida, como finalização do curativo. Não existe a cobertura ideal, ou aquela que possa ser utilizada durante todo o processo cicatricial; a avaliação precisa ser contínua e fazer parte da realização de cada troca do curativo. Cada cobertura apresenta indicações e contraindicações, vantagens e desvantagens, que necessitam de ponderação e bom senso no momento da escolha. Existe diferentes tipo de coberturas para tratamento de feridas, podemos citar alguns exemplos como Soro fisiológico 09%, placa de hidrocoloide, carvão ativado, hidrogel que são composições químicas que realizam desde uma limpeza até um desbridamento químico seletivo ou não. Segue uma listagem dos principais tipos de coberturas e sua ação nos estágios da LP.

Soro Fisiológico a 0,9%

- **Composição:** cloreto de sódio a 0,9%.
- **Ação:** mantém a umidade da ferida, favorece o debridamento autolítico e a formação de tecido de granulação. Amolece os tecidos desvitalizados.
- **Indicação:** manutenção da umidade da ferida.
- **Contraindicações:** nas feridas com cicatrização por 1ª intenção e locais de inserção de cateteres, introdutores, fixadores externos e drenos.
- **Aplicação e troca:** umedecer as gazes de contato o suficiente para manter o leito da ferida úmida até a próxima troca, ocluir com gazes estéreis e secas. As trocas deverão ser feitas no máximo a cada 24 horas.

Gaze de Rayon com AGE

- **Composição:** Gaze de Rayon Sachê embebida em Óleo Dermoprotetor à base de AGE (ácidos graxos essenciais), lecitina de soja, óleo de copaíba, TCM (Triglicerídeos da Cadeia Média), Vitamina A e Vitamina E.
- **Ação:** mantém a umidade da ferida, promove quimiotaxia (atração de leucócitos) e angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos) e acelera o processo de granulação tecidual. A aplicação tópica em pele íntegra tem grande absorção: forma uma película protetora, previne escoriações, devido à alta capacidade de hidratação, e proporciona nutrição celular local.
- **Indicação:** feridas agudas, crônicas e com perda de tecido; queimaduras de 1º e 2º graus; dermatites associadas por incontinência, perigastrostomias e sepses.
- **Contraindicações:** nos casos de hipergranulação e hipersensibilidade.
- **Aplicação e troca:** irrigar o leito da lesão com soro fisiológico a 0,9 %, remover o exsudato e tecido desvitalizado, se necessário. Aplicar a Gaze de Rayon diretamente no leito da úlcera até a próxima troca. Ocluir com cobertura secundária (gaze úmida) e fixar. A periodicidade de troca é a cada 24 horas.

Gaze Antimicrobiana

- **Composição:** curativo de gaze tecida 100% algodão impregnado com PHMB (polihexametileno de biguanida) na concentração mínima de 0,2%.
- **Ação:** antimicrobiana e favorece a formação do processo cicatricial.
- **Indicação:** úlceras infectadas e colonizadas com exsudato.

- **Contraindicação:** úlceras com baixo exsudato e necrose seca.
- **Aplicação e troca:** aplicar sobre a úlcera preenchendo toda a sua extensão e ou cavidades, em seguida gaze estéril e atadura. A troca deverá ser feita a cada 72 horas, ou antes, perante avaliação.

Hidrocoloide (placa)

- **Composição:** possui duas camadas: uma externa, composta por filme ou espuma de poliuretano, flexível e impermeável à água, bactérias e a outros agentes externos; e uma interna, composta de partículas hidroativas, à base de carboximetilcelulose, alginato de cálcio, gelatina, pectina ou ambas.
- **Ação:** estimula a granulação e a angiogênese (devido à hipóxia no leito da ferida); absorve o excesso de exsudato; mantém a umidade e temperatura em torno de 37°C, facilitando o crescimento celular e a regeneração tissular; também promove o desbridamento autolítico e alivia a dor, por manter as terminações nervosas protegidas, úmidas e aquecidas.
- **Indicação:** é indicada para úlceras com pequena ou moderada quantidade de exsudato.
- **Contraindicação:** feridas infectadas e altamente exudativas.
- **Aplicação e troca:** deve ser aplicadas diretamente sobre a ferida, deixando uma margem de 1 a 2 cm para perfeita aderência à pele íntegra. Pode ser recortada, não precisa de tesoura estéril, pois as bordas da placa não entram em contato com o leito da ferida. Deve ser trocada quando ocorrer extravasamento do gel ou descolamento das margens da placa, não ultrapassando 7 dias. Não exige cobertura secundária.

Importante: esses curativos produzem odor desagradável e podem permitir que resíduos adesivos das placas se fixem na pele, o que pode causar traumas ao serem removidos.

Hidrogel

- **Composição:** Gel transparente, incolor, composto por: água (77%), Carboximetilcelulose-CMC (2,3%), Propilenoglicol-PPG (20%).
- **Ação:** remove o tecido desvitalizado através de desbridamento autolítico, mantém o meio úmido e estimula a liberação de exsudato.
- **Indicação:** fornecer umidade ao leito da ferida

- **Contraindicação:** utilizar em pele íntegra e incisões cirúrgicas fechadas.
- **Aplicação e troca:** Deve ser usado sempre associado a coberturas oclusivas ou gaze. As trocas são de acordo com a saturação da cobertura associada, ou até 48 horas quando associado com gaze.

