

Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão¹

Taline Bavaresco²
Amália de Fátima Lucena³

Objetivo: validar as intervenções da classificação de enfermagem NIC para o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada, em pacientes em risco de úlcera por pressão (UP). Método: a amostra foi composta por 16 enfermeiras experts. Os dados foram coletados em instrumento contendo a caracterização das participantes, além de uma tabela com as intervenções e a definição de cada uma delas, bem como uma escala Likert que foi pontuada pelas experts. Os dados foram analisados estatisticamente, utilizando-se cálculo de média ponderada (MP). O estudo foi aprovado em Comitê de Ética e Pesquisa (56/2010). Resultados: validaram-se nove intervenções como prioritárias (MP $\geq 0,80$), dentre elas prevenção de UP (MP=0,92); 22 como sugeridas (MP > 0,50 e < 0,80) e 20 foram descartadas (MP $\leq 0,50$). Conclusões: a prevenção da UP perpassa pela implementação de intervenções específicas e relacionadas aos fatores de risco ao desenvolvimento da lesão, com implicações na prática, ensino e pesquisa de enfermagem.

Descritores: Processos de Enfermagem; Úlcera de Pressão; Cuidados de Enfermagem; Estudos de Validação.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Validação de intervenções de enfermagem para o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada para pacientes em risco de Úlcera por Pressão", apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Apoio financeiro do Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brasil.

² MSc, Professor, Universidade de Caxias do Sul, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Nursing Intervention Classifications (NIC) validated for patients at risk of pressure ulcers

Objective: to validate the Nursing Intervention Classifications (NIC) for the diagnosis 'Risk of Impaired Skin Integrity' in patients at risk of pressure ulcers (PU). Method: the sample comprised 16 expert nurses. The data was collected with an instrument about the interventions and their definitions were scored on a Likert scale by the experts. The data was analyzed statistically, using the calculation of weighted averages (WA). The study was approved by the Research Ethics Committee (56/2010). Results: nine interventions were validated as 'priority' (WA ≥ 0.80), among them Prevention of PU (MP=0.92); 22 as 'suggested' (WA > 0.50 and < 0.80) and 20 were discarded (WA ≤ 0.50). Conclusions: the prevention of PU results from the implementation of specific interventions related to the risk factors for development of the lesion, with implications for nursing practice, teaching and research.

Descriptors: Nursing Process; Pressure Ulcer; Nursing Care; Validation Studies.

Intervenciones de la Clasificación de Enfermería NIC validadas para pacientes en riesgo de Úlcera por Presión

Objetivo: validar las intervenciones de la clasificación de enfermería NIC para el diagnóstico Riesgo de Integridad de la Piel Perjudicada en pacientes en riesgo de úlcera por presión (UP). Método: la muestra fue compuesta por 16 enfermeras experts. Los datos colectados en instrumento con las intervenciones, su definición y una escala Likert puntuada por las experts. Los datos analizados estadísticamente, utilizándose cálculo de media ponderada (MP). Estudio aprobado en Comité de Ética e Investigación (56/2010). Resultados: se validaron nueve intervenciones como prioritarias (MP $\geq 0,80$), entre ellas Prevención de UP (MP=0,92); 22 como sugeridas (MP $> 0,50$ $< 0,80$) y 20 fueron descartadas (MP $\leq 0,50$). Conclusiones: la prevención de la UP, pasa a través de la implementación de intervenciones específicas y relacionadas a los factores de riesgo al desarrollo de la lesión, con implicaciones a la práctica, enseñanza e investigación de enfermería.

Descriptores: Procesos de Enfermería; Úlcera de Presión; Cuidados de Enfermería; Estudios de Validación.

Introdução

O método que orienta o julgamento clínico e a tomada de decisão do enfermeiro é denominado processo de enfermagem (PE), sendo constituído pelas etapas de investigação (coleta de dados), diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, implementação de intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados apresentados pelo paciente, família ou comunidade diante das condutas adotadas⁽¹⁾.

Nas etapas referentes ao diagnóstico, à intervenção e ao resultado podem ser usados termos padronizados, descritos pelos sistemas de classificação, que apontam os fenômenos comuns na e para a prática clínica da enfermagem. Atualmente, os sistemas de classificação de linguagem mais conhecidos e utilizados, na realidade brasileira, são as taxonomias NANDA-*International* (NANDA-I)⁽²⁾, Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC⁻⁽³⁾ e Classificação dos Resultados de Enfermagem-NOC⁻⁽⁴⁾. Essas classificações favorecem a

comunicação e a documentação sistemática das ações da enfermagem, além de outros benefícios relacionados à prática clínica⁽³⁾.

