

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DANIELLE MARTINS DO NASCIMENTO OLIVEIRA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DA CIPE® PARA A
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA PESSOA COM LESÃO POR PRESSÃO**

**JOÃO PESSOA - PB
2020**

DANIELLE MARTINS DO NASCIMENTO OLIVEIRA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DA CIPE® PARA A
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA PESSOA COM LESÃO POR PRESSÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teórico- Filosóficos do Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Marta Miriam Lopes Costa

**JOÃO PESSOA - PB
2020**

D185c Danielle Martins do Nascimento Oliveira.

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DA CIPE® PARA A
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA PESSOA COM LESÃO POR PRESSÃO
/ Danielle Martins do Nascimento. - João Pessoa, 2020.
174 f. : il.

Orientação: Marta Miriam Costa.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Lesão por pressão. 3. Cuidados de
Enfermagem. 4. Protocolo. 5. Estudo de Validação. I.
Costa, Marta Miriam. II. Título.

UFPB/BC

DANIELLE MARTINS DO NASCIMENTO OLIVEIRA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DA CIPE® PARA A
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA PESSOA COM LESÃO POR PRESSÃO**

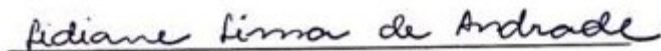
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde
da Universidade Federal da Paraíba como
requisito parcial para obtenção do título de
Doutor em Enfermagem, área de concentração:
Cuidado em enfermagem e saúde.

Aprovada em: __02__ / __04__ / __2020__

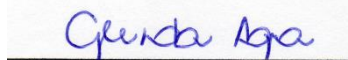
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Marta Miriam Lopes Costa- Presidente
Universidade Federal da Paraíba



Prof^ª. Dr^ª. Lidiane Lima de Andrade- Membro Externo
Universidade Federal de Campina Grande



Prof^ª. Dr^ª. Glenda Agra- Membro Externo
Universidade Federal de Campina Grande

Prof^ª. Dr^ª. Jacira dos Santos Oliveira- Membro Interno
Universidade Federal da Paraíba

Prof^ª. Dr^ª. Kátia Neyla de Freitas Macedo- Membro Interno
Universidade Federal da Paraíba

Prof^ª. Dr^ª. Kenya de Lima Silva- Suplente Interno
Universidade Federal da Paraíba

Prof^ª. Dr^ª. Francisco Stelio de Sousa- Suplente Externo
Universidade Federal de Campina Grande

*Aos meus filhos, **Yasmin e Levi**, minha fonte inesgotável de amor.*

Dedico.

AGRADECIMENTOS

*À **DEUS**, por ter me dado força e saúde para lutar pelos meus objetivos. Obrigada, Senhor, por estar sempre ao meu lado, fortalecendo-me e iluminando o meu caminho.*

*Aos meus pais, **Mario Henrique e Maria Rosimar**, pelo apoio, torcida e por estarem sempre presentes.*

*Aos meus queridos irmãos, **Fabio e Samara**, pelo apoio oferecido e estarem presentes na minha vida.*

*À minha ilustríssima orientadora a **Dra. Marta Miriam Lopes Costa**, pela acolhida, carinho, dedicação, apoio, incentivo, por suas atenciosas e valiosas orientações. Admiro sua força, conhecimento e dedicação à enfermagem. Muito obrigada por ter contribuído com o meu crescimento moral, profissional e humano.*

*Aos meus filhos queridos, **Yasmin e Levi**, presentes de Deus, semente do amor e luz na minha vida. Obrigada meu Deus por ter me dado tamanha graça!*

*Ao meu esposo **Werton**, por estar ao meu lado dando-me amor, apoio e carinho, e por ser meu grande incentivador e por sempre acreditar em mim.*

*À **Lidiane**, que tanto me incentivou e apoiou para que eu não desistisse, todo meu carinho e respeito a você minha amiga.*

*À **Banca examinadora** que com zelo e dedicação contribuiu para o desenvolvimento deste trabalho, com sugestões valiosas.*

*Aos **docentes** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que contribuíram para a minha formação acadêmica, profissional e pessoal. Aos funcionários do PPGENF, **Nathaly e Seu Ivan** que com muita atenção e profissionalismo sempre nos recebe e atende nossas demandas.*

*Aos **enfermeiros docentes e assistenciais** pela participação no estudo contribuindo de maneira valiosa na obtenção dos resultados deste estudo.*

*Ao **grupo de estudos em feridas**, pelos momentos compartilhados de aprendizado no nosso dia-a-dia, pelo carinho, pelo incentivo nas horas difíceis, pelas conversas e experiências trocadas.*

*A todos os **amigos**, que sempre estiveram ao meu lado, ajudando, apoiando, conversando, torcendo, partilhando. Obrigada por tudo!*

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a minha formação profissional e na construção deste trabalho.

Meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

OLIVEIRA, Danielle Martins do Nascimento. **Construção e validação de protocolo da CIPE® para a prevenção e tratamento da pessoa com lesão por pressão**. 2020. 174f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

Introdução: As lesões por pressão são consideradas um problema de saúde pública, devido à sua alta incidência. **Objetivo:** Validar um Protocolo da CIPE® construído para prevenção e tratamento de pessoas com lesões por pressão à luz do modelo teórico de Horta. **Método:** Tratou-se de uma pesquisa metodológica de caráter quali-quantitativa, realizada em quadro etapas: 1) revisão integrativa e mapeamento dos termos com a CIPE® 2017, 2) validação de conteúdo das intervenções de enfermagem com os enfermeiros especialistas, 3) elaboração do fluxograma de utilização do protocolo, e 4) estruturação do protocolo da CIPE® para prevenção e tratamento das lesões por pressão. Da primeira etapa, foram extraídos 31 artigos, e identificadas 74 intervenções de enfermagem. Essas intervenções formaram mapeadas com a CIPE 2017 e classificadas como igual, similar, mais abrangente, mais restrita e não existe concordância. O instrumento foi estruturado e enviado para realizar a validação de conteúdo por 30 enfermeiros especialistas, com intuito de avaliar se eram aplicáveis ou não à prevenção e tratamento de pessoas com lesão por pressão. A coleta de dados ocorreu de novembro de 2018 a maio de 2019. A análise dos dados foi realizada utilizando o pacote estatístico R. As intervenções consideradas aplicáveis foram aquelas que atingiram na validação o Índice de Validade de Conteúdo maior ou igual a 0,80, p-valor menor ou igual a 0,05 e *Alfa de Cronbach* acima de 0,80. Este estudo, antes de ser iniciado, foi apreciado pelo CEP/HULW/UFPB e aprovado pelo CAAE 96366318.8.0000.5183, sob parecer nº. 2.965.744. **Resultados:** Evidenciou-se com a análise estatística que 93,67% dos enunciados de intervenções de enfermagem tiveram o Índice de Validação de Conteúdo superior a 80%, o p-valor para o teste da igualdade da proporção foi inferior a 0,05 e altos níveis do alfa de *Cronbach*. Cinco intervenções 6,33% tiveram o Índice de Validade de Conteúdo inferior a 80%, portanto, foram retiradas do instrumento. Foi elaborado um fluxograma de atendimento e estruturado o protocolo com 74 intervenções de enfermagem consideradas aplicáveis na prevenção e tratamento das pessoas com lesão por pressão. **Conclusão:** Os achados deste estudo fortalecerão a prática clínica, o ensino e a comunidade científica na prevenção e tratamento da pessoa com lesões por pressão.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Lesão por pressão. Cuidados de Enfermagem. Protocolo. Estudo de Validação.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Danielle Martins do Nascimento. **Construction and validation of the ICNP® protocol for the prevention and treatment of people with pressure injury**. 2020. 174f. Thesis (Doctorate in Nursing). Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2020.

Introduction: Pressure injuries are considered a public health problem, due to their high incidence. **Objective:** To validate a CIPE® Protocol built for the prevention and treatment of people with pressure injuries in the light of the theoretical model of Horta. **Method:** It was a qualitative and quantitative methodological research, carried out in the following stages: 1) integrative review and mapping of terms with ICNP® 2017, 2) content validation of nursing interventions with specialist nurses, 3) preparation of the flowchart for using the protocol, and 4) structuring of the ICNP® protocol for the prevention and treatment of pressure injuries. From the first stage, 31 articles were extracted, and 74 nursing interventions were identified. These interventions were mapped with CIPE 2017 and classified as equal, similar, more comprehensive, more restricted and there is no agreement. The instrument was structured and sent to perform content validation by 30 specialist nurses, in order to assess whether or not they were applicable to the prevention and treatment of people with pressure injuries. Data collection took place from November 2018 to May 2019. Data analysis was performed using the statistical package R. The interventions considered applicable were those that reached the Content Validity Index greater than or equal to 0.80 in the validation, p-value less than or equal to 0.05 and Cronbach's alpha above 0.80. This study, before being started, was assessed by CEP / HULW / UFPB and approved by CAAE 96366318.8.0000.5183, under opinion no. 2,965,744. **Results:** It was evidenced with the statistical analysis that 93.67% of the statements of nursing interventions had a Content Validation Index greater than 80%, the p-value for the proportion equality test was less than 0.05 and high levels of Cronbach's alpha. Five 6.33% interventions had a Content Validity Index below 80%, therefore, they were removed from the instrument. A care flow chart was elaborated and the protocol was structured with 74 nursing interventions considered applicable in the prevention and treatment of people with pressure injuries. **Conclusion:** The findings of this study will strengthen clinical practice, teaching and the scientific community in the prevention and treatment of people with pressure injuries.

Keywords: Nursing. Pressure injury. Nursing care. Protocol. Validation Study.

RESUMEN

OLIVEIRA, Danielle Martins do Nascimento. **Construcción y validación del protocolo ICNP® para la prevención y el tratamiento de personas con lesiones por presión.** 2020. 174f. Tesis (Doctorado en Enfermería). Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, Joao Pessoa, 2020.

Introducción: Las lesiones por presión se consideran un problema de salud pública, debido a su alta incidencia. **Objetivo:** Validar un protocolo CIPE® creado para la prevención y el tratamiento de personas con lesiones por presión a la luz del modelo teórico de Horta. **Método:** Fue una investigación metodológica cualitativa y cuantitativa, realizada en las siguientes etapas: 1) revisión integradora y mapeo de términos con ICNP® 2017, 2) validación de contenido de intervenciones de enfermería con enfermeras especializadas, 3) preparación del diagrama de flujo para usar el protocolo, y 4) estructuración del protocolo ICNP® para la prevención y el tratamiento de lesiones por presión. Desde la primera etapa, se extrajeron 31 artículos y se identificaron 74 intervenciones de enfermería. Estas intervenciones se mapearon con CIPE 2017 y se clasificaron como iguales, similares, más completas, más restringidas y no hay acuerdo. El instrumento fue estructurado y enviado para realizar la validación del contenido por 30 enfermeras especializadas, con el fin de evaluar si eran aplicables o no a la prevención y el tratamiento de personas con lesiones por presión. La recopilación de datos se realizó entre noviembre de 2018 y mayo de 2019. El análisis de datos se realizó utilizando el paquete estadístico R. Las intervenciones consideradas aplicables fueron aquellas que alcanzaron un Índice de validez de contenido mayor o igual a 0,80 en la validación. valor p menor o igual a 0.05 y alfa de Cronbach por encima de 0.80. Este estudio, antes de comenzar, fue evaluado por CEP / HULW / UFPB y aprobado por CAAE 96366318.8.0000.5183, según la opinión no. 2.965.744. **Resultados:** Del análisis estadístico resultó evidente que el 93,67% de las declaraciones de intervenciones de enfermería tenían un índice de validación de contenido superior al 80%, el valor p para la prueba de igualdad de proporciones era inferior a 0,05 y altos niveles de alfa de Cronbach. Cinco intervenciones del 6,33% tenían un índice de validez de contenido inferior al 80%, por lo tanto, se eliminaron del instrumento. Se elaboró un diagrama de flujo de atención y el protocolo se estructuró con 74 intervenciones de enfermería consideradas aplicables en la prevención y el tratamiento de personas con lesiones por presión. **Conclusión:** Los resultados de este estudio fortalecerán la práctica clínica, la enseñanza y la comunidad científica en la prevención y el tratamiento de personas con lesiones por presión.