Alginato de Cálcio

- **Composição:** fibras de ácido algínico (ácido gulurônico e ácido manurônico) extraído das algas marinhas marrons (Laminaria). Contém também íons de cálcio e sódio. Apresenta-se em forma de placa, gel, em fita ou cordão estéril.
- **Ação:** através da troca iônica, promove a hemostasia; possui alta capacidade de absorver exsudato, formando um gel que mantém a umidade, promove a granulação, auxilia o debridamento autolítico.
- **Indicação:** feridas com ou sem infecção, com exsudato de moderado a intenso, com ou sem tecido necrótico e com ou sem sangramento.
- **Contraindicação:** feridas com pouca drenagem de exsudato, feridas superficiais e queimaduras.
- **Aplicação e troca:** pode ser recortado, mas deve utilizar tesoura estéril, manusear com luvas ou pinças estéreis. O alginato de cálcio placa de absorção horizontal deve ser recortado do tamanho certo da ferida, não deixando que ultrapasse a borda evitando a maceração da pele ao redor. Deve ser ocluído com cobertura secundária estéril. Feridas cavitárias, utilizar forma de fita, preenchendo o espaço parcialmente. A frequência de trocas é de acordo com a quantidade de exsudato e orientação do fabricante. A cobertura secundária deverá ser trocada quando houver necessidade.

Hidrofibra com Prata

- **Composição:** curativo não tecido composto por fibras agrupadas de carboximetilcelulose sódica e 1,2% de prata iônica.
- **Ação:** Inativar as bactérias retiradas do leito da ferida e retidas dentro da fibra da cobertura. Tem capacidade de absorver de moderado a intenso exsudato formando um gel coeso, que se adapta à superfície da ferida formando meio úmido, promovendo debridamento autolítico. Sua absorção ocorre na vertical e horizontal.
- **Indicação:** feridas profundas e tunelizadas, até mesmo com exposição óssea e em feridas altamente exsudativas com ou sem infecção (prioritariamente com infecção),

com ou sem tecido necrótico, feridas cavitárias (utilizar fita), queimaduras de profundidade parcial (2º grau) e feridas estagnadas.

- **Contraindicação:** reações alérgicas ou sensibilidade aos componentes do produto e feridas pouco exsudativas.
- **Aplicação e troca:** aplicar sobre a ferida de forma que ultrapasse as bordas em pelo menos 1 cm em toda a sua extensão. Requer cobertura secundária. Trocar quando houver saturação da cobertura ou extravasamento de exsudato, não ultrapassando 7 dias após a aplicação. Em feridas cavitárias introduzir a fita preenchendo o espaço parcialmente, deixando margem mínima de 2,5 cm da fita para fora da superfície para facilitar a retirada.

Carvão Ativado e Prata

- **Composição:** composta de carvão ativado, e impregnado com prata a 0,15%, envolto externamente por uma película de nylon pouco aderente e selada em toda a sua extensão.
- **Ação:** curativo estéril com ação bactericida favorece desbridamento autolítico; mantém a umidade e temperatura adequadas à cicatrização, elimina os odores desagradáveis; não deve ser cortado devido à liberação do carvão no leito da ferida, o que poderá ocasionar a queimadura dos tecidos ou formar granuloma.
- **Indicação:** feridas com moderada a intensa exsudação, com ou sem infecção, com ou sem tecido necrótico, feridas cavitárias e feridas fétidas.
- **Contraindicação:** feridas não muito exsudativas superficiais, recobertas por escaras, com sangramento, com exposição óssea e tendinosa, e nas queimaduras.
- **Aplicação e troca:** sobre a ferida ou em qualquer uma das faces. Requer cobertura secundária. Trocar quando houver saturação da cobertura, não ultrapassando de 7 dias após aplicação. A cobertura secundária pode ser trocada sem a troca da placa se ainda não estiver saturada. Em feridas cavitárias, unir as 4 pontas da cobertura formando “trouxa” e introduzir na ferida mantendo as pontas para fora da superfície, facilitando a retirada.