Os cenários de cuidado, onde o PE e os sistemas de classificação podem ser aplicados, são diversos; diante disso, algumas especificidades necessitam ser mais bem exploradas. Um desses casos é o cenário da prevenção das úlceras por pressão (UP), as quais demandam preocupação da enfermagem e têm sido objeto de discussão, principalmente, no meio hospitalar. Contudo, a incidência de UP ainda permanece elevada e essas lesões são causa importante de morbimortalidade, afetando a qualidade de vida dos pacientes, além de gerarem custos aos serviços de saúde⁽⁵⁾.

A UP é uma lesão na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, devido à pressão que pode estar em combinação com cisalhamento e/ou fricção⁽⁵⁾. Dentre os fatores de risco que contribuem

para a exposição dos pacientes ao seu desenvolvimento se destacam: déficit de mobilidade e/ou sensibilidade, fricção e cisalhamento, edema, umidade, idade avançada, doenças sistêmicas, uso de alguns medicamentos como, por exemplo, corticoide, anti-inflamatório e antibiótico, deficiência nutricional, comprometimento neurológico e distúrbios metabólicos⁽⁵⁾.

A precoce e regular estratificação do risco para o desenvolvimento de UP que pode ser realizada com o uso de escalas, como a de Braden, sustenta a adoção de medidas preventivas para reduzir os fatores predisponentes à hipoperfusão tecidual, otimizar o estado geral e nutricional do indivíduo e favorecer os cuidados locais para com a pele⁽⁶⁾. Essa avaliação pode também subsidiar o estabelecimento de DE acurado, que embasará a seleção das intervenções de enfermagem para cada paciente, levando-se em conta os resultados esperados⁽³⁾.

Atualmente, o DE da NANDA-I que melhor traduz a situação de vulnerabilidade à UP é o Risco de Integridade da Pele Prejudicada (00047), encontrado no domínio 11, segurança/proteção, na classe 2 de lesão física. Para que esse DE possa ser identificado com maior acurácia, a NANDA-I orienta o uso de um instrumento padronizado de avaliação de risco⁽²⁾, que pode ser, por exemplo, a escala de Braden, que avalia o risco do indivíduo à UP. Todavia, o DE em questão não é específico para determinar o risco de UP, mas sim para qualquer risco à integridade da pele.

A NIC apresenta diversas possibilidades de intervenções para esse DE, porém, sem estudos de validação no cenário de cuidado a pacientes em risco para UP. Em recente busca em base de dados, utilizando-se os termos "*nursing interventions classification and validation study*" foram encontradas 35 publicações⁽⁷⁾, sendo quatro no Brasil. Nenhuma delas apresentou a UP como situação clínica em estudo, o que reforça a finalidade dessa investigação das intervenções de enfermagem para pacientes em risco de UP, tendo por base o proposto nas ligações entre NIC-NANDA-I. Essas ligações são definidas como a relação ou associação entre um DE da NANDA-I e uma intervenção de enfermagem da NIC, tendo por objetivo minimizar ou solucionar o problema em questão, nesse caso, a UP⁽³⁾.

Nas ligações da NIC com a NANDA-I, são apresentadas para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada 48 intervenções de enfermagem, sendo três prioritárias, 28 sugeridas e 17 adicionais optativas⁽⁸⁾. As prioritárias são as mais prováveis para a solução do problema. As sugeridas têm grande probabilidade de solucionar o DE e as adicionais optativas são aquelas que se aplicam

somente a alguns pacientes com o DE. Além dessas 48 intervenções, verificou-se a existência de outras intervenções de enfermagem no livro Ligações entre NANDA-I, NOC e NIC, para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada⁽⁹⁾.

Assim, considerando-se o capítulo de ligações NIC-NANDA-I e o proposto pelo livro Ligações entre NANDA-I, NOC e NIC, encontraram-se 51 intervenções de enfermagem passíveis de serem aplicadas a pacientes com o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada. Estas, entretanto, ainda não validadas no cenário de cuidado a pacientes em risco de UP. Então, considerando-se a importância de se aprofundar o conhecimento sobre as intervenções preventivas à UP e de se aprimorar a aplicabilidade da NIC, desenvolveu-se este estudo, que teve como objetivo validar o conteúdo das intervenções de enfermagem para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, para pacientes adultos em risco de úlcera por pressão, a partir da ligação NIC-NANDA-I.