Palabras clave: Enfermería. Lesiones por presión. Atención de enfermería. Protocolo Estudio de validación.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|-----|
| Figura 1 - Relação entre os conceitos do Modelo conceitual de Horta..... | 48 |
| Figura 2 – Modelo esquemático das etapas operacionais da pesquisa..... | 55 |
| Figura 3 - Fluxograma da seleção dos estudos..... | 58 |
| Figura 4 - Pirâmide do nível de evidências..... | 68 |
| Figura 5 - Fluxograma de operacionalização do protocolo da CIPE® para prevenção e tratamento de pessoas com risco ou com LP..... | 104 |
| Gráfico 1 - Percentual de concordância entre os experts dos itens do instrumento..... | 109 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 01 - Apresentação dos artigos da amostra..... | 72 |
| Quadro 02 - Mapeamento das intervenções de enfermagem para prevenção e tratamento de pessoas com lesão por pressão encontradas na literatura com os conceitos da CIPE® 2017..... | 75 |
| Quadro 03 - Sugestões dos especialistas acerca das intervenções de enfermagem para a pessoa com LP..... | 91 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1- Características demográficas dos especialistas que participaram do processo de validação das afirmativas de intervenções de enfermagem para pessoas com lesão por pressão..... | 82 |
| Tabela 2- Pontuação dos experts que participaram do processo de validação do instrumento..... | 84 |
| Tabela 3- Medida de fidedignidade Alpha de <i>Cronbach</i> , número especialistas concordantes, Índice de Validação de Conteúdo (IVC), Porcentagem de concordância (PC) e P-Valor das Intervenções de enfermagem da CIPE® 2017 validadas..... | 85 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------------------|---|
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CIPE [®] | Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| CVI | <i>Content Validity Index</i> |
| ICI | <i>Interrater Agreement</i> |
| IVC | Índice de validade de conteúdo |
| IMC | Índice de massa corporal |
| IE | Intervenções de enfermagem |
| IRA | Índice de Concordância Interavaliadores |
| LP | Lesões por Pressão |
| NHB | Necessidades Humanas Básicas |
| NPUAP | <i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i> |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PC | Porcentagem de concordância |
| PBE | Prática Baseada em Evidências |
| PNPCIRAS | Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SNVS | Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de consentimento livre esclarecido |
| UTI | Unidades de Terapia Intensiva |
| VC | Validação de conteúdo |
| VI | Validade de um instrumento |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| | APRESENTAÇÃO | 14 |
| 1 | INTRODUÇÃO | 18 |
| 1.1 | Contextualização da temática | 19 |
| 1.2 | Relevância do estudo | 25 |
| 2 | OBJETIVOS | 28 |
| 2.1 | Objetivo Geral | 29 |
| 2.2 | Objetivos Específicos | 29 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA- LESÃO POR PRESSÃO: o estado da arte | 30 |
| 3.1 | Aspectos conceituais e epidemiológicos das lesões por pressão | 31 |
| 3.2 | Cuidado de enfermagem para prevenir as lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas | 32 |
| 4 | REFERENCIAL TEÓRICO | 38 |
| 4.1 | Teorias e Modelos conceituais na Enfermagem | 39 |
| 4.2 | Modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas de Horta | 41 |
| 4.3 | Modelo teórico baseado nas Necessidades Humanas Básicas voltadas para prevenção de lesão por pressão e tratamento de pessoas acometidas por elas | 49 |
| 5 | PERCURSO METODOLÓGICO | 51 |
| 5.1 | Considerações teórico-metodológicas | 52 |
| 5.2 | Etapas operacionais da Pesquisa | 55 |
| 5.2.1 | Revisão integrativa da literatura e mapeamento com a CIPE® de intervenções de enfermagem para prevenir lesão por pressão e tratar pessoas acometidas por elas | 56 |
| 5.2.2 | Validação de conteúdo das intervenções de enfermagem para o protocolo da CIPE 2017 para prevenir lesão por pressão e tratar pessoas acometidas por elas | 58 |
| 5.2.2.1 | Local da pesquisa | 58 |
| 5.2.2.2 | População e amostra | 59 |
| 5.2.2.3 | Instrumento de coleta de dados | 60 |
| 5.2.2.4 | Coleta de dados | 60 |

| | | |
|-------------|--|------------|
| 5.2.2.5 | Análise de dados | 61 |
| 5.2.3 | Elaboração do fluxograma de utilização do protocolo da CIPE para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas e construção do protocolo | 63 |
| 5.3 | Considerações éticas do estudo | 63 |
| 6 | RESULTADOS E DISCUSSÕES | 65 |
| ETAPA 6.1- | Revisão da literatura sobre intervenções de enfermagem para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas e mapeamento cruzado com a CIPE® 2017 | 66 |
| 6.1.1 | Revisão da literatura sobre intervenções de enfermagem para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas | 67 |
| 6.1.2 | Resultados da revisão integrativa da literatura e mapeamento das afirmativas de intervenções de enfermagem com os conceitos da CIPE® 2017 | 71 |
| ETAPA 6.2- | Validação de conteúdo das intervenções de enfermagem para o protocolo da CIPE® 2017 para prevenir lesão por pressão e tratar pessoas acometidas por elas | 81 |
| 6.2.1 | Validação de conteúdo das intervenções de enfermagem para o protocolo da CIPE® 2017 para prevenir lesão por pressão e tratar pessoas acometidas por elas | 82 |
| 6.2.2 | Segunda fase da validação de conteúdo das intervenções de enfermagem para o protocolo da CIPE® 2017 para prevenir lesões por pressão e tratar pessoas com risco de desenvolvê-la | 103 |
| ETAPA 6.3- | Elaboração do fluxograma de utilização do protocolo da CIPE® 2017 para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas | 105 |
| ETAPA 6.4- | Estruturação do protocolo da CIPE® 2017 para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas | 111 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 132 |
| | REFERÊNCIAS | 135 |
| | APÊNDICES | 149 |
| APÊNDICE A- | Instrumento de validação das intervenções de enfermagem para prevenir LP e tratar a pessoa acometida pela mesma | 150 |
| APÊNDICE B- | Termo de consentimento livre esclarecido para os especialistas | 157 |
| APÊNDICE C- | Instrumento para validação de aparência das intervenções de enfermagem para prevenir LP e tratar a pessoa acometida pela mesma | 160 |
| APÊNDICE D- | Termo de consentimento livre esclarecido para os especialistas | 167 |
| APÊNDICE E- | Carta-convite aos especialistas | 170 |
| ANEXO | | 171 |
| ANEXO A- | Parecer do comitê de ética e pesquisa | 172 |

APRESENTAÇÃO

A beleza da arte do cuidar direcionou-me à profissão de Enfermagem, cuja essência é o cuidado ao ser humano nas suas diversas dimensões, de forma integral, indissociável, inserido em um contexto histórico e social que torna cada indivíduo único.

No decorrer da minha vida acadêmica, no Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), especialmente em experiências vivenciadas nos estágios curriculares e extra-curriculares foi despertada em mim o interesse por estudos acerca de instrumentos científicos de trabalho que respaldam o enfermeiro em sua prática, o que me aproximou da disciplina de Metodologia da Assistência de Enfermagem, com conteúdos dentre outros, sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o Processo de Enfermagem e os sistemas de classificações, oferecendo segurança na assistência, respaldo científico, redução de erros, e consequentemente autonomia e satisfação profissional.

A partir deste momento, a aproximação com a temática se iniciou e passei a estudar e participar de pesquisas envolvendo a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE[®]) e outros sistemas de classificação. Era crescente o meu interesse pela possibilidade de aplicar terminologias que representassem a profissão mundialmente e que contribuísse para a mesma torna-se mais científica e menos intuitiva.

Ao término de minha graduação, ingressei como enfermeira assistencial em um hospital público no estado da Paraíba, e percebi a dificuldade que o profissional tinha em realizar a SAE e o Processo de Enfermagem na prática, além da incipiência dos registros. Associado a isto, vivenciei o cuidado às pessoas com lesões ao longo dos meus plantões na Clínica Médica, já que não tínhamos comissão de pele, o enfermeiro do plantão era responsável pela realização dos curativos das pessoas internadas. Comecei a vivenciar os desafios que é cuidar de pessoas com lesões, especialmente das lesões por pressão, e a complexidade dessa assistência, que requeria um conhecimento específico, habilidade técnica e um olhar diferenciado da equipe multidisciplinar.

Compreendo que cuidar de pessoas com lesões não se resume apenas a realização de um simples curativo, envolve um processo árduo que reúne procedimentos, tecnologias e, sobretudo, o encontro entre enfermeiro-pessoa que transcende puramente a técnica. Pressupõe o diálogo, a atitude que o profissional busca reconhecer as necessidades das pessoas, considerando este como um ser completo e todas suas dimensões biopsicossocial e espiritual.

Posteriormente, fui selecionada para o Mestrado, momento que passei a estudar e pesquisar os aspectos epistemológicos do conhecimento e da construção de modelos/ sistemas conceituais que orientam a prática da enfermagem, bem como as correntes filosóficas, teorias, conceitos que norteiam o saber e o fazer em enfermagem. Neste momento, tive a

oportunidade de construir um subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas submetidas à prostatectomia, considerado um instrumento tecnológico norteador do cuidado por facilitar a execução do Processo de Enfermagem, a sistematização do cuidado, a tomada de decisão clínica do enfermeiro, a documentação, pesquisa e desenvolvimento de políticas públicas.

Após o Mestrado, ingressei no Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ e na Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula- FESVIP, onde tive a oportunidade de lecionar, enquanto docente, disciplinas como Processo do cuidar, Semiologia e Bloco cirúrgico e clínica cirúrgica, que me aproximou mais da temática e do desafio de trocar conhecimento com o aluno para desenvolver habilidades e competências sobre o processo do cuidar em enfermagem a partir da fundamentação de suas teorias.

Ainda motivada e com grande desejo de contribuir para melhorar a qualidade da assistência a estas pessoas com lesões, diminuir seu sofrimento e ampliar os conhecimentos acerca da temática, além de contribuir para a ciência da enfermagem, fiquei sensibilizada com necessidade de cuidado dessas pessoas, o que me despertou o interesse de continuar meus estudos. Assim, no doutorado, tive o interesse de fazer uma pesquisa sobre a temática com delineamento construir um protocolo de intervenções de enfermagem para pessoas com lesão por pressão, à luz do modelo teórico de Horta a fim de auxiliar o enfermeiro na sua prática, tornando sua assistência mais segura e de qualidade.

Buscando também o aprimoramento profissional, realizei também uma Especialização (*lato sensu*) em Enfermagem Dermatológica, que contribuiu para aumentar os meus conhecimentos sobre cuidados às pessoas com feridas, em particular as lesões por pressão, e partilhar com professores e colegas de trabalho experiências no cuidar dessas pessoas.

Nessa perspectiva, essa investigação procurou com um olhar ampliado, desenvolver um instrumento aplicável na prática clínica do enfermeiro, com respaldo científico, atendendo aos princípios éticos e legais da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas do Sistema Único de Saúde e das instituições onde será aplicado.