Espuma

- **Composição:** Espuma de poliuretano hidropolímero com pequenas células capazes de absorver fluidos e impedir seu retorno ao leito da ferida. Pode vir associada com prata e/ou silicone.
- **Ação:** apresenta camadas ou lâminas superpostas, macias, na forma de placa; é estéril, não aderente ao leito da lesão, com capacidade absorviva, podendo ser semipermeável a impermeável a trocas gasosas e água, bem como bactérias. Possui espessura variada. A camada externa pode ser adesiva ou não, ou apenas com bordas adesivas, dependendo do fabricante. A espuma não adesiva requer cobertura secundária. A cobertura de espuma com prata além de absorver o excesso do exsudato da lesão pelo contato da camada hidrofílica na ferida, também controla o número de micro-organismos do seu leito, decorrente da liberação da prata de forma sustentada por até 7 dias. Este tempo está relacionado com o volume de exsudato drenado. A placa pode ser recortada, utilizando-se tesoura estéril, deixando uma borda de 1 a 2 cm que recubra a pele íntegra adjacente. Pode causar coloração escura no leito da ferida.
- **Indicação:** ferida com moderada a intensa exsudato, com ou sem infecção (prioritariamente com infecção), com ou sem tecido necrótico, queimaduras de 2º ou 3º graus e feridas estagnadas.
- **Contraindicação:** não deve ser utilizado em usuários com sensibilidade à prata. Não deve ser utilizado com soluções de hipoclorito ou peróxido de hidrogênio, pois ocorre inativa.
- **Aplicação e troca:** aplicar diretamente sobre a ferida de forma que ultrapasse a borda da ferida em pelo menos 2 cm em toda a sua extensão. Trocar quando houver saturação da cobertura ou extravasamento do exsudato, não ultrapassando de 7 dias após a aplicação.

Cadexômero de Iodo

- **Composição:** curativo em forma de pomada castanho-escuro estéril, composto por cadexômero (microgrânulos de amido modificado), polietilenoglicol, poloxâmero e 0,9% de iodo.
- **Ação:** remove o excesso de exsudato e fibrina na base da ferida e reduz a contaminação bacteriana na sua superfície. Ao fazer isso, a pomada transforma-se em um gel úmido e suave.

- **Indicação:** tratamento tópico de feridas exsudativas e infectadas, também indicado para debridamento de esfacelo.
- **Contraindicação:** não deverá ser usado em tecidos necróticos, secos ou em doentes que tenham sensibilidade conhecida ao iodo ou a qualquer um dos seus componentes; não utilizar em crianças, mulheres grávidas ou que estejam amamentando, nem em pessoas que sofram de insuficiência renal ou com distúrbios da tiroide (ex.: Tireoidite de Hashimoto ou bócio nodular não tóxico).
- **Aplicação e troca:** deve ser trocado quando se apresentar saturado de fluidos da lesão e todo iodo tiver sido liberado. Isso é indicado perante a perda de cor e, em geral, ocorre de duas a três vezes por semana. Trocas diárias podem ser necessárias, caso a lesão libere grandes quantidades de exsudato.

Filme Transparente

- **Composição:** película de poliuretano, fino, coberta com adesivo hipoalergênico.
- **Ação:** mantém um ambiente úmido, permeabilidade seletiva, permitindo a difusão gasosa e evaporação de água. Impermeável a fluidos e microrganismos.
- **Indicação:** esta cobertura destina-se a usuários de alto risco, propensos a desenvolver LP, lesões recém-epitelizadas e LP estágio I. Recomendado também em feridas sem exsudato, quando se deseja a observação e proteção, tais como: queimaduras superficiais, sítios doadores, incisões cirúrgicas, feridas com perda tecidual superficial, fixação de cateteres ou como cobertura secundária.
- **Contraindicação:** não é recomendado para lesões exsudativas, profundas e infectadas.
- **Aplicação e troca:** Abrir o centro do papel de revestimento a fim de expor a superfície do curativo. Aplicar a parte central sobre o sítio da ferida, puxar as abas uma por vez ao mesmo tempo em que aplica o curativo. Não estique o curativo ao posicioná-lo. Posteriormente, remova a margem/moldura de papel, conforme especificação do fabricante. A permanência da cobertura é de até 7 dias, dependendo do volume de exsudato ou descolamento do mesmo.

Creme Hidratante

- **Composição:** 8% de ureia, 2% de glicerina, 5% de óleo de amêndoa doce, 5% de óleo mineral, 11,5% ácido esteárico, 0,1% EDTA, 1,5% alcalinizante e 0,4% conservante.

- **Ação:** a ureia presente no creme facilita a penetração de moléculas de água até camadas mais profundas da pele.
- **Indicação:** hidratação tópica;
- **Contraindicações:** gestantes, pele friável, relato de alergia a qualquer componente do produto.

Creme de Barreira

- **Composição:** creme hidrofóbico composto por substâncias emolientes eumectantes com propriedade de formar uma barreira protetora, como a glicerina, D-pantenol, ácido hialurônico, óleos vegetais, AGE, petrolato, Alantoína.
- **Ação:** funciona como uma barreira ideal para proteger, hidratar e recuperar o PH natural da pele.
- **Indicação:** como barreira de proteção da pele contra afluentes agressivos, para hidratar e regular o PH da pele ressecada. Pode ser usado para proteção contra dermatite associadas à incontinência (DAI) e radiodermite, protege contra maceração na região perilesional.
- **Contraindicação:** hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
- **Aplicação:** aplicar camada fina na região a ser protegida, podendo ser aplicado mais de uma vez ao dia.