Método

Este é um estudo de validação de conteúdo, realizado no período de março de 2010 a dezembro de 2011, em dois hospitais universitários brasileiros, um na Região Sul e outro na Região Sudeste do país. A amostra constou de 16 enfermeiras *experts**, pertencentes a grupos de estudos e pesquisa na área do cuidado de enfermagem com a pele, nesses dois hospitais.

Os critérios de inclusão das mesmas foram: participar ou ter participado do grupo de estudo no cuidado com a pele e feridas, por, pelo menos, um ano; ter prática clínica no cuidado com a pele, especificamente no cuidado a pacientes em risco de UP; conhecer e/ou utilizar o processo de enfermagem e os sistemas de classificação de termos padronizados de enfermagem (NANDA-I e NIC) e utilizar protocolo de prevenção e tratamento para UP, com aplicação da escala de Braden como instrumento preditor de risco para esse agravo.

A coleta de dados foi realizada com instrumento construído com base nas ligações existentes entre NIC-NANDA-I e entregue pela pesquisadora às participantes por meio de correio eletrônico, criado para o estudo. Antes disso, houve contato presencial entre a pesquisadora e representantes dos grupos que compuseram a amostra, para apresentar os objetivos do estudo.

O instrumento de coleta de dados continha dados para caracterização das participantes, além de uma tabela de seis colunas, constando na primeira coluna o título e a definição de cada uma das 51 intervenções NIC,

Expert – pessoa que tem habilidade ou prática especial, sendo considerada um perito ou experto em determinada área, o que lhe permite participar de estudos de validação na qualidade de juiz⁽¹⁰⁾.

submetidas à validação. As demais colunas continham uma Escala Likert de 1 a 5 pontos, em que as *experts* atribuíam uma nota baseada na avaliação do nível de conteúdo de cada intervenção que havia sido utilizado para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, especificamente para pacientes em risco para UP. As enfermeiras *experts* pontuaram da seguinte maneira: 1=não utilizada; 2=muito pouco utilizada; 3=de algum modo utilizada; 4=consideravelmente utilizada e 5=muito utilizada. Junto ao instrumento também foram enviadas às participantes orientações relativas ao seu preenchimento e devolução.

A análise dos dados foi realizada de forma estatística, considerando-se a nota atribuída pelas *experts* para cada intervenção⁽¹¹⁾. Calculou-se a média ponderada das notas, atribuindo-se os seguintes pesos⁽¹¹⁾: 1=0; 2=0,25; 3=0,50; 4=0,75 e 5=1. Esse cálculo definiu as intervenções prioritárias, ou seja, as com média ponderada $\geq 0,80$; as intervenções sugeridas, que obtiveram médias $>0,50$ e $<0,80$ e as descartadas, com médias $\leq 0,50$.

O projeto foi aprovado por uma Comissão de Pesquisa (56/2010) e pelo Comitê de Ética das instituições envolvidas (110028), atendendo todos os princípios éticos pertinentes à investigação.

Resultados

A amostra se constituiu de 16 enfermeiras *experts* formadas havia um tempo mediano de 104,5 (14-320) meses e com participação em grupo de estudo sobre pele e feridas de 33,5 (12-144) meses. Houve predomínio do título de especialista em 7 (43,75%) casos, seguido por 4 (25%) doutoras. A área de atuação profissional atual prevalente foi a clínica assistencial com 13 (81,25%) enfermeiras.

Quanto à participação das *experts* em eventos sobre a temática do processo de enfermagem, 10 (62,5%) delas realizaram até 10 horas de atividade, enquanto na temática sobre úlcera por pressão 6 (37,5%) tiveram mais de 40 horas de atividades. Sete (43,75%) *experts* participaram tanto de eventos sobre PE como de UP. Identificou-se, também, que 7 (43,75%) enfermeiras publicaram até 10 artigos, 3 (18,75%) são autoras de pelo menos um capítulo e/ou livro sobre a temática em estudo e 5 (31,25%) publicaram até 10 trabalhos em anais de congressos.