A tese está estruturada em oito capítulos assim distribuídos:

No capítulo 1, **Introdução**, apresenta-se a temática, contextualizando-a, expondo a relevância da temática, questão de pesquisa e hipótese. No capítulo 2, foram apresentados os **Objetivos** da pesquisa. O capítulo 3 aborda-se a temática à luz da literatura **Lesão por pressão: o estado da arte**. No capítulo 4, **Referencial teórico**, apresenta-se o arcabouço teórico que embasa a pesquisa, com uma reflexão sobre o mesmo. O capítulo 5 trata-se do **Percurso metodológico**, expondo os passos seguidos ao longo da tese, incluindo o tipo de estudo, aspectos éticos, fluxograma da pesquisa, população e critérios do estudo e análise

estatística. O capítulo 6 é formado pelos **Resultados e discussões**: Validação de conteúdo e análise dos dados, expõem-se neste momento os resultados encontrados e a sua discussão. O capítulo 7 apresenta o **Protocolo de intervenções de enfermagem da CIPE® para prevenção de lesões por pressão e tratamento de pessoas acometidas por elas**. E o capítulo 8 trata-se das **Considerações finais**, que expõe em síntese os achados, perspectivas do pesquisador e impactos do uso do protocolo para a pessoa.

INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização da temática

O desenvolvimento de lesões por pressão (LPs) é considerado um problema de saúde pública, que necessita da intervenção de diferentes profissionais da área da saúde. Nesse sentido, é indicada uma intervenção multidisciplinar adequada, que visa diminuir os impactos causados na qualidade de vida da pessoa. No entanto, o alto custo do tratamento e o impacto negativo sobre o serviço a ser prestado têm limitado as práticas de saúde e representam um ponto de partida para políticas públicas de saúde adequadas.

As LPs resultam da pressão exercida sobre a pele, os tecidos ou as estruturas subjacentes geralmente sobre proeminências ósseas, com consequente diminuição de suprimento dos nutrientes para os tecidos. De etiologia multifatorial, são causadas por uma combinação de fatores extrínsecos e/ou intrínsecos, dentre eles, variáveis como força, cisalhamento, pressão, umidade, estado clínico, idade, imobilidade, nutrição, medicamentos, dentre outros (MEDEIROS *et al.*, 2016; CAMPANILI *et al.*, 2015).

Embora se saiba de sua alta incidência e prevalência, muitos dados ainda são subnotificados. Segundo dados da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), a prevalência de LP varia de 14,3% a 18,7%. No Brasil, apesar de haver poucos estudos que apontam dados fidedignos, autores afirmam que a incidência variou entre 23,1% e 63,3% (BORGHARDT *et al.*, 2016; NPUAP, 2016; VASCONCELOS, CALIRI, 2017).

Pesquisas reportam que, no ambiente hospitalar, o aparecimento de LP em clínicas médicas tem uma incidência estimada em torno de 42,06%, e em clínicas cirúrgicas, de 39,05%. Contudo, os maiores indicadores, que variam de 29 a 53%, são registrados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Esse alto índice pode ser explicado devido ao ambiente que se destina ao tratamento, onde existem pessoas com estado de saúde grave, submetidas aos cuidados complexos e a internações hospitalares prolongadas (PACHA *et al.*, 2018; MATOZINHOS *et al.*, 2017).

No boletim publicado pelo Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) de segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde desenvolvidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2018, a maioria dos incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo os eventos adversos notificados para o Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária (SNVS), ocorreu em hospitais, principalmente nas Unidades de terapia Intensiva - UTIs (ANVISA, 2018).

No ano de 2016, a ANVISA publicou um boletim com notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde, em que constavam 53.997 notificações, e as LP, que se

destacaram com 10.210, ficaram em terceiro lugar e só perderam para incidentes classificados como ‘Outros’ e ‘Falhas durante a assistência à saúde’. Os óbitos decorrentes dos eventos adversos notificados relacionados à LP chegaram a 2,5%. Também foram notificados 1.658 *Never Events* pelos serviços de saúde do Brasil, conceituados como eventos adversos que nunca deveriam acontecer em um serviço de saúde. Dos 1658 casos, 71,4% eram de LP em estágio 3 (ANVISA 2016).

Nos serviços de saúde, os eventos adversos preocupam porque causam implicações como mortalidade e morbidade, prejudicam a qualidade de vida e afetam negativamente as pessoas nos diversos contextos da assistência à saúde. São considerados eventos adversos os incidentes ou circunstâncias que ocasionam danos apreciáveis e desnecessários à pessoa. Dentre os fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos, estão o aumento da carga horária de trabalho de enfermagem, os custos hospitalares e o tempo de hospitalização (TOFFOLETTO *et al.*, 2016; BRASIL, 2014).

O tema que trata da segurança da pessoa tem tomado projeção nas discussões em âmbito nacional e internacional, entre as diversas agências de saúde e na sociedade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou, em 2004, a criação de uma Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Posteriormente, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Segurança do Paciente, publicado em 2013, com a finalidade de promover o desenvolvimento de políticas e ações preventivas na área de segurança (BRASIL, 2013; WHO, 2012).

Esses debates visam ampliar o acesso às informações e conscientizar a sociedade acerca da responsabilidade de todos. Além disso, busca-se realizar a educação permanente entre os profissionais da área de Saúde para produzir, organizar e disseminar conhecimentos sobre segurança, implementar gestões de riscos e núcleos de segurança e inserir o tema no ensino e na pesquisa (BRASIL, 2014).

Considera-se segurança um atributo de qualidade do cuidado, que funciona como um indicador de qualidade dos serviços de saúde, porque reflete uma assistência segura, que auxilia a gerir e a avaliar o serviço. A primeira conduta para prevenir erros na saúde é aceitar que eles acontecem e estão presentes na assistência. Por isso os profissionais precisam compreender suas causas, consequências, fatores contribuintes, impactos e eventos adversos, para que condutas sejam tomadas a fim de reduzir ou evitar circunstâncias do cotidiano (WEGNER *et al.*, 2016).

Prevenir as LPs é uma das prioridades do Ministério da Saúde, uma das seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente e um dos principais eventos adversos encontrados

nos serviços de saúde. Portanto o uso de protocolos de segurança, como a prevenção e o tratamento das LPs é imprescindível para evitar a ocorrência desses eventos nos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Por esse motivo, os profissionais de saúde precisam identificar os fatores de risco de desenvolvimento dessas lesões e planejar ações de caráter preventivo, a fim de melhorar a assistência. Programas de cuidado com a pele para prevenir e tratar lesões, baseados em diretrizes internacionais, podem contribuir para diminuir o número de lesões de pele, embora nem todos os fatores de risco sejam conhecidos, devido às especificidades de cada pessoa, de cada doença associada e de cada cenário de atenção (CAMPANILI *et al.*, 2015).

As LPs prolongam o tempo de internação, dificultam a recuperação da pessoa e aumentam o risco de desenvolver outras complicações, como infecções ou osteomielite. Devido ao grande sofrimento físico e emocional que imputam à pessoa, as LPs merecem atenção da equipe multiprofissional, no sentido de prevenir seu aparecimento ou favorecer o tratamento.

A equipe de saúde, especificamente a de enfermagem, tem uma grande responsabilidade de prevenir as complicações ocasionadas por eventos adversos na prática assistencial. O enfermeiro, no exercício de sua prática, depara-se com desafios cada vez mais exigentes e complexos. Com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, as pessoas internam-se para tratá-las durante longos períodos e ficam vulneráveis ao aparecimento das LPs. Assim, a assistência às pessoas hospitalizadas é voltada, sobretudo, para prevenir lesões.

Os cuidados abrangem intervenções relacionadas ao acompanhamento integral da pessoa em risco de adquirir a LP, com a utilização de escalas de predição de risco e conhecimento dos fatores de risco e da realidade das unidades de saúde. Entretanto, se as LPs já estiverem se desenvolvendo, o profissional deverá fazer o manejo correto no tratamento, o que envolverá o uso de uma abordagem holística, com avaliação e identificação das necessidades, prescrição dos cuidados e implementação das intervenções que possibilitem alcançar os objetivos estabelecidos. Os cuidados de enfermagem são estabelecidos de acordo com as necessidades da clientela atendida e suas especificidades clínicas e devem ser fundamentados em uma assistência humanizada, contextualizada e integralizada. E como se trata da maior força de trabalho em saúde no Brasil, requer uma relação direta dos profissionais com as estratégias de segurança e a prevenção de erros.

Na Enfermagem, existem atividades importantes para prevenir e tratar as lesões de pele. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº. 567/2018 (COFEN, 2018), regulamentou a atuação do enfermeiro no cuidado voltado para as pessoas

com feridas. Uma das condutas envolve o desenvolvimento e a implantação de planos de intervenção para indivíduos em risco de desenvolver LP, com ações de prevenção e tratamento dessas feridas. A Resolução também menciona o uso de coberturas e outras terapêuticas que podem ser utilizadas no cuidado das lesões instaladas.

É necessário, contudo, que o enfermeiro conheça os fatores de risco, a anatomia, a fisiologia e as etapas do processo de cicatrização para que seja feito um diagnóstico do tipo de lesão e sejam indicadas tecnologias adequadas para preveni-la e tratá-la. Ressalta-se que a prevenção e o tratamento são dinâmicos e devem acompanhar as evoluções científica e tecnológica (MITTAG *et al.*, 2017).

A avaliação de risco deve ser acompanhada do Processo de Enfermagem, uma atividade intelectual deliberada realizada pelo enfermeiro, por meio da qual a prática de enfermagem é abordada de uma maneira ordenada e sistemática. Considerado a base de sustentação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o Processo de Enfermagem possibilita identificar as respostas das pessoas para os problemas de saúde e os processos vitais que exigem intervenções. Sua utilização é baseada em uma fundamentação teórica que visa agilizar o diagnóstico e o tratamento dos problemas, reduzir a incidência e a duração das internações e promover a flexibilidade e o pensamento independente e crítico. Ademais, o Processo de Enfermagem contempla tanto os problemas clínicos quanto seus impactos e os planos de tratamento (COFEN, 2009).

As teorias de enfermagem ou modelos conceituais são elementos norteadores da prática e contribuem para se formar uma base sólida do conhecimento. Sua escolha deve ser feita depois de feita uma análise mataparadigmática e considerar a experiência humana e coletiva. É necessário que sejam relevantes para o cuidado, úteis e compatíveis com um contexto multidisciplinar e multiprofissional (BRANDÃO *et al.*, 2019).

O modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas da teórica Wanda Aguiar Horta (HORTA, 2011) representa um marco importante para a enfermagem brasileira, ela buscou desenvolver uma teoria que procurasse explicar a natureza da enfermagem, seu campo específico e sua metodologia de trabalho. Apresentou uma metodologia de trabalho voltada para sistematizar a assistência de enfermagem, denominada por ela de Processo de Enfermagem. Esta foi desenvolvida para auxiliar o enfermeiro na sua prática clínica, passando a ser mais reflexiva e de qualidade ao organizar o cuidado.

Tomando como base o que rege a Resolução COFEN n.º 358/2009, que dispõe sobre a obrigatoriedade da SAE e do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados, e a possibilidade de uniformizar uma terminologia de enfermagem que denomine os elementos da

prática profissional, neste caso, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), surgiu o interesse em trabalhar na perspectiva de usar uma linguagem que descreva a prática de enfermagem voltada para pessoas com LP e de criar um instrumento que norteie a prática do enfermeiro no âmbito hospitalar (COFEN, 2009).

A CIPE[®] surgiu como resultado da aspiração dos enfermeiros por um sistema que representasse a prática de enfermagem mundialmente, mas sensível às diversidades culturais, e que contribuísse para unificar a linguagem e o cuidado prestado e, consequentemente, fortalecesse a Enfermagem como ciência, possibilitando seu desenvolvimento.