Terapia Inelástica - Bota de Unna (contenção)

- **Composição:** óxido de zinco, glicerina, água destilada e gelatina.
- **Ação:** é uma bandagem de compressão não elástica que apresenta efeito apenas durante a movimentação, quando ocorre a contração e relaxamento dos músculos dos membros inferiores, auxiliando o retorno venoso, diminuindo o edema, além de promover proteção e favorecer a cicatrização da úlcera.
- **Indicação:** úlcera venosa, úlcera hanseniana e como auxílio no tratamento do linfedema.
- **Contraindicação:** úlceras arteriais e mistas (arteriovenosa), com ITB < 0,8, úlcera infectada, insuficiência cardíaca descompensada, DPOC, trombose venosa profunda, celulite e sensibilidade aos componentes da pasta.
- **Aplicação e troca:** colocar preferencialmente no período da manhã; repouso prévio de 15 minutos com membros inferiores elevados; avaliar constantemente coloração do membro e questionar ao portador se está muito apertado. Deve permanecer por até

7 dias, porém, após a primeira colocação, indica-se que o portador retorne em 2 dias para troca do curativo secundário e avaliação da terapêutica.

Polihexametileno de Biguanida (PHMB)

- **Composição:** poli-hexametilenobiagunida ou pili-hexanida (0,1%) e undecilenamidopropilbetaina (0,1%).
- **Ação:** tem ação letal ou inibitória da reprodução microbiana, fragmentando e removendo as crostas da lesão (biofilme). Não afeta a integridade dos tecidos expostos.
- **Indicação:** tratamento tópico para todos os tipos de feridas infectadas ou não, limpeza de feridas, controle de agentes patogênicos, assepsia da pele e redução de odores. Não apresenta resistência bacteriana e tem ação residual.
- **Contraindicação:** no primeiro trimestre da gravidez, queimadura de III e IV grau e aplicação em cartilagem hialina.
- **Aplicação:** diretamente no leito da ferida (irrigação) ou umedecendo a gaze deixando por 5 a 15 minutos.

Clorexidina: solução alcoólica 0,5% ou degermante a 2% ou 4%




- **Composição:** digluconato de clorexidina.
- **Ação:** bactericida tanto para bactérias gram-positivas, como gram-negativas. A ação germicida ocorre devido a mudanças fisiológicas e citológicas; Ocorre destruição da membrana citoplasmática bacteriana.
- **Indicação:** antissepsia da pele íntegra e mucosa pericateteres, cateteres vasculares e fixadores externos com a finalidade de prevenir a colonização. Atividade germicida mantém-se na presença de materiais orgânicos.
- **Contraindicação:** feridas com cicatrização por segunda e terceira intenção.
- **Aplicação:** alcoólica - após a limpeza do local, secar e aplicar; degermante - realizar a degermação com soro fisiológico e retirando o excesso.


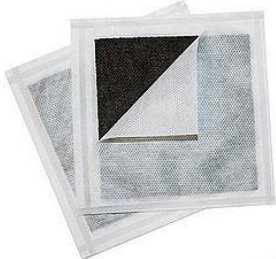

CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA AS COBERTURAS





- **Odor:** usar carvão ativado com prata. Em caso de baixa exsudação, associar com hidrogel.

- **Sangramento:** usar fibra de carboximetilcelulose ou alginato de cálcio para promover hemostasia. Não utilizar carvão ativado com prata.
- **Exposição óssea ou tendinosa:** utilizar fibra de carboximetilcelulose ou alginato de cálcio. Não usar carvão ativado com prata.
- **Infecções:** verificar sinais de infecção (dor, calor, rubor, edema e aumento da exsudação).
- **Exsudação baixa a moderada com presença de infecção:** usar fibra de carboximetilcelulose com ou sem prata, alginato de cálcio, espuma de poliuretano com prata ou carvão ativado com prata. Se houver aderência das coberturas associar ao hidrogel.
- **Cavidade:** toda cavidade deverá ser parcialmente preenchida, lembrando que os produtos saturam e se expandem. Opções de coberturas: hidrogel, fibra de carboximetilcelulose com ou sem prata, carvão ativado com prata, alginato de cálcio. O hidrogel poderá ser associado às outras coberturas conforme o volume de exsudato.

Quadro 3 - Coberturas, soluções, pastas e cremes padronizados pela SES-DF.

COBERTURA	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	MODO DE USAR E PERÍODO DE TROCA
<p>Soro fisiológico 0,9%</p> 	<p>-Limpeza da ferida -Manutenção da umidade da ferida.</p>	<p>-Limpeza de curativos que utilizem prata.</p>	<p>-Limpar a ferida com o SF, irrigando-a. -Troca de acordo com a saturação do curativo, no máximo em até 24h.</p>
<p>Sulfadiazina de prata a 1%</p> 	<p>Prevenção de colonização no tratamento de queimaduras.</p>	<p>-Hipersensibilidade ao produto e/ou seus componentes.</p>	<p>-Lavar a ferida com água destilada, remover o excesso de exsudato e tecido desvitalizado. -Aplicar o creme de forma asséptica. -Colocar gaze úmida. -Ocluir com cobertura secundária estéril. -Troca em, no máximo, 24h.</p>
<p>Alginato de Cálcio</p> 	<p>Feridas abertas, sangrantes, exsudativas com ou sem infecção.</p>	<p>-Feridas superficiais e com pouca exsudação e lesão por queimadura.</p>	<p>-Lavar a ferida com SF. -Remover exsudato e tecido desvitalizado. -Escolher o tamanho da fibra de alginato. -Modelar o alginato no interior da ferida, umedecendo a fibra com SF 0.9%. -Não deixar que a fibra de alginato ultrapasse a borda da ferida. -Ocluir com cobertura secundária estéril. - Feridas infectadas: no máximo em até 24h - Feridas limpas com sangramento: a cada 48h. - Feridas limpas altamente exsudativas: conforme saturação da cobertura secundária.</p>