Como resultados da validação de conteúdo das 51 intervenções de enfermagem NIC, para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada em pacientes com risco para UP, obtiveram-se 9 (17,6%) intervenções validadas como prioritárias, com média ponderada $\geq 0,80$; 22 (43,1%) como sugeridas, com média ponderada $>0,50$ e $<0,80$, e 20 (39,3%) descartadas, por apresentarem média ponderada

$\leq 0,50$. As nove intervenções de enfermagem validadas como prioritárias estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Intervenções de enfermagem validadas como prioritárias, para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre, RS, Brasil, 2012

Intervenções validadas como prioritárias (n=51)	Média ponderada
Prevenção de úlceras de pressão (3540)*	0,92
Controle da pressão (3500)*	0,89
Supervisão da pele (3590)*	0,89
Banho (1610)†	0,87
Cuidados da pele: tratamentos tópicos (3.584) ‡	0,86
Monitorização de sinais vitais (6680) †	0,84
Cuidados na incontinência urinária (0610) §	0,82
Posicionamento (0840) ‡	0,80
Terapia nutricional (1120) †	0,80
Total	9 (17,6%)

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

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

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

§Intervenção de enfermagem descrita como adicional optativa no livro Ligações entre NANDA, NOC e NIC.

As 22 intervenções validadas como sugeridas, com média ponderada $>0,50$ e $<0,80$, estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Intervenções de enfermagem validadas como sugeridas, para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre, RS, Brasil, 2012

Intervenções validadas como sugeridas (n=51)	Média ponderada
Controle da nutrição (1100)	0,78
Supervisão (6650)*	0,77
Cuidados com o repouso no leito (0740)	0,77
Cuidado com lesões (3660)*	0,77
Proteção contra infecção (6550)*	0,75
Cuidados na incontinência intestinal (0410)	0,75
Controle de infecção (6540)*	0,75
Imobilização (0910)*	0,70
Administração de nutrição parenteral total (NPT) (1200)	0,70
Terapia com exercícios: deambulação (0221)*	0,69
Precauções circulatórias (4070)*	0,69
Posicionamento: cadeira de rodas (0846)	0,69
Precauções contra sangramento (4010)	0,67
Cuidados com próteses (1780)	0,66
Cuidados com a tração/imobilização (0940)*	0,64
Cuidados com o períneo (1750)	0,62
Controle da diarreia (0460)	0,62
Assistência no autocuidado: banho/higiene (1801)	0,62
Posicionamento: transoperatório (0842)*	0,59

(continua...)

Tabela 2 - *continuação*

Intervenções validadas como sugeridas (n=51)	Média ponderada
Assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário (1804)	0,55
Cuidados com ostomias (0480)*	0,53
Cuidados com local de incisão (3440)*	0,53
Total	22 (43,1%)

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

Vinte intervenções foram descartadas no estudo, com média ponderada $\leq 0,50$ (Tabela 3).

Tabela 3 - Intervenções de enfermagem descartadas, para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, no cenário de cuidado de pacientes em risco de UP. Porto Alegre/RS, 2012

Intervenções descartadas (n=51)	Média ponderada
Monitorização das extremidades inferiores (6680)	0,50
Cuidados com aparelho gessado: manutenção (0762)	0,50
Controle hidroeletrólítico (2080)	0,50
Cuidados com aparelho gessado: úmido (0764)	0,48
Cuidado com os pés (1660)	0,47
Controle de eletrólitos (2000)	0,47
Administração de medicamentos: tópica (2316)	0,47
Promoção do exercício (0200)	0,45
Cuidados na amputação (3420)	0,45
Terapia com exercícios: mobilidade articular (0224)	0,44
Controle de medicamentos (2380)	0,44
Ensino: cuidado com os pés (5603)	0,42
Promoção do exercício: treino para fortalecimento (0201)	0,37
Terapia com exercícios: controle muscular (0226)	0,36
Massagem (1480)	0,36
Promoção do exercício: alongamento (0202)	0,34
Terapia com exercícios: equilíbrio (0222)	0,31
Cuidado com as unhas (1680)	0,31
Precauções no uso de artigos de látex (6570)	0,23
Conduta no prolapso retal (0490)	0,23
Total	20 (39,3%)

Discussão

A seleção das enfermeiras *experts* foi norteada pela busca de profissionais com experiência na prática clínica assistencial, em dois hospitais universitários, reconhecidos no Brasil pela sua excelência no cuidado da saúde, no ensino e na pesquisa. Assim, as participantes apresentaram número significativo de publicação científica e cursos realizados sobre o PE e sobre UP, o que demonstra conhecimento técnico-científico e fortalece a fidedignidade dos resultados deste estudo de validação de conteúdo.