Considerada como uma terminologia combinatória, porque foi estruturada com base no Modelo de Sete Eixos, a CIPE[®] possibilita a construção de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem e favorece a implementação de todas as etapas do Processo de Enfermagem, no qual se podem comparar dados, gerar novos termos e conhecimentos importantes sobre o cuidado com a saúde da pessoa e contribuir para que o enfermeiro tenha um julgamento clínico e que a Enfermagem obtenha uma linguagem unificada, porém sensível a diversas regiões e países. Trata-se da única classificação de enfermagem aceita pela OMS, como parte da Família de Classificações da CID (CIPE, 2017).

O uso e a implantação de uma linguagem unificada para planejar e documentar a assistência oportunizam os enfermeiros a utilizarem dados para melhorar a qualidade e para fins de pesquisa. Associar os resultados de pesquisas com a prática clínica pode gerar resultados positivos e melhorar a qualidade do cuidado, aumentando a confiabilidade das intervenções com o incremento dos resultados para a pessoa e a redução de custos.

Essa associação entre pesquisa e prática tem sido discutida em âmbito mundial e se destacado no Brasil. A Prática Baseada em Evidências (PBE), que surgiu no Canadá, em 1980, caracteriza-se como a emprego na assistência das melhores evidências científicas para a tomada de decisão. Trata-se da utilização simultânea da experiência clínica e da evidência clínica externa advinda da pesquisa sistemática, para guiar a tomada de decisão e, simultaneamente, considerar os valores da pessoa e a expertise do profissional de saúde (CAMARGO *et al.*, 2018). A investigação e o julgamento crítico das evidências disponíveis, o processo de tomada de decisão, as evidências na prática e na avaliação dos resultados associadas à escolha assertiva do diagnóstico, a experiência clínica do profissional e as preferências do cliente sobre a assistência à saúde têm sido o foco da PBE (BROEIRO, 2015).

Na Enfermagem, a PBE pode melhorar o julgamento clínico dos profissionais e mudar práticas que antes eram intuitivas para uma prática reflexiva baseada em conhecimento científico. Quando o cuidado passa a ser prestado tendo como eixo norteador essa abordagem,

as intervenções tornam-se mais efetivas, e seus resultados proporcionam a melhoria da assistência. Contudo, é necessário que os profissionais de saúde aprendam a colher e a interpretar dados para embasar sua prática na melhor evidência disponível, visando melhorar a qualidade da assistência prestada ao cliente e seus familiares (MAZZO *et al.*, 2018).

Cuidar de pessoas com lesões de pele exige formação teórica e experiência na prática clínica. Entretanto, pesquisas indicam que a alta incidência de LPs é uma dificuldade que se enfrenta no tratamento, na implementação de ações preventivas e no emprego dos recursos tecnológicos. O enfermeiro necessita de formação adequada a fim de adquirir competências para planejar ações que visem avaliar, prevenir e tratar LPs, além da educação das pessoas e seus familiares, a fim de melhorar a assistência prestada e a qualidade de vida (CAMPANILI *et al.*, 2015; BORGHARDT *et al.*, 2016; MATOZINHOS *et al.*, 2017; PACHA *et al.*, 2018).

A preocupação com a temática LP é sobremaneira relevante e envolve recursos materiais e humanos em seus aspectos de prevenção, tratamento e aprimoramento de tecnologias de cuidado de enfermagem. A Portaria nº 529/2013 e o guia para a construção de protocolos assistenciais encorajam o desenvolvimento de protocolos para guiar os profissionais na prática clínica (BRASIL, 2013; PIMENTA, 2015). Esses protocolos constituem instrumentos norteadores para desenvolver uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos locais de segurança da pessoa nos estabelecimentos de saúde.

A Enfermagem deve estar envolvida na sua construção, na avaliação, no planejamento e na implementação de intervenções, assim como nos resultados obtidos para os receptores do cuidado, tendo como escopo a padronização de condutas clínicas nos diversos ambientes. Conhecer a pessoa, a realidade local e as especificidades do setor pode aumentar as chances de sucesso de sua implantação. Seu desenvolvimento é considerado valioso para o enfrentamento de diversos problemas que existem na assistência, por serem provenientes de pesquisas decorrentes de fortes evidências científicas.

Os protocolos assistenciais voltados para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas precisam ser constantemente aprimorados e adaptados à realidade clínica. Para isso, os enfermeiros devem atualizar seus conhecimentos, pois os diversos manejos e tecnologias que são desenvolvidos para pessoas com lesões de pele devem ser atualizados constantemente pela equipe, e as ações de cuidado devem ser padronizadas. Além disso, a redução da variabilidade de ações de cuidado melhora a qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilita a incorporação de novas tecnologias e

inovações no cuidado, gera um uso mais racional dos recursos disponíveis, com mais transparência e controle dos custos, e traz segurança para as pessoas e os profissionais.

1.2 Relevância do estudo

A escassez de estudos relacionados à construção de protocolos voltados para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas motivou o desenvolvimento desta pesquisa (MENDONÇA *et al.*, 2018), por se entender que o consenso sobre sua validade pode contribuir para uniformizar e padronizar a linguagem, impulsionar o processo de tomada de decisão e ajudar a introduzir registros eletrônicos de saúde, a fim de facilitar a elaboração de documentos padronizados que relatam critérios acerca dos cuidados prestados às pessoas.

Tendo em vista o exposto, a sistematização das ações no planejamento da assistência pode oferecer uma importante contribuição nos âmbitos do ensino, da pesquisa e da assistência, razão por que deve ser o foco do cuidado do enfermeiro em sua prática profissional. Sua aplicação se justifica devido à necessidade de prevenir riscos e complicações, a fim de minimizar o sofrimento da pessoa e proporcionar um processo de cicatrização mais eficaz.

O desenvolvimento de protocolos assistenciais de enfermagem atende aos princípios legais e éticos da profissão, assim como os preceitos da prática baseada em evidências, das normas e dos regulamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), em suas três esferas de gestão, e da instituição onde serão utilizados. Os protocolos podem surgir da necessidade de a gestão organizar os serviços de saúde e sistematizar a assistência e podem resultar de diretrizes oriundas do SUS em determinado local ou surgir da demanda dos próprios profissionais ao tentarem solucionar problemas concretos do cotidiano (PIMENTA *et al.*, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2015).

Na literatura, é possível encontrar trabalhos sobre o desenvolvimento e a operacionalização dos sistemas de classificação na área de Dermatologia, como o estudo *Subconjunto terminológico CIPE® para pacientes em cuidados paliativos com feridas tumorais malignas* (CASTRO *et al.*, 2016). Como já referido, há uma alta demanda de pessoas com LP e uma grande dificuldade da equipe de prevenir, identificar, avaliar e tratar essas lesões. Ademais, ainda existe uma fragilidade na aplicação das medidas essenciais para prevenir essas lesões e tratá-las adequadamente.

A falta de uma avaliação sistemática da pele e do monitoramento dos fatores de risco pode contribuir para o desenvolvimento de LP e aumentar o tempo de internação da pessoa, levá-la a óbito ou provocar mais sofrimento no âmbito social e no emocional e causar um grande impacto

financeiro para as instituições. Por causa disso, é necessário utilizar a SAE e o Processo de Enfermagem, considerados como uma terminologia de enfermagem para auxiliar e denominar os elementos da prática profissional, o que poderá contribuir para tornar a assistência mais segura e organizada.

Levando em consideração a complexidade do tratamento de lesões, as dificuldades encontradas para implementar a SAE, a tentativa de disseminar a CIPE[®], como terminologia, e, sobretudo, por se entender que a utilização de terminologias na prática é um caminho para a Enfermagem ser fortalecida como ciência, surgiu o interesse em criar um instrumento para auxiliar o enfermeiro em sua prática clínica e reduzir o sofrimento das pessoas.

A importância desta pesquisa se ratifica devido à constatação de que o protocolo para LP é um instrumento facilitador e norteador da prática de enfermagem, porquanto colabora com o serviço e melhora a vida das pessoas. Acredita-se que, se o enfermeiro tiver o conhecimento sobre a LP, poderá desenvolver um conjunto de intervenções específicas, que ensejam a implementação de um processo de cuidar individualizado, com vistas a diminuir o sofrimento e as complicações geradas pelo problema.

A criação e a validação desse protocolo são objetos de estudo desta tese, porque proporcionarão meios para que os enfermeiros busquem resultados positivos baseados em evidências científicas seguras e comprovadas, com a possibilidade de tomar uma decisão mais assertiva e oferecer uma assistência de boa qualidade e padronizada. Para o serviço de saúde, o uso do protocolo pode gerar bons resultados, pois facilita o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação dos conhecimentos, a comunicação profissional, a coordenação e a gestão do cuidado.

Tendo em vista o exposto, este estudo partiu das seguintes questões norteadoras:

- Quais as intervenções de enfermagem existentes na literatura para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas?
- As intervenções de enfermagem identificadas na literatura são relevantes na assistência hospitalar para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas?
- As intervenções de enfermagem validadas com os enfermeiros possibilitarão a construção de um protocolo de assistência de enfermagem para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas?

- A construção e a validação de um protocolo da CIPE[®] para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas, à luz do modelo conceitual de Horta, subsidiarão os enfermeiros em sua prática assistencial?

Baseada nesta questão, esta tese fundamenta-se na seguinte hipótese:

O protocolo da CIPE[®] para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas contribuirá para um cuidado de enfermagem sistematizado e individualizado, a fim de favorecer sua prevenção e a cicatrização.

OBJETIVOS

Com a finalidade de responder à questão de pesquisa e de testar a hipótese formulada, foram delimitados para este estudo os seguintes objetivos:

2.1 Objetivo geral

Validar um Protocolo da CIPE® criado para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas, à luz do modelo teórico de Horta.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar o mapeamento cruzado de intervenções de enfermagem para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas com a CIPE® 2017;
- Validar o conteúdo do Protocolo da CIPE® criado para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas;
- Elaborar um algoritmo de tomada de decisão do Protocolo da CIPE® para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas, à luz do modelo teórico de Horta;
- Construir um guia para utilização do Protocolo da CIPE® para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas, à luz do modelo teórico de Horta.

REVISÃO DA LITERATURA

Nesta seção, serão abordados os seguintes assuntos relacionados ao estudo, aspectos conceituais e epidemiológicos das lesões por pressão e cuidados de enfermagem para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas.

3.1 Aspectos conceituais e epidemiológicos das lesões por pressão

A prevenção e o tratamento das lesões por pressão são desafiantes e complexos e envolvem práticas assistenciais sistematizadas para atender individualmente às necessidades de cada pessoa. Apesar de mais de 30 anos de diretrizes de prevenção, as taxas de incidência e prevalência das lesões por pressão permanecem altas (NPUAP, 2016).

Os gestores dos serviços de saúde têm se preocupado com o tema em função dos aspectos éticos, sociais, legais e financeiros, o que determina implementar as medidas de prevenção e os indicadores de qualidade relacionados a esse agravo. Ações voltadas para a prevenção são necessárias porque atingem a população em geral, principalmente as pessoas hospitalizadas, independentemente de sexo, idade ou etnia (MITTAG *et al.*, 2017).

Na literatura, as taxas de incidência e prevalência variam. Segundo dados da NPUAP, em hospitais, a prevalência de LP é de 15%, e a incidência, de 7% (NPUAP, 2016). Na Europa, um estudo multicêntrico realizado em instituições de cuidados para doentes agudos avaliou a prevalência das LP em alguns países e identificou o percentual de 7% na Alemanha; 9%, na Itália; 15%, na Holanda; e 4,5% a 25,2%, no Reino Unido (EPUAP, 2009).

No Brasil, embora os estudos epidemiológicos sobre incidência e prevalência de lesões sejam escassos, um estudo realizado em um hospital geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81% (GALVÃO *et al.*, 2016). Em um estudo realizado em UTI, constatou-se que, das pessoas internadas, 10,47% desenvolveram LP, com 79,4% de predominância em idosos com mais de 60 anos (TEIXEIRA *et al.*, 2017). Outro estudo realizado também na UTI identificou valores similares, com incidência de LP de 11%, que predominaram em homens, na raça branca e em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e o tempo de permanência igual ou superior a 9,5 dias (CAMPANILI *et al.*, 2015).