COBERTURA	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	MODO DE USAR E PERÍODO DE TROCA.
<p>Compressa com emulsão de Petrolatum</p> 	<p>Feridas secas, pouco exsudativas que necessitem de curativo não aderente.</p>	<p>-Feridas infectadas. -Feridas muito exsudativas. -Feridas com cicatrização por 1ª intenção.</p>	<p>-Lavar a ferida com SF. -Remover exsudato e tecido desvitalizado. -Escolher o tamanho da compressa que se adéque a lesão. -Aplicar o curativo sobre a ferida de forma asséptica. -Ocluir com cobertura secundária estéril.</p> <p>-Troca conforme a necessidade em, no máximo, 72h.</p>
<p>Carvão ativado com prata</p> 	<p>Feridas infectadas, exsudativas, com odor.</p>	<p>-Feridas limpas. -Queimaduras. -Feridas pouco exsudativas.</p>	<p>-Lavar a ferida com água destilada, remover o excesso de exsudato e tecido desvitalizado. -Aplicar o curativo de carvão ativado com prata, de forma asséptica. -Ocluir com cobertura secundária estéril.</p> <p>-Troca de acordo com a saturação da cobertura secundária. Não deve passar de 7 dias.</p>
<p>Hidrogel</p> 	<p>- Remoção de tecidos desvitalizados através do desbridamento autolítico. - Mantém umidade da ferida</p>	<p>-Pele íntegra. -Incisões cirúrgicas fechadas.</p>	<p>-Lavar a ferida com SF. -Espalhar o gel no leito da ferida ou introduzir de forma asséptica na cavidade da lesão. -Pode-se utilizar como cobertura primária gazes embebidas em SF 0,9%. -Remover exsudato e tecido desvitalizado. -Ocluir com cobertura secundária estéril.</p> <p>-Troca conforme saturação da cobertura secundária. Em feridas infectadas no máximo em até 24h</p>

COBERTURA	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	MODO DE USAR E PERÍODO DE TROCA.
<p>Hidropolímero</p> 	<p>- Feridas de diversas com perda tecidual profunda parcial ou total, com média ou pequena quantidade de exsudato.</p>	<p>-Feridas com cicatrização por 1ª intenção. -Queimaduras de 2º ou 3º grau.</p>	<p>-Lavar a ferida com SF. -Posicionar curativo sobre a ferida, de forma que a espuma cubra toda sua extensão, com a parte central sob seu leito.</p> <p>-Troca em média de 48h conforme necessidade. No máximo 7 dias.</p>
<p>Hidrocoloide</p> 	<p>Feridas não infectadas, com média ou pequena quantidade de exsudato.</p>	<p>-Feridas com cicatrização por 1ª intenção. -Queimaduras de 2º ou 3º graus -Feridas infectadas.</p>	<p>-Lavar a ferida com SF. -Secar pele adjacente. -Posicionar curativo sobre a ferida, de forma que o hidrocoloide ultrapasse as bordas da ferida em aproximadamente 3 cm. -Se necessário, reforçar as bordas com micropore.</p> <p>-Troca conforme necessidade em, no máximo, 7 dias.</p>
<p>Papaína</p> 	<p>Utilizada para o desbridamento de tecido desvitalizado.</p> <p>COLOCAR APENAS NA NECROSE.</p>	<p>- Contato com metais - Sensibilidade ao produto</p>	<p>-Lavar a ferida com SF. -Remover exsudato e tecido desvitalizado não aderido. -Aplicar a pomada sobre a área a ser tratada. -Na presença de necrose espessa, utilizar técnica de square para auxiliar na absorção do produto. -Ocluir com cobertura secundária estéril.</p> <p>-Troca a cada 24h</p>
<p>Colagenase</p> 	<p>Feridas com tecido desvitalizado.</p> <p>COLOCAR APENAS NA NECROSE.</p>	<p>-Feridas com cicatrização por 1ª intenção. -Hipersensibilidade às enzimas.</p>	<p>-Lavar a ferida com SF. -Remover exsudato e tecido desvitalizado. -Aplicar a pomada sobre a área a ser tratada. -Ocluir com cobertura secundária estéril.</p> <p>-Troca a cada 24h</p>



5

REFERÊNCIAS

AGREDA, J. J. S.; BOU, J. E. T. I. **Atenção Integral nos Cuidados nas Feridas Crônicas**. Petrópolis, RJ: EPULB, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM DERMATOLOGIA. **Classificação das lesões por pressão** - Consenso NPUAP 2016 - Adaptada culturalmente para o Brasil. Publicação oficial SOBEST/SOBENDE, 2016.