Nove intervenções de enfermagem NIC, para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada em pacientes em risco para UP, dentre as 51 estudadas, foram validadas como prioritárias. Dentre essas, estão as três (*prevenção de úlceras de pressão, controle de pressão, supervisão da pele*) que são apontadas pela ligação NIC-NANDA-I como prioritárias para o DE em estudo. A importância desse dado é corroborada pela literatura, que demonstra a necessidade dessas intervenções para auxiliar na minimização precoce dos fatores de risco à UP, com destaque para o controle das fontes de pressão e supervisão constante da pele⁽¹²⁻¹⁴⁾.

As intervenções *cuidados da pele: tratamentos tópicos e posicionamento*, no presente estudo validadas como prioritárias, são apresentadas como sugeridas na ligação NIC-NANDA-I. Salienta-se que o uso de produtos aplicados na via tópica podem alterar ou manter a integridade da pele e que, atualmente, existem diversos dispositivos para isso, com o fim de se evitar o desenvolvimento da UP⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Todavia, requerem avaliação constante por parte da enfermagem⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

A UP pode se originar de um posicionamento inadequado do paciente e/ou pela sua longa permanência em uma mesma posição, o que favorece a pressão sobre áreas do corpo. Isso demanda intervenção no sentido de (re)posicionar uma ou mais áreas do corpo em contato com uma superfície dura, como o colchão e/ou cadeira, pois a mobilização do paciente, com frequência, é medida de prevenção para evitar, reduzir e/ou controlar a ocorrência de UP⁽¹⁶⁾. As mudanças de posição do paciente sejam no leito ou na cadeira e o uso de dispositivos adequados que aliviem a pressão são essenciais à prevenção da UP, pois auxiliam na interrupção do processo de hipóxia celular local, que interfere diretamente no surgimento da lesão⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

As intervenções *banho, monitorização dos sinais vitais e terapia nutricional* também foram validadas como prioritárias neste estudo. Entretanto, são consideradas adicionais optativas na ligação NIC-NANDA-I, para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada. A intervenção *banho* reporta ao cuidado de higienização da pele, que deve estar limpa, sem umidades e suficientemente hidratada para diminuir o risco de UP e da invasão de patógenos⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Além disto, no banho, a enfermagem pode supervisionar a condição de integridade da pele e proporcionar alívio das fontes de pressão, estimulando a circulação e reposicionando o paciente.

Reconhece-se, também, a importância da *monitorização dos sinais vitais* na avaliação da condição circulatória e da temperatura da pele, o que pode subsidiar o enfermeiro para realizar um diagnóstico de risco como o estudado. De modo semelhante, a avaliação

do estado nutricional desses pacientes é importante, pois determinará a necessidade da intervenção validada *terapia nutricional*, para manter o organismo com adequado aporte nutricional e, assim, facilitar a sua capacidade de manter a integridade da pele, além de favorecer a regeneração e o processo de cicatrização da mesma^(16,20).

A intervenção *Cuidados na incontinência urinária*, apresentada como adicional optativa, para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, no livro *Ligações entre NANDA-I, NOC e NIC*⁽⁹⁾, também foi validada como prioritária. É conhecido que um dos determinantes da UP é a umidade da pele, condição que a torna mais fragilizada e suscetível ao atrito e maceração. A umidade, seja advinda de produtos ou das secreções e fluidos fisiológicos, causa amolecimento e maceração da pele, com redução de sua força tensiva, tornando-a fragilizada à compressão, fricção e cisalhamento, além de propiciar crescimento de microrganismos que prejudicam a sua integridade⁽²⁰⁾.

Todas as intervenções validadas como prioritárias, portanto, são aplicáveis às condições clínicas que interferem na manutenção da integridade da pele e podem minimizar o risco para UP. As diferenças encontradas no estudo em relação ao nível de ligação entre as intervenções NIC com o DE da NANDA-I se justificam, visto que a NIC aponta intervenções associadas a um DE, porém, reforça que as mesmas não são prescritivas, mas sim que dependem do julgamento do enfermeiro sobre a condição apresentada pelo indivíduo⁽³⁾. Somado a isso, os estudos de validação buscam identificar, em um conjunto de intervenções, as que são mais adequadas para o cuidado de pacientes em uma determinada situação clínica, como, por exemplo, a de risco para UP⁽²¹⁾. Neste estudo se validaram as intervenções para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, no cenário de cuidado a pacientes em risco de UP e não para outros tipos de risco de lesão à pele.