Essas lesões podem ser definidas como danos localizados na pele ou em tecidos moles subjacentes, geralmente devido à força isolada ou combinada exercida sobre uma proeminência óssea ou dispositivo médico, por determinado período de tempo. Diversos fatores contribuem para seu desenvolvimento, como idade, nutrição, comorbidades, imobilidade e nível de consciência. As definições foram atualizadas, e depois de um consenso

entre profissionais especialistas na área, as lesões passaram a ser classificadas por estágios (NPUAP, 2016).

Ainda segundo a NPUAP (2016), a LP estágio 1 é aquela em que a pele se apresenta íntegra e com eritema que não embranquece; a LP estágio 2 apresenta perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme; o LP estágio 3 apresenta perda total da pele; na LP estágio 4, há perda de pele em sua espessura total e perda tissular; as LP inclassificáveis são aquelas com perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, pois esfacelos encobrem a lesão; a LP tissular profunda é uma descoloração vermelho-escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.

Algumas definições adicionais foram inseridas nessa nova nomenclatura, como, por exemplo, a LP relacionada a dispositivo médico, associada ao uso de dispositivos para fins diagnósticos e terapêuticos, e a LP em membranas mucosas relativas ao uso de dispositivos médicos no local do dano (NPUAP, 2016).

Cuidar de feridas é uma responsabilidade de todos, mas a equipe de enfermagem se destaca na prevenção, na avaliação e no tratamento. A avaliação contínua e sistematizada de todas as pessoas deve fazer parte do protocolo de cuidados. A assistência de enfermagem vai desde a identificação dos possíveis riscos até o planejamento e o início das intervenções preventivas individualizadas, respeitando-se as necessidades de cada pessoa. Ademais, deve-se repetir a avaliação sempre que o profissional da Enfermagem julgar necessário.

O conhecimento aprofundado sobre feridas possibilita que as tecnologias e as evidências sejam utilizadas mais assertivamente e melhora os efeitos sobre a cicatrização, alivia a dor, diminui riscos de infecções e de recidivas e evita gastos desnecessários com o tratamento (SILVA *et al.*, 2017).

3.2 Cuidados de enfermagem para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas

O cuidado, como um processo sistêmico, não só representa uma ação pontual e unilateral, como também envolve um sentimento de pertencimento e de comunicação. O enfermeiro, ao sistematizar as práticas, garante responsabilidade ao cliente assistido. Essas práticas podem ser feitas de forma individual ou coletiva, fundamentadas em evidências quantitativas e/ou qualitativas, com bases filosófica, ética, estética, teórica, científica, técnica e política, que consideram as manifestações ou respostas das pessoas ao seu processo de viver no *continuum* saúde-doença (SEHNEM *et al.*, 2015; SALDANHA, 2013).

Assistir, em Enfermagem, é fazer pelo ser humano o que ele não pode fazer por si mesmo, auxiliando-o ou encaminhando-o para outros profissionais, quando necessário (HORTA, 2011). Isso é feito por meio da aplicação do Processo de Enfermagem, que se caracteriza pelo inter-relacionamento e pelo dinamismo de suas fases ou passos com ações sistematizadas que visam assistir o ser humano.

Ademais, associado ao Processo de Enfermagem, o enfermeiro necessita executá-lo norteado por um referencial teórico e trabalhar com sistemas padronizados de linguagem, tanto para diagnósticos de enfermagem quanto para resultados e intervenções, com vistas a promover um cuidado de melhor qualidade (COFEN, 2009).

No Brasil, o modelo mais conhecido e seguido para implementar o Processo de Enfermagem foi proposto por Horta (2011) e contempla as seguintes fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. A autora (2002, p. 34) considera o Processo de Enfermagem como "[...] uma dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano [...]" e concebe que o cuidado de enfermagem é a ação planejada, deliberativa ou automática dos enfermeiros, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano.

Horta assevera que o enfermeiro deve estar preparado para prestar assistência, para atender às necessidades biológicas das pessoas, proporcionando-lhes conforto, às necessidades psicossociais, para que consigam superar as limitações e adquirir mecanismos de enfrentamento, e psíquicos, buscando suporte numa religião ou entidade superior. A responsabilidade de cuidar exige que as decisões sobre as intervenções propostas sejam fundamentadas na avaliação do estado geral de saúde das pessoas. Sua situação clínica, a natureza das informações que se quer obter e as habilidades cognitivas e perceptivas da enfermagem são fatores que influenciam a assistência.

Avaliar o estado nutricional é extremamente importante, pois a depleção proteica prolonga o tempo da fase inflamatória, inibe a proliferação fibroblástica e a angiogênese, diminui a síntese e a deposição de colágeno e proteoglicanos, reduz a força tênsil da ferida, condiciona a capacidade fagocítica dos leucócitos e a resposta imune e inibe a remodelação da ferida (CAMPOS, 2010).

Atualmente, o enfermeiro que cuida de pessoas com lesões deve focar seus esforços na avaliação da pele e gerenciar seu cuidado. Esse profissional tem subsídios científicos para orientar as pessoas no sentido de acelerar o processo de cicatrização. Outro ponto imprescindível na cicatrização é o estado nutricional da pessoa com LP, porquanto a

desnutrição, associada ao déficit proteico-calórico, altera a regeneração dos tecidos, o processo inflamatório e sua função imune (CAMPOS *et al.*, 2010).

O profissional deve atuar com um processo de sistematização do cuidado para a realização de uma avaliação eficaz, com subsídios para elaborar e desenvolver um plano de cuidados com estratégias de tratamento adequado, reunindo uma conduta terapêutica ampla, com variedades de métodos propícios para executá-lo, a fim de que a cicatrização seja eficaz e cause conforto (LIMA *et al.*, 2018).

O tratamento de LPs inclui uma cicatrização eficaz, controle e gerenciamento da dor, conforto, redução de infecções e prevenção de aberturas de lesões em outras áreas. Inicialmente, envolve a avaliação sistemática do estado geral de saúde e avaliação específica da lesão; a escolha e/ou a implementação da terapia farmacológica e não farmacológica para melhorar o processo cicatricial e a circulação local; avaliação da lesão, das bordas e da perilesão e seleção da terapia tópica apropriada para promover a cicatrização. É necessário instituir medidas para controlar e aliviar a dor. Outras ações de ordem mais geral poderão ser necessárias, como acesso e garantia de direitos trabalhistas, para evitar prejuízos financeiros para as pessoas, e suporte nutricional, psicoemocional e espiritual (PALAGI, 2015).

Os cuidados incluem a avaliação da pessoa e de sua ferida, de forma holística e integral, com a realização da anamnese, com um histórico em que constam fatores de risco relacionados aos hábitos de vida, hereditariedade, atividade laboral, e exame físico para identificar a etiologia da lesão, sua localização, o tamanho, as características e os fatores relacionados, como, por exemplo, dor e edema. Em seguida, a terapia tópica, que envolve a limpeza e a escolha de uma cobertura que seja acessível ao cliente, eficiente em seu tratamento e absorva o exsudato criando um ambiente favorável à cicatrização. Nessa etapa, também se deve avaliar se a pessoa precisa usar antibióticos sistêmicos ou até mesmo tópicos. Estes últimos não são indicados pela literatura (LOPES DE FIGUEIREDO; BONATO ZUFFI, 2012).

Considerando que as LPs impactam fortemente na qualidade de vida das pessoas, é importante que os enfermeiros estejam atentos à sua evolução e atuem na perspectiva de preveni-las e de tratá-las adequadamente, com vistas a minimizar os prejuízos que as pessoas acometidas por elas podem ter em sua vida (MORAES *et al.*, 2016).

Para que o enfermeiro trate dessas pessoas, é necessário compreender o processo de reparo tecidual, identificar as doenças de base e suas implicações e conhecer as características clínicas e histopatológicas das feridas, a fim de direcionar a assistência. Sabe-se que a restauração da pele ocorre por meio de um processo dinâmico, contínuo, complexo e

interdependente, composto por uma série de fases sobrepostas, denominadas de cicatrização (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

É imprescindível realizar um exame físico criterioso e anamnese na pessoa, considerando seu diagnóstico clínico, e analisar os exames laboratoriais que serão usados para avaliar mais completamente os agravos e que podem interferir no processo cicatricial. O uso da terapia tópica é importante, principalmente quando envolve a limpeza e a escolha de uma cobertura que seja acessível ao cliente e eficiente em seu tratamento, para garantir a absorção do exsudato formado e criar um ambiente favorável à cicatrização. Nessa etapa, também se deve avaliar se a pessoa precisa usar antibióticos sistêmicos ou até mesmo tópicos. É importante aprender a controlar os fatores que podem interferir no processo de cicatrização, como dieta, controle da pressão arterial, glicemia, fatores externos que provocam agressão ao tecido lesionado, além de outros fatores fisiológicos (CAMPANILI *et al.*, 2015).

Para prestar uma boa assistência, são necessários um local adequado, materiais, insumos, programas de educação permanente nos serviços e número suficiente de profissionais. Caso falem esses fatores, o cuidado fica comprometido, e isso contribui para que o problema evolua e fique crônico, o que acaba por sobrecarregar os demais níveis de atenção e complexidade e pode aumentar os dias de internação hospitalar (CAMARGO *et al.*, 2018).

A aplicação de uma metodologia apropriada e dos sistemas de classificação ajuda o enfermeiro a organizar e priorizar o seu cuidado, manter o foco no estado de saúde do cliente e na qualidade de sua vida e adquirir hábitos de raciocínio que o ajudem a obter confiança e habilidades necessárias para pensar criticamente. O Processo de Enfermagem é a primeira ferramenta de que o profissional precisa para “pensar como enfermeiro” (ALFARO-LEFEVRE, 2014).

Usar o Processo de Enfermagem significa estar disposto a cuidar e ter capacidade de fazê-lo. Cuidar significa optar por fazer o que é necessário para ajudar os outros, e isso significa enfocar o que é melhor para o cliente, respeitando seus valores, suas crenças e sua individualidade. Nesse contexto, ter capacidade de cuidar exige do profissional que ele entenda a si mesmo e aos outros.

A OMS recomenda o uso de protocolos, porque auxiliam a melhorar a assistência, com práticas cientificamente embasadas, e a minimizar a duplicidade de informações e as condutas entre os membros da equipe. Também proporcionam segurança aos usuários e aos profissionais, reduzem a variabilidade do cuidado, melhoram a tomada de decisão, incorporam novas tecnologias, inovam o cuidado e promovem a utilização racional dos

recursos e o controle dos custos, porque facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimentos e a comunicação da equipe multiprofissional (PIMENTA *et al.*, 2015). É importante ressaltar que, para criar um protocolo, devem-se respeitar as características locais das pessoas e o ambiente. Ressalte-se que seu uso não anula a autonomia profissional e o raciocínio crítico que é inerente à sua prática profissional.

A construção de um protocolo alicerça-se na PBE, considerada uma tecnologia que vem ganhando popularidade a fim de melhorar a efetividade clínica. São instrumentos legais e seu exercício implica o uso da melhor evidência clínica disponível sobre o cuidado individual e implica a integração do conhecimento clínico profissional com os achados científicos mais consistentes e confiáveis, resultantes do avanço da investigação clínica (CAMARGO *et al.*, 2018).

A prática baseada em evidências é feita em cinco passos: 1) converter a necessidade de informação em uma questão de pesquisa que pode ser respondida; 2) encontrar a melhor evidência para responder a questão clínica; 3) avaliar criticamente a evidência segundo sua validade, aplicabilidade e impacto; 4) integrar a evidência com o conhecimento clínico, os valores dos clientes e as circunstâncias e as informações do contexto prático; e 5) avaliar a efetividade e a eficiência da informação encontrada com a aplicação dos passos de 1 a 4 e pensar em formas de melhorar o desempenho profissional (ROSPENDOWISKI *et al.*, 2014).