BLANCK, M.; GIANNINI, T. **Úlceras e Feridas: as feridas têm alma**. Uma Abordagem Interdisciplinar do Plano de Cuidados e da Reconstrução. Rio de Janeiro: Di Livros, 2014.

BORGES, E.L.; SAÁR, S.R.C.; LIMA, V.L.A.N. Subsídios para a construção de protocolos. *In*: BORGES *et al.* **Feridas como tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p.121-127.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 03/2017 **Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de Saúde**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Nota+T%C3%A9cnica+GVIMSGGTES+n%C2%BA+03-2017/54ec39f6-84e0-4cdb-a241-31491ac6e03e>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neutróficas e traumáticas**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Pé Diabético: Estratégias para o Cuidado com a Doença Crônica** Brasília, 2016.

BUZZI, M.;FREITAS, F.; WINTER, M. B. Pressure ulcer healing with Plenusdermax® Calendula officinalis L. extract. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 230-236, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690207i>.

COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Segurança do Paciente: prevenção de Lesão por Pressão (LP)**. Brasília: CPPAS, 2018. (Protocolo de Atenção à Saúde)

DOMANSKY, R.C.; LIMA, B. **Manual para Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações Baseadas em Evidências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I**. Definições e classificação 2018-2020. Tradução: Regina Machado Garcez.11. ed. Porto Alegre:Artmed, 2018.

LINS, M. L. B. C. *et al.* (elab.). **Guia básico de prevenção e tratamento de feridas**. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Natal, 2016.93 p.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL.NPUAP, 2016.Disponível em:<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-staging-illustrations/>. Acesso em: 6 jan. 2019.

POTT, F. S. *et al.* Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. **Cogitare enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 238-244, 2013.

SANTOS, V. S. **Pele**. [Goiânia]: Brasil Escola. Disponível em <https://brasilecola.uol.com.br/biologia/pele.htm>. Acesso em: 17 nov. 2018.

SHEA, J. D. Pressure sores. Classification and management. **ClinOrthop**, n. 112, p. 89-100, 1975.

UBALDO, I.; MATOS, E.; SALUM, N. C. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-1 com bases nos problemas segundo teoria de Wanda Horta. **CogitareEnferm.**, v. 20, n. 4, p. 687-694, out./dez. 2015.

VASCONCELOS, J. M. B.; CALIRI, M. H. L. **Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva**. Escola Anna Nery, 2017.



6

ANEXOS

ANEXO A - Resolução COFEN nº 567/2018

O Conselho Federal de Enfermagem-Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012,

CONSIDERANDO o Artigo 11, inciso I, alíneas “j”, “l” e “m”, da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, o Artigo 8º, inciso I, alíneas “f”, “g” e “h” e o Art. 11, inciso III, alínea “c”, do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987;

CONSIDERANDO o disposto no art. 22, X, do Regimento Interno do Cofen, aprovado pela Resolução Cofen nº 421/2012, que autoriza o Conselho Federal de Enfermagem baixar Resoluções, Decisões e demais instrumentos legais no âmbito da Autarquia;

CONSIDERANDO o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO a Resolução CNE/CES nº 03 de 07 de novembro de 2001, que aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais;

CONSIDERANDO a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

CONSIDERANDO a Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências;

CONSIDERANDO tudo o mais que consta nos autos dos PADs Cofen nºs 0194/2015, 519/2016 e 689/2016 e a deliberação do Plenário em sua 495ª Reunião Ordinária.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Regulamento da atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas na conformidade do anexo a esta Resolução que pode ser consultado no site: www.cofen.gov.br.

Art. 2º O Enfermeiro tem autonomia para abertura de Clínica/Consultório de Prevenção e Cuidado de pessoas com feridas, respeitadas as competências técnicas e legais.

Art. 3º Cabe ao Enfermeiro da área a participação na avaliação, elaboração de protocolos, seleção e indicação de novas tecnologias em prevenção e tratamento de pessoas com feridas.

Art. 4º Cabe aos Conselhos Regionais de Enfermagem adotar as medidas necessárias para acompanhar/fiscalizar o cumprimento deste regulamento, visando a segurança do paciente e a dos profissionais envolvidos.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, especialmente a Resolução Cofen nº 501/2015.

Brasília, 29 de janeiro de 2018.