Os resultados deste estudo também podem ser relacionados às seis subescalas que compõem a escala de Braden, as quais avaliam a percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. As alterações, quando identificadas, indicam a necessidade de intervenções como as validadas, uma vez que previnem e/ou tratam as situações que favorecem o desenvolvimento da UP^(12-13,20).

O número de nove intervenções de enfermagem validadas como prioritárias ao cuidado de pacientes em risco para UP foi maior do que o apresentado nesse nível, no capítulo de ligações de intervenções NIC com o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada. Esses resultados reforçam a especificidade do cuidado a essa situação clínica que, por si só, já aponta também a necessidade de um DE específico que poderia ser denominado Risco para Úlcera por Pressão⁽²²⁾.

Em relação às 22 (43,1%) intervenções validadas como sugeridas, 11 (50%) delas também são assim consideradas pela NIC, no seu capítulo de ligações. Esse conjunto de intervenções corrobora a preocupação dos enfermeiros em relação ao controle da nutrição, o cuidado com lesões, a importância da assistência do autocuidado, proteção e controle da infecção, que são fatores contribuintes ao surgimento da UP⁽²³⁾.

Vinte (39,3%) intervenções de enfermagem, dentre as 51 submetidas ao estudo, foram descartadas, de onde se infere que tenha ocorrido em função da especificação do tipo de paciente considerado em risco para UP, e não com outros fatores que pudessem levar ao estabelecimento do DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada. Essa ideia é reforçada pelo fato de que algumas das intervenções descartadas se referiam à terapia com exercícios, cuidados na amputação, mobilidade articular, com os pés e unhas, sendo aplicáveis a outros cenários de cuidado. Também é possível que algumas delas possam ser utilizadas no cuidado a pacientes em risco para UP, entretanto, em menor escala, pois como já se referiu anteriormente, assim como a NIC não apresenta caráter prescritivo de suas intervenções, este estudo também não tem essa pretensão.

Destaca-se, mais uma vez, que o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada é amplo e abrange outras situações de vulnerabilidade à integridade da pele, deixando dúvidas sobre a sua acurada aplicabilidade em determinadas situações como a de risco para UP. Assim, os resultados da validação das intervenções NIC para esse DE, considerando-se a especificidade do cuidado ao paciente em risco para UP, também pode auxiliar no estabelecimento do mesmo com maior discernimento, além de auxiliar na sua prevenção e tratamento⁽²⁴⁾.

Assim, entende-se que os resultados do estudo favorecem o conhecimento das classificações NANDA-I e NIC, principalmente da última, que apresenta intervenções que favorecem a comunicação, o registro e a implementação de ações sistemáticas e contínuas na enfermagem.

Conclusões

Concluiu-se que nove, dentre as 51 intervenções propostas pela NIC para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, a partir da ligação NIC-NANDA-I, são consideradas prioritárias para pacientes adultos em risco de úlcera por pressão: *prevenção de úlceras de pressão, controle da pressão, supervisão da pele, banho, cuidados da pele: tratamentos tópicos, monitorização dos sinais vitais, cuidados na incontinência urinária*,

posicionamento e terapia nutricional. Essas intervenções foram consideradas aplicáveis à prevenção da UP, as quais podem ser utilizadas dependendo da situação clínica evidenciada, dos conhecimentos e habilidades dos profissionais da enfermagem, que prestam assistência contínua aos pacientes, intervindo nos fatores de risco para o desenvolvimento da UP.

Também se constatou que o uso de instrumentos preditivos de risco, como a escala de Braden, são importantes no direcionamento do DE, que embasa o plano de ações do enfermeiro, para se obter resultados positivos à prevenção da UP. Como fator limitante do estudo, cita-se o número reduzido de publicações semelhantes, para auxiliar na comparação e discussão dos resultados obtidos.