No contexto da Enfermagem, a prática baseada em evidências surgiu, aparentemente, com o Grupo Cochrane, jornais como *Evidence-Based Nursing* e centros como o *Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Nursing*. A Enfermagem baseada em evidências pressupõe a realização de pesquisas que gerem práticas inovadoras, voltadas para amparar ações e relações do enfermeiro com o sistema de saúde, e demonstrar o impacto de tais evidências na prática (PEARSON; SOARES *et al.*, 2013).

Na Enfermagem, os protocolos devem ser elaborados com uma linguagem que facilite a compreensão e sejam válidos, confiáveis, formais, com conteúdo baseado em evidências científicas, utilizados e comprovadamente efetivos. Para tanto, é necessário um rigor no processo de construção, adaptação à realidade local e implementação, além de seguimento por meio de indicadores de uso (processo) e efetividade (resultado) (PIMENTA *et al.*, 2015).

A partir do exposto, infere-se que a construção de protocolos é baseada nos princípios de trabalhar com as melhores evidências disponíveis e considerar a experiência do profissional, a realidade local e a preferência do cliente, levando em consideração a situação socioeconômica. Esses instrumentos têm sido utilizados com o objetivo de aprimorar a prática

e de organizar o processo de trabalho do enfermeiro, mas sem desconsiderar seu julgamento crítico.

REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir será apresentado o referencial teórico que norteou a presente pesquisa, serão abordados as seguintes temáticas: teorias e modelos conceituais na Enfermagem; modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas de Horta e modelo teórico baseado nas Necessidades Humanas Básicas voltadas para prevenção de lesão por pressão e tratamento de pessoas acometidas por elas.

4.1 Teorias e modelos conceituais na Enfermagem

Desde seus primórdios, a Enfermagem sempre se baseou em crenças, valores e normas tradicionalmente aceitos, porém a evolução da ciência mostrou a necessidade de pesquisas para construir o saber. Desde a década de 1950, a ciência da Enfermagem tem sido construída e consolidada com uma linguagem específica. Um dos componentes dessa linguagem é representado pelas teorias e pelos modelos conceituais de enfermagem, que explicitam a complexidade e a multiplicidade dos fenômenos presentes no campo da saúde e são inerentes à prática de enfermagem. Por essa razão, devem servir de referencial teórico, metodológico e prático para os enfermeiros na assistência, no ensino, na gerência e na pesquisa (QUEIROS, 2016).

A busca por um corpo de conhecimento próprio e o rápido avanço tecnológico e científico das últimas décadas contribuíram para que surgissem as primeiras teorias de Enfermagem, desenvolvidas por profissionais que se preocupavam em compreender e descrever suas funções para entender a atuação da Enfermagem. Os enfermeiros buscavam identificar um campo conceitual próprio para a profissão, independente, principalmente, do modelo médico (NOGUEIRA *et al.*, 2011).

Utilizar teorias e modelos conceituais para subsidiar a prática de enfermagem contribui para consolidar a Enfermagem como ciência e arte e favorece a eficácia e a eficiência dos cuidados. No entanto, para alcançar esses objetivos, os enfermeiros devem compreender e aplicar adequadamente as teorias de enfermagem no campo em que atuam.

Os enfermeiros trabalharam durante décadas, no sentido de desenvolver um corpo substancial de conhecimentos de Enfermagem, a fim de torná-la uma profissão reconhecida e com o objetivo de direcionar cuidados individualizados às pessoas.

A Enfermagem é marcada pela busca constante da construção de um conjunto de conhecimentos específicos, que devem nortear e servir de suporte para definir e descrever sua

prática e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem prestado ao indivíduo, à família e à comunidade (MATTIA *et al.*, 2016).

A passagem da vocação para a profissão incluiu sucessivas décadas de busca de um corpo substancial de conhecimentos que se baseasse na prática da Enfermagem. O instrumental construído para orientar a disciplina visando à sua autonomia, como campo específico de saber, foram as Teorias de Enfermagem (HORTA 2011). Esse instrumental delimitou a atuação dos enfermeiros no trabalho com outros profissionais. As teorias surgem para descrever, explicar e prever um referencial próprio da Enfermagem. O avanço do conhecimento teórico beneficiou a descentralização do modelo biomédico e o foco do cuidado voltado para o ser humano, e não, em sua enfermidade. A pessoa é o foco principal, apresentada como um ser biopsicossocial e espiritual, único, que necessita de uma assistência individualizada (AMANTE *et al.*, 2010).

A Teoria de Enfermagem pode ser vista como resultado da percepção da realidade, da inter-relação de seus componentes, da formulação e da intercessão dos conceitos de ser humano, ambiente, saúde e cuidado de enfermagem. Sua finalidade é de correlacionar assistência, pesquisa e prática, o que torna possível a confiabilidade das ideias e das experiências dos enfermeiros como valiosa fonte de conhecimento. Ressalta o conhecimento científico, demonstrando as tendências das visões sobre o processo saúde-doença e a experiência do cuidado terapêutico. É capaz de trazer por causa de sua capacidade de produzir consistentes explicações, descrições, predições e prescrições, que amparam a profissão na atuação em diversos contextos (BRANDÃO *et al.*, 2019).

As Teorias de Enfermagem auxiliam o enfermeiro a raciocinar, a tomar decisões e a aplicar o conhecimento na investigação, no ensino, na administração e na assistência de enfermagem. No mesmo fluxo, a criação de modelos teóricos também tem contribuído sobremaneira com a prática assistencial da Enfermagem, pois identificam determinados padrões e os cenários da assistência, contribuem para o serviço, proporcionam meios para organizar as informações e os dados das pessoas, para analisar e interpretar esses dados, avaliar os resultados desse cuidado e desenvolver os sistemas de classificação (AMANTE *et al.*, 2010).

Dentre os modelos e as teorias de enfermagem que podem ser aplicados nos cuidados de enfermagem, destaca-se o modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas (NBH), de Wanda Aguiar Horta (HORTA, 2011), criado em 1970, que vem sendo amplamente utilizado por pesquisadores brasileiros para nortear a assistência, a pesquisa e o ensino. A aplicação na assistência possibilita ao enfermeiro realizar um cuidado individual, com

planejamento, intervenção e avaliação de suas ações. Para tanto, ele precisa compreender seus conceitos e pressupostos, de modo que possa aplicá-los adequadamente.

4.2 Modelo Conceitual das Necessidades Humanas Básicas de Horta

As teorias são adotadas como base para que possamos refletir sobre como o conhecimento disciplinar e o exercício profissional da Enfermagem podem contribuir para melhorar a qualidade da assistência. O uso da teoria ou do modelo conceitual apoia os enfermeiros na definição de seus papéis, no conhecimento da realidade e no desempenho profissional, para que as pessoas se submetam a procedimentos e a cuidados seguros (BRANDÃO *et al.*, 2019).

Escolher o referencial teórico pressupõe conhecer as teorias de Enfermagem e exige empatia pela teoria em relação aos seus conceitos, pressupostos e proposições, à viabilidade de aplicação do modelo teórico, às necessidades específicas das pessoas, à cisão entre o modelo teórico e a Filosofia, e à missão e aos objetivos do serviço de enfermagem institucional (BOUSSO *et al.*, 2014).

Identificar o metaparadigma da Enfermagem e os conceitos centrais da disciplina é o primeiro passo para compreendê-la. O metaparadigma é o componente mais abstrato e geral da hierarquia estrutural do conhecimento, que possibilita identificar os fenômenos primários de interesse de uma ciência (GARCIA; NOBREGA, 2009) e pode ser feito com uma teoria para clarear os conceitos dela.

No Modelo Conceitual das Necessidades Humanas Básicas, os conceitos apresentados e definidos por Horta abordam a saúde, o ambiente, o indivíduo e a Enfermagem. Suas definições e relações estruturam as teorias e os modelos conceituais que respondem claramente a questões sobre o que os enfermeiros fazem ou devem fazer, dão inúmeras respostas a educadores, pesquisadores e administradores e documentam a prática de enfermagem (FAWCETT, 2000).

Horta (2011, pp. 29-30) define a saúde como “um estado de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço. Ela assevera que “as necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconfortos, que, caso se prolonguem, tornam-se causa de doença [...]” e que “[...] o ser humano tem necessidades básicas que precisam ser atendidas para seu completo bem-estar [...]”.

A doença é, portanto, um estado de desequilíbrio resultante da não satisfação das necessidades humanas básicas. Nesse conceito, percebe-se que é difícil saber quais as

necessidades que precisariam ser satisfeitas para se ter saúde/doença. Essa falta de operacionalização impede o enfermeiro de identificar, na prática, a pessoa saudável ou enferma, porque os indicadores de saúde, quantitativamente e qualitativamente, não são esclarecidos nessa definição. Chama a atenção o fato de Horta ter proposto seu modelo conceitual na década de 1970, o que explica o conceito obsoleto e não operacional de saúde.

O ambiente é considerado o “[...] universo dinâmico [...]” onde o ser humano está “[...] sujeito a todas as leis que o regem no tempo e no espaço”. Esse ambiente pode envolver somente os arredores que envolvem o cliente naquele momento ou todo o universo que o circunda. O indivíduo, considerado pela autora como ser humano (indivíduo, família ou comunidade), é entendido como “[...] parte integrante do universo dinâmico, que se encontra em constante interação com o mesmo, que está sujeito às leis que o regem, aos estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço [...]”. Acrescenta que “[...] é um agente de mudança, que se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, imaginação e simbolização, e por poder agregar presente, passado e futuro [...]” (HORTA, 2011, p.29).

Ao longo da obra, Horta apresenta vários conceitos de enfermagem, mas estabelece este claramente como o que é usado em seu modelo. Ela considera a Enfermagem como

[...] a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar; manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 2011, p. 31).

Além dos conceitos de metaparadigma, a teórica traz conceitos relacionados aos aspectos filosóficos da ciência. Ela inicia sua obra abordando a Filosofia, a Teoria e a Ciência da Enfermagem e afirma que nenhuma ciência pode sobreviver sem uma filosofia própria, por isso entende que a Enfermagem não pode prescindir de uma filosofia que lhe conceda bases seguras para seu desenvolvimento (HORTA, 2011). Por isso considerou importante iniciar suas reflexões teóricas expondo o que considera comum nos conceitos da Filosofia - o Ser, o Conhecer e a Linguagem. Em relação à Enfermagem, distinguiu três seres: Ser-Enfermeiro, Ser-Cliente e Ser-Enfermagem. A clareza semântica e estrutural de ideias facilita o entendimento dos conceitos. Também é possível perceber sua abstração (HORTA, 2011):

- **Ser-Enfermeiro:** “gente que cuida de gente; é um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a Enfermagem” (p. 2);
- **Ser-Cliente ou paciente:** “pode ser um indivíduo, uma família ou uma comunidade [...] que necessitam de cuidados de outros seres humanos em qualquer fase do ciclo vital e do ciclo saúde-doença” (p.2);
- **Ser-Enfermagem** é “um Ser abstrato, que se manifesta na interação e na transação do Ser-enfermeiro com o Ser-cliente ou Paciente” (p. 2).

Horta (2011) apresenta as teorias classificadas por níveis (I- isolamento de fatores, II- relacionamento de fatores, III- relacionamento de situações e IV- prescritivas) e classifica sua obra como uma teoria de nível IV, prescritiva e que é aconselhável que, na Enfermagem, as teorias sejam desse nível e preencham as seguintes características, finalidade e/ou escopo, complexidade, utilidade, valores implícitos, validade, ser geradora de informações, ter terminologia própria.