MANOEL CARLOS N. DA SILVA

COREN-RO N° 63592

Presidente

MARIA R. F. B. SAMPAIO

COREN-PI N° 19084

Primeira-Secretária

ANEXO B- AVALIAÇÃO DE FERIDAS

Consulta de Enfermagem: Tratamento de Feridas

Nome: _____ DN: __/__/__ Idade: ____ Sexo: _____

Endereço: _____ CS _____

Escolaridade: _____ Telefone: _____

Ocupação: _____

Cirurgias Prévias: _____ Alergias: _____

Doenças Prévias _____

Tabagismo: () S () N Etilismo: () S () N Drogas: () S () N

Quais? _____

Medicamentos em Uso: _____

Estado Nutricional: () Adequado () Inadequado

Higiene: () Boa () Regular () Ruim () Péssima

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ PA: _____ FC: _____ P: _____ T: _____

Estado Mental: _____

Cabeça/Pescoço: _____

Tórax: _____ Abdome: _____

MMSS: _____

MMII: _____

HISTÓRICO DA FERIDA:

Início da Lesão: _____

Causa: _____

Número de Lesões: _____

Tratamentos

Efetuos: _____

CLASSIFICAÇÃO:

Duração: () Aguda () Crônica **Tipo:** () Limpa () Contaminada () Infectada

Causa: () Incisa () Perfurante () Contusa () Escoriação () Venosa () Arterial () Pressão () Neuropática () Térmica () Oncológica () Amputação ()

Outras: _____

PELE ADJACENTE: () Normal - Hidratada, Normocorada e Normotérmica ()
Desidratada, Seca, Descamativa e/ou Pruriginosa
() Eczema, () Hiperpigmentada () Sinais Inflamatórios

BORDA: () Regular () Irregular () Macerada () rósea () Esbranquiçada ()
Hiperemiada () Hiperqueratinosa () Aderida () Não Aderida

LEITO: () Epitelizado () Granulação () Desvitalizado () Esfacelo
() Necrose/Escara

EXUDADO: () Seroso () Sanguinolento () Serosanguinolento () Purulento
() Piossanguinolento () Nenhum

VOLUME: () Pouco () Moderado () Intenso () Abundante

ODOR: () Nenhum () Característico () Fétido () Pútrido

DOR: () Sim () Não Horário: () M, () T, () N, () Todos: Tipo: _____/
Alívio: _____
Escore: 0 a 10: _____

MEDIDAS: Largura _____ Comprimento _____ Profundidade _____

LOCALIZAÇÃO: () Maléolo () Dorso e Artelhos () Plantar () Calcâneo () Terço
Distal
() Outros: _____

ANEXO C - ESTADIAMENTO DAS LESÕES

ÚLCERA VENOSA/ARTERIAL	PÉ-DIABÉTICO	QUEIMADURA
<input type="checkbox"/> I Epiderme/Derme <input type="checkbox"/> II Subcutâneo <input type="checkbox"/> III Músculos <input type="checkbox"/> IV Ossos/Articulações	Grau 0 <input type="checkbox"/> Pé em risco I <input type="checkbox"/> Úlcera Superficial II <input type="checkbox"/> Subcutâneo/Tendão/Ligamento III <input type="checkbox"/> Infecção/Abcesso IV <input type="checkbox"/> Pequena Gangrena V <input type="checkbox"/> Grande Gangrena	I <input type="checkbox"/> Epiderme/Hiperemia/S/ Bolha/Flictema II <input type="checkbox"/> Epiderme/Derme/Bolhas/Flictema III <input type="checkbox"/> Epiderme/Derme/Outros tecidos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> Dor Crônica	<input type="checkbox"/> Nutrição Desequilibrada: Menos do que as Necessidade Corporais
<input type="checkbox"/> Dor Aguda	<input type="checkbox"/> Nutrição Desequilibrada: Mais do que as Necessidades Corporais
<input type="checkbox"/> Risco De Infecção	<input type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável
<input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada	<input type="checkbox"/> outros
<input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada	

RESULTADOS ESPERADOS: RECEBER ALTA – BEG, COM FECHAMENTO TOTAL DA LESÃO.

INTERVENÇÃO /

PRESCRIÇÃO: AVALIAÇÃO _____

Considerações finais

O objetivo desta pesquisa foi realizar um estudo abrangente sobre os diagnósticos de enfermagem relacionados em caso de lesão por pressão; Porém, segundo alguns estudos, ainda não há DE específicos para LP e seus estágios, por isso a necessidade de que novos estudos sobre a temática estudada sejam elaborados.

Como limitação, pode-se apontar um número reduzido de publicações sobre LP relacionada aos diagnósticos de enfermagem, o que pode ter interferido na identificação dos possíveis diagnósticos. Na verdade, a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I) ainda não possui conteúdo específico para LP e seus estágios.

Em relação a trabalhos futuros, esta pesquisa fornece opções no que diz respeito à continuidade do desenvolvimento de novos diagnósticos de enfermagem voltados para LP e seus estágios.