As implicações desta pesquisa estão voltadas ao avanço do conhecimento da prática assistencial da enfermagem, pois validou intervenções prioritárias ao cuidado dos pacientes em risco para UP. Também traz implicações positivas para o ensino, pois seus resultados podem facilitar a aproximação entre teoria e prática. Favorecem, ainda, a tomada de decisão e o raciocínio clínico dos estudantes e profissionais, habilidades fundamentais à aplicação do PE. De maneira semelhante, acarreta implicações para a pesquisa de enfermagem, pois, a partir desses resultados outros estudos podem ser impulsionados como os de validação clínica das intervenções e desenvolvimento de novos DEs.

Agradecimentos

Agradecemos à aluna do curso de graduação em enfermagem e bolsista de iniciação científica - Priscila Eugênio Fortes -, por sua colaboração na apresentação de parte do estudo em um evento científico internacional.

Referências

- Almeida MA, Lucena AF. O processo de enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC. In: Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MC. *Processo de Enfermagem na Prática Clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 23-40.
- NANDA - International. *Nursing diagnoses: definitions & classification 2012-2014*. Philadelphia: Wiley-Blackwell; 2012. 568 p.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Classificação das intervenções de enfermagem – NIC*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 944 p.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. *Classificação dos resultados de enfermagem – NOC 4ªed*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 936 p.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). [Internet]. Washington (EUA). [acesso 10 out 2011]. Disponível em: <http://www.npuap.org>.
- Magnan MA, Maklebust J. Braden Scale risk assessments and pressure ulcer prevention planning: what's the connection? *J Wound Ostomy Continece Nurs*. 2009;36(6):622-34.
- Gopubmed. [Internet]. 2011 [acesso 28 nov 2011]. Disponível em: <http://www.gopubmed.com>.
- Dochterman JM, Bulechek GM. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 988 p.
- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M. *Ligações entre: NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 704 p.
- Galdeano LE, Rossi LA. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2006;5(1):60-6.
- Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. *Heart & Lung: J Acute Crit Care*. 1987;16(6):625-9.
- Bavaresco T, Medeiros RH, Lucena AF. Implantação da Escala de Braden em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(4):703-10.
- 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*. [periódico na Internet]. 2011; [acesso 6 julho 2012]; 19(3):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_11.pdf
- Menegon DB, Pereira AG, Santos CT, Heckler S. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas do Sistema Tegumentar. In: Silva ERR da, Lucena AF. *Diagnósticos de Enfermagem com base em sinais e sintomas*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 259-82.
- Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostas por enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(11):223-8.
- Paiva LC. Úlcera de pressão em pacientes internados em um hospital universitário em Natal/RN: condições predisponentes e fatores de risco [dissertação de mestrado]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008. 99 p.
- Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet]. 2010;[acesso 6 jan 2011]; 18(6):[10 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_22.pdf

18. Goulart FM, Ferreira JA, Santos KAA, Morais VM, Freitas Filho GA. Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura. Rev Objetiva. 2008;4:85-97.
19. Baumgarten M, Margolis D, Orwiq D, Hawkes W, Rich S, Langenberg P, et al. Use of Pressure-Redistributing Support Surfaces Among Elderly Hip Fracture Patients Across the Continuum of Care: Adherence to Pressure Ulcer Prevention Guidelines. Gerontologist. 2010;50(2):253-62.
20. Serpa LF, Santos VLCG, Campanili TCGF, Queiroz M. Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in Critical Care Patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(1):50-7.
21. Crossetti MGO, Antunes GSM, Tanccini T. Validação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. In: Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MCR. Processo de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 89-99.
22. Santos CT, Lucena AF, Almeida MA, Oliveira MC. Risco para úlcera por pressão: um novo diagnóstico de enfermagem. In: Almeida MA, organizadora. 6. Simpósio do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; 25-26 junho 2012; Porto Alegre: HCPA; 2012. p. 53.
23. Souza AC, Pereira KC, Gama FN. O processo do cuidar: profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento da úlcera de pressão. Rev EnfermIntegrada. 2010;1(3):369-80.
24. Rogenski NMB, Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [periódico na Internet]. 2012;[acesso 10 jun 2012]; 20(2):[07 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000200016&script=sci_arttext&tlng=pt

Recebido: 27.8.2012

Aceito: 31.10.2012

Como citar este artigo:

Bavaresco T, Lucena AF. Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dez. 2012 [acesso/em: ____/____/____];20(6):[08 telas]. Disponível em: _____

URL

dia
ano
mês abreviado com ponto