McEwen e Wills (2016) acreditam que esse tipo de teoria é o mais alto nível de desenvolvimento da teoria, porque prescreve atividades necessárias para alcançar metas. Meleis (2012) considera que as teorias prescritivas abordam terapêutica na Enfermagem e preveem as consequências das intervenções.

É mais adequado classificar a obra de Wanda Horta como um modelo conceitual, definido como um conjunto de conceitos e proposições abstratas e gerais, intimamente relacionadas. A criação de modelos conceituais também é um componente do desenvolvimento da teoria para explicar e definir os relacionamentos, a estrutura e os vínculos (Mc EWEN; WILLS, 2016). Como, dentro de uma teoria, existem vários componentes como a finalidade, os conceitos e as definições, as declarações teóricas, a estrutura e os pressupostos são elementos que não são bem esclarecidos na obra de Horta.

Embora alguns conceitos não tenham definições teóricas ou operacionais claras, outros são bem definidos. Horta acrescenta que de sua teoria decorrem conceitos, proposições e princípios que fundamentam a ciência da Enfermagem. Um exemplo de conceito claro é o de Enfermagem, apresentado anteriormente, e o de assistir em Enfermagem.

Horta refere que assistir em Enfermagem é “[...] fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudá-lo ou auxiliá-lo quando parcialmente impossibilitado de se auto-cuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais [...]” (HORTA, 2011, p.31). A partir desses conceitos, algumas proposições são apresentadas, de

forma concreta e clara, como as funções do enfermeiro em três áreas ou campos de atuação: Área Específica, Área de Interdependência ou de Colaboração e Área Social.

A Área Específica consiste em assistir o ser humano para atender às suas necessidades básicas e torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado. A Área Interdependência ou de Colaboração refere-se a sua atividade na equipe de saúde, no que se refere à manutenção, à promoção e à recuperação da saúde. A Área Social corresponde a sua atuação como um profissional a serviço da sociedade (HORTA, 2011).

Segundo, ainda, a autora, a Ciência da Enfermagem é o estudo das necessidades humanas básicas, dos fatores que alteram sua manifestação, do atendimento e da assistência a ser prestada. Em outro momento de sua obra, a teórica afirma que ciência pode ser compreendida de diferentes formas, umas delas é como o conjunto de conhecimentos organizados e sistematizados. Porém entende que a Enfermagem não se situa, já que, embora tenha um corpo de conhecimentos próprio, eles não se encontram organizados e sistematizados. Afirma que a Enfermagem se enquadra como uma atividade humana que acumulou conhecimentos empíricos do ponto de vista histórico e crescente (HORTA, 2011).

Há décadas, a Enfermagem vem buscando definir seu corpo de conhecimento próprio, e para que atue de forma eficiente, segundo a autora, o enfermeiro necessita desenvolver sua metodologia de trabalho, que se fundamenta no método científico, denominado de Processo de Enfermagem (HORTA, 2011).

Horta trouxe uma importante colaboração para a Enfermagem brasileira, quando introduziu, no Brasil, o Processo de Enfermagem, conceituado como uma metodologia de trabalho, composto de ações sistematizadas e inter-relacionadas, cujo foco é a assistência ao indivíduo, à família ou à comunidade (HORTA, 2011, p. 34). Essa metodologia é dividida em seis fases: a de Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Plano Assistencial, Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem; Evolução e Prognóstico. Em sua obra, ela esclarece que o enfermeiro necessita usar instrumentos básicos para aplicar o processo, que são as habilidades, os conhecimentos e as atitudes indispensáveis para executar determinada atividade, como observação, comunicação, aplicação do método científico, aplicação dos princípios científicos, destreza manual, planejamento, avaliação, criatividade, trabalho em equipe e utilização de recursos da comunidade (HORTA, 2011).

O processo introduziu e diferenciou termos como Assistência de Enfermagem e Cuidado de Enfermagem. O conceito de Assistência de Enfermagem é claramente definido como “a aplicação, pelo enfermeiro, do Processo de Enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender às necessidades básicas do ser humano”; e o Cuidado

de Enfermagem é entendido como “a ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento situação ou condição do ser humano” (HORTA, 2011, p. 35).

O modelo proposto tem como núcleo as NHB, consideradas como os Entes da Enfermagem. Ente, do latim *ens*, é um conceito filosófico que significa aquilo que é, existe ou pode existir; ser; objeto. Considerando a preocupação da autora em caracterizar a Enfermagem como ciência, o termo *ente* é empregado, em seu modelo conceitual, como *ente concreto*, a necessidade básica que faz parte do ser humano. Ainda sob essa ótica, ela acrescenta que o objetivo da Enfermagem é de “[...] assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, sendo estas os entes da Enfermagem” (HORTA, 2011, p. 37). Como toda ciência deve determinar seu ente concreto, descrevê-lo, explicá-lo e predizer sobre ele, a Enfermagem deve descrever, explicar e predizer as necessidades humanas básicas.

As NHB são apresentadas e definidas como “estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais” (p.38). Horta considera que as necessidades são universais, mas variam de um indivíduo para outro e sofrem influência de fatores como individualidade, idade, gênero, cultura, escolaridade, questões socioeconômicas, ciclo saúde-doença e ambiente físico. Os Problemas de enfermagem são vistos como “situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, da família e da comunidade e exigem, por sua vez, assistência de enfermagem” (HORTA, 2011, p.38).

Nota-se que, embora a teórica ressalte que a Enfermagem é prestada ao ser humano e, não, a sua doença ou desequilíbrio, há uma forte influência do modelo biomédico da autora quando ela relaciona sinais e sintomas (problemas de enfermagem) às necessidades humanas não atendidas, o que vai ao encontro das leis que a fundamentaram, a Lei do Equilíbrio (homeostase), a Lei da Adaptação (ajustamento) e a Lei do Holismo (o ser humano como um todo) (HORTA, 2011).

Existe, ainda, uma lista de NHB, mas, no modelo, não há definição teórica, operacional ou descritiva de cada necessidade e suas relações, o que dificulta os pesquisadores da área relacioná-las e/ou perceberem o distanciamento entre elas, como a própria autora sugere. Existem exemplos de manifestação de necessidade (necessidade de oxigenação e necessidade de amor) com sua definição teórica, mas as outras necessidades não são mencionadas. Ela só enuncia que esses dois exemplos podem ilustrar a complexidade e o desafio do estudo da Enfermagem.

Identificar declarações relacionais, ou seja, as formas como os conceitos se relacionam entre si, nem sempre é um processo fácil. Por essa razão, é preciso analisar profundamente os principais conceitos ao longo da teoria para estabelecer uma relação entre eles de forma explícita ou implícita. Não apresentar definições claras é uma fragilidade, porquanto é difícil estabelecer consistência de uso na prática, vital para quem pretende aplicar a teoria (McEWEN; WILLS, 2016).

Embora sua obra tenha sido inspirada na teoria da motivação humana de Maslow (psicólogo humanista), que se fundamenta nas Necessidades Humanas Básicas, hierarquizadas em cinco níveis: necessidades fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de autorrealização, de forma que o indivíduo só passa a procurar satisfazer a um nível mais elevado quando o anterior for minimamente satisfeito, ela não escolhe utilizar essa classificação, pois Maslow coloca a autorrealização como o nível mais alto da necessidade humana. Horta prefere utilizar a classificação proposta por João Mohana, padre, médico e escritor brasileiro, que classifica a vida psíquica em três níveis distintos e inseparáveis: o nível psicobiológico, o psicossocial e o psicoespiritual. Os dois primeiros níveis são comuns a todos os seres humanos, e sua manifestação e seu atendimento variam de indivíduo para indivíduo. O terceiro nível é uma característica exclusiva do homem (HORTA, 2011; MASLOW, 1970; MOHANA, 1964).

A forte influência desse autor pode estar relacionada à religiosidade de Horta, cujo destaque no modelo teórico é o cunho espiritual. Mohana (1964) considera que o nível psicoespiritual seria superior aos demais níveis, já que ele é exclusivo do homem e traz para ele uma “superioridade zoológica”. Então somente ele pode encontrar sentido da vida.

Para o autor, a missão religiosa ou atividade social é uma forma de evitar a frustração humana. Um frustrado no nível psicossocial pode superar sua frustração por meio do nível psicoespiritual, já que é o único superior a ele. Mas um frustrado no nível psicoespiritual é considerado um enjaulado, sem porta e sem chave, porque não dispõe de outro nível superior para realizar sua sublimação salvadora. Então, será em vão sua busca em outros níveis, pois só Deus pode trazer sentido, solidez e paz à vida do homem. Só a fé torna o homem íntegro, inteiro, uma pessoa concluída (MOHANA, 1964).

O desenvolvimento de Teorias de Enfermagem é influenciado por diversos aspectos, como: visão de mundo, contexto social, político e econômico, compromisso com a profissão, momento histórico e experiência profissional. Trata-se de passos sistemáticos, a fim de tornar explícitos os estágios de desenvolvimento para que outros pesquisadores possam rever os

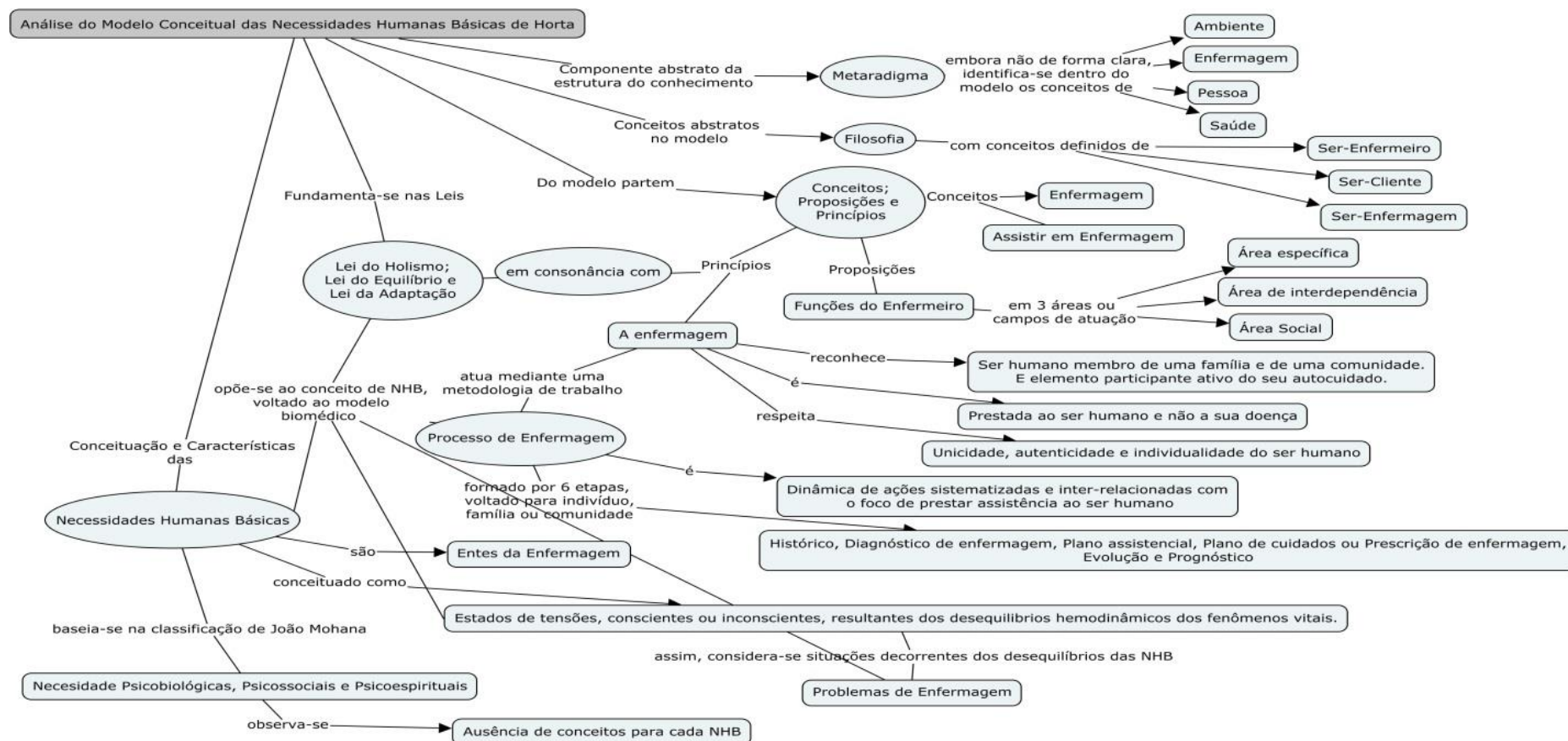
processos e testar hipóteses, gerando um avanço da própria teoria e da ciência da Enfermagem (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

As definições existem para clarificar a natureza da abstração. Isso sugere que as palavras que representam uma ideia (conceito) devem ser expressas na realidade. Um mesmo conceito pode ser definido por diversos autores de maneiras diferentes e, de uma teoria, podem ser retirados, clarificados ou refinados na tentativa de atingir a consistência dos significados. O refinamento dos conceitos é um processo contínuo, que envolve modificações teóricas e operacionais, para que a teoria e seus conceitos se aproximem do mundo empírico. A significância de uma definição está relacionada ao significado clínico e seu valor para a prática de enfermagem. Se uma teoria tem conceitos, definições, objetivos e hipóteses fundamentados na prática, ela não só terá valor prático, como também irá melhorar a própria teoria e, conseqüentemente, o receptor dos cuidados - a pessoa (WALKER; AVANT, 2011).

Definir um conceito é essencial para discernir o fenômeno de interesse e sua relação. Também é útil para determinar os postulados de uma teoria, visualizando mais facilmente as declarações relacionais entre dois ou mais conceitos ou variáveis. É fundamental que os conceitos estejam definidos com mais clareza possível, a fim de evitar ambigüidade em sua compreensão e seu uso. Se as teorias existem para ser testadas, os conceitos devem ser mensuráveis. As definições teóricas e operacionais estabelecem pontos de referência para localizar o conceito. A ordenação lógica confere ordem conceitual à teoria, portanto o desenvolvimento completo da teoria requer a organização dos conceitos (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Os principais conceitos do modelo conceitual de Horta são metaparadigma (saúde, ambiente, indivíduo e enfermagem), assistir, assistência de enfermagem, cuidados de enfermagem, processo de enfermagem, ser (enfermeiro, enfermagem, cliente), necessidades humanas básicas (entes da Enfermagem) e problemas de enfermagem (Figura 1). As definições desses conceitos, excetuando-se os que compõem o metaparadigma e os entes da Enfermagem, são operacionais o suficiente para clarificar sua aplicação na prática de enfermagem. Porém, antes de aplicar o modelo, o enfermeiro deve definir os conceitos do metaparadigma e das necessidades humanas básicas na pessoa.

Figura 1- Relação entre os conceitos do Modelo conceitual de Horta. João Pessoa, Paraíba, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

4.3 Modelo teórico baseado nas Necessidades Humanas Básicas voltadas para prevenção de lesão por pressão e tratamento de pessoas acometidas por elas

A Enfermagem, como ciência e profissão que lida diretamente com seres humanos, precisa assistir a pessoa em toda a sua complexidade. Para isso, o profissional deve ter embasamento técnico-científico, conhecer as teorias para nortear sua prática e individualizar e sistematizar o cuidado, tendo em vista a promoção da saúde e a recuperação da doença.

Considerando as características específicas de cada lesão e a individualidade de cada pessoa, compete ao enfermeiro planejar a assistência de enfermagem, para atender às suas necessidades físicas, emocionais e espirituais, e ter conhecimentos de dermatologia e dos fatores que interferem na cicatrização. É necessário fazer uma coleta de dados precisa, relevante e abrangente, para que, a partir de um pensamento crítico de análise, síntese, reflexão e conclusão, possa elaborar diagnósticos de enfermagem prioritários desde a admissão até sua alta, com intervenções direcionadas aos problemas identificados.

O Processo de Enfermagem melhora a qualidade da assistência prestada, por ser um método individualizado, planejado, avaliado e, principalmente, contínuo, posto que abrange desde a prevenção até o tratamento.

A assistência de enfermagem destina-se a prevenir ou tratar complicações. É uma metodologia própria de trabalho, que deve ser utilizada como uma ferramenta fundamentada em um processo sistematicamente planejado de cuidar, constituído por um conjunto de etapas, em que se sobressai a importância do cuidado individual mediante uma abordagem de solução de problemas fundamentados em teorias e modelos conceituais de enfermagem.

Delinear os conceitos maiores que permeiam o metaparadigma deste estudo é fundamental para estabelecer as metas de cuidado destinado às pessoas com lesão por pressão. Assim, o *ser humano* é a pessoa com lesão por pressão, receptora de cuidados, único e indivisível, singular em sua especificidade, que necessita de ajuda e é influenciado pelas relações inter-humanas em espaço e tempo definidos, de acordo com a situação compartilhada, e necessitam de apoio em suas diversas dimensões.

A *Enfermagem* é uma ciência e uma arte considerada como um encontro do profissional/pessoa em busca de seu bem-estar e do seu equilíbrio, para atender as suas necessidades, a fim de prestar um cuidado holístico. É o estar junto, compartilhando experiências vividas, oferecendo ajuda e suporte, que não pode ser normatizado por regras e rotinas pré-estabelecidas, acontece como presença, encontro, diálogo, intersubjetividade e revela-se como chamado e resposta de pessoa para pessoa.

A *saúde*, que é a finalidade da assistência de enfermagem, envolve o bem-estar, o equilíbrio ou a qualidade de vida. É resultado dos ajustes que a pessoa faz diante da vida e, quando possível, deve ser decidida pela pessoa e pelo enfermeiro.

O *ambiente*, na instituição hospitalar, é onde a pessoa com lesão por pressão se encontra, é o espaço onde uma situação ou um fenômeno acontece. Em particular, é o *ambiente* do cuidado, que se inicia na unidade de internação e se estende até sua alta.

O enfermeiro tem a responsabilidade de oferecer a ajuda requerida para satisfazer às necessidades da pessoa durante a hospitalização. É o agente da ação de enfermagem, com sua capacidade como profissional cientificamente embasado, que tem a função de manter o indivíduo em perfeito equilíbrio e com saúde.

No Brasil, esse modelo tem sido vastamente estudado nos diversos programas de graduação e pós-graduação que o utilizam como referencial teórico nos mais diversos estudos e pesquisas e implantado na prática clínica dos enfermeiros por sua excelente e fácil aplicabilidade. Esse modelo também contribui com diversos estudos para o planejamento em saúde e a assistência sistematizada e individualizada, fornecendo diretrizes para escolher intervenções adequadas e obter resultados positivos na assistência.

A escolha pelo modelo teórico para criar o protocolo contribui para guiar o processo de construção e o de desenvolvimento do conhecimento. A teoria confere significado ao conhecimento para melhorar a prática descrevendo e explicando os fenômenos. Conduz à autonomia profissional, orienta a prática, o ensino e a investigação, no âmbito da profissão, e estimula o pensamento crítico.

PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Considerações teórico-metodológicas

Pesquisa metodológica, de caráter qualiquantitativa, que foi desenvolvida com o objetivo de construir e validar um protocolo. Esse método foi escolhido, porque possibilita o desenvolvimento de novos instrumentos, a validação e a avaliação dos métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2018). É classificada como não experimental, porque envolve diferentes métodos de coleta, organização e análise dos dados e tem o objetivo de identificar um construto indiscutível com vistas a torná-lo discutível e prático. É representado a partir de um fluxograma, protocolo, lista de passos ou considerações a serem seguidas e aplicáveis na prática, contexto em que se situa o protocolo aqui proposto (POLIT; BECK, 2018).

Estudos sobre a construção e a validação de instrumentos de pesquisa têm sido amplamente desenvolvidos na Enfermagem, o que configura a necessidade de ampliar o conhecimento acerca do parâmetro de validade. É necessário avaliar os possíveis constructos e modelos a serem utilizados para a criação de novos instrumentos para que possam refletir fielmente sobre a prática diária.

A literatura apresenta modelos clássicos e modernos que podem ser utilizados na criação de instrumentos. Modelos clássicos, como o de Fehring (1987), e mais modernos, como os de Coluci, Alexandre e Milani (2015), são empregados até os dias atuais em diversas pesquisas. Em seu modelo, Fehring (1987) apresenta algumas formas de validar o diagnóstico, a saber: o modelo de validação de conteúdo diagnóstico, o modelo de validação clínica de diagnóstico e o modelo de validação diferencial. Também apresenta uma importante contribuição relacionada à adoção de critérios para selecionar e captar os especialistas para o estudo.

O modelo proposto por Coluci, Alexandre e Milani (2015) preconiza que a validação é um processo complexo que consome vários recursos e requer a mobilização de capacidades e de conhecimentos de diversas áreas. Os autores sugerem que a validação de instrumentos envolve as seguintes etapas: I – a de estabelecimento da estrutura conceitual; II – a de definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; III – a de construção dos itens e das escalas de resposta; IV- a de seleção e organização dos itens; V – a de estruturação do instrumento; VI – a de validade de conteúdos e VII – o pré-teste.

Segundo os autores supracitados, para criar instrumentos de medida, é fundamental estabelecer o contexto do instrumento, sustentar o desenvolvimento dos domínios e dos itens, estabelecer seus objetivos e possibilitar que eles tenham conexão

com os conceitos a serem abordados. Caracterizar a população-alvo serve para justificar a relevância da criação (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Para criar os itens do instrumento, podem ser utilizados alguns recursos, como a busca na literatura, as escalas já existentes, os relatos da população-alvo, a observação clínica e a opinião de especialistas ou resultados da pesquisa. Para construir as escalas de resposta, podem-se empregar a escala visual analógica, escalas adjetivas, escalas tipo Likert, escala de faces, entre outras (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Alguns critérios de seleção e organização dos itens podem ser estabelecidos na estruturação do instrumento para evitar ambiguidade ou incompreensão (termos vagos, duplas perguntas, jargões e/ou que remeta a juízos de valor). A estruturação do questionário é o estágio em que se objetiva consolidar as etapas anteriores, organizar os itens em seus respectivos domínios e estabelecer o formato geral do instrumento. Contribui para reduzir o esforço físico e/ou mental dos respondentes e assegura que todos os termos sejam tratados de forma que o interesse do respondente seja mantido até o final do questionário. Devem-se considerar, por exemplo, o título, as instruções, as escalas de respostas e os escores (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Quanto ao procedimento de validade de conteúdo, recomenda-se que, depois que o instrumento for estruturado e organizado, deverá ser testado quanto à hipótese, ou seja, os itens escolhidos devem representar e/ou contemplar adequadamente os domínios do constructo desejado. O procedimento de escolha é a avaliação de conteúdo, a qual é essencial no processo de desenvolvimento de novos instrumentos de medidas porque representa o início de mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Os autores recomendam que o conteúdo seja avaliado por um comitê composto de cinco a dez especialistas na área do instrumento de medida. Essa avaliação por pode envolver procedimentos qualitativos e quantitativos. O processo é iniciado com o convite aos especialistas, acompanhado de uma carta-convite (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Estes devem: 1) julgar se o instrumento está adequado quanto aos domínios e ao conteúdo, ou seja, verificar se o conteúdo está apropriado para os respondentes, se a estrutura do domínio e seu conteúdo estão corretos e se o conteúdo contido no domínio é representativo; e 