REFERÊNCIAS

1. Sousa Júnior BS, Duarte FHS, Souza FLMC, Mendonça AEO. Análise da assistência de enfermagem a idosos com risco de desenvolver úlceras por pressão. In: Anais do 4. Congresso Internacional de Envelhecimento Humano; 2015set 21-26; Campina Grande, Brasil. Campina Grande: CIEH, 2015, 2(1).
2. Borghardt AT, Prado TN, Bicudo SDS, Castro DS, BringenteMEO. Pressure ulcers in critically ill patients: incidence and associated factors. RevBrasEnferm [Internet]. 2016;69(3):431-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690307i>.
3. Ferreira AM, Rigotti MA, Pena SB, Paula DS, Ramos IB, SasakiVDM. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre feridas. Esc Anna Nery (impr.) 2013 Abr/Jun; 17 (2):211-9.
4. Damasceno AOP, BiazioloCFB, MatioliGL,Vianna PC. Uso da pressureulcerscale for healing (PUSH) nas úlceras por pressão pela equipe de enfermagem. Revista qualidade HC [Internet]. 2011 Nov [citado 2018 Set 14];(2);183-8. Disponível em: www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/75/75.pdf
5. Neves RS, Shimizu HE. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. RevBrasEnferm, Brasília 2010 Mar/Abr; 63(2): 222-9.
6. Malaquias SG, Bachion MM, NakataniAYK. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. Cogitare. Enferm. [Internet]. 2008 [citado 2015 Mar 20]; 13(3):428-36. Disponível em: <http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2008/vol13/no3/14.pdf>
7. Lima MSFS, Carvalho ESS, Silva EA, Gomes WS, Passos SSS, Santos LM. Diagnósticos de enfermagem evidenciados em mulheres com feridas crônicas. Rev baiana enferm. [Internet]. 2012 Set/Dez [citado 2015 Mar 20];26(3):585-92. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/6740>DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v26i3.6740>

8. Eucerin [homepage na internet]. Entendendo a pele. Estrutura e funções da pele. [citado 2019 Jul 15]. Disponível em: <https://www.eucerin.com.br/sobre-pele/conhecimentos-basicos-sobre-a-pele/estruure-e-funcoes-da-pele>
9. Santos VS. Pele. [citado 2018Nov. 17]. Disponível em <https://brasilecola.uol.com.br/biologia/pele.htm>.
10. Geovanini T. Tratado de feridas e curativos - enfoque multiprofissional. São Paulo: Rideel; 2014. 512 p.
11. National Pressure Ulcer Advisory Panel. NPUAP; 2016 [citado 2019 Jan 6]. Disponível em: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-staging-illustrations/>.
12. Schmidt FMQ. Úlceras por pressão. [Foco] magazine 2014 [citado 2018 Nov. 17]. Disponível em: <http://www.focomagazine.com.br/materia/1566/uacutelceras-por-pressat>
13. Alderden J, Rondinelli J, Pepper G, Cummins M, Whitney J. Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2017 Jun;71:97-114. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.03.012
14. Franciele SP, JD Ribas, OBM da Silva, TS de Souza. Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Cogitareenferm. 2013 Abr/Jun; 18(2): 238-44.
15. Ubaldo I, Matos E, Salum NC. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com bases nos problemas, segundo teoria de Wanda Horta. CogitareEnferm. 2015 Out/Dez; 20(4): 687-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.40468>
16. Ramos APA, Oliveira CDB, Pereira JLF, França ISX. Diagnóstico de enfermagem em caso de lesão por pressão. In: Anais do 2. Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde; 2017 jun 14-16; Campina Grande, Brasil. Campina Grande: CONBRACIS; 2017. v. 1.
17. Alvim ALS. O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas Enferm. Foco 2013; 4(2): 140-1.

18. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. [NANDA International]. Trad. Regina Machado Garcez. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
19. Araújo TM, Araújo MF, Caetano IJA, Galvão MTG, Damaceno MMC. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2011 Jul-Ago [citado 2018 Jul 17];64(4):671-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a07v64n4.pdf>
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400007>
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 03/2017. Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de Saúde. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Nota+T%C3%A9cnica+GVIMS+GGTES+n%C2%BA+03-2017/54ec39f6-84e0-4cdb-a241-31491ac6e03e>
21. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. Rev Min Enferm. 2014 Jan/Mar; 18(1): 1-260. DOI:
<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
22. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2005 Out [citado 2019 Jan 17]; 13(5): 754-7. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500022&lng=en
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500022>
23. Associação Brasileira de Estomaterapia; Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia. Classificação das lesões por pressão - Consenso NPUAP 2016 - Adaptada culturalmente para o Brasil. Publicação oficial SOBEST/SOBENDE; 2016.
24. Moreira MF, Nóbrega MM, Silva MI. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. Rev. bras. enferm. 2003; 56(2):184-8.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000200015>
25. Joventino ES, Oriá MO, Sawada NO, Ximenes LB. Apparent and content validation of maternal self-efficiency scale for prevention of childhood diarrhea. Rev.

Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 Feb [cited 2018 Oct]; 21(1): 371-9. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100012&lng=en.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000100012>

26. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

27. Fehring RJ. The Fehring Model. In: Carrol-Johnson RM, Paquete M., editors. Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference. Philadelphia: JB Lippincott; 1994. p. 55-62.

28. Alexandre NMC, ColuciMZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 Jul [citado 2018 Out 05]; 16(7): 3061-8. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>

29. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res. 1986; 35(9):382-5.

30. TelesLM, Oliveira AS, Campos FC, Lima TM, Costa CC, Gomes LF, Oriá MO, Damasceno AK. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. RevEscEnferm USP. 2014; 48(6):977-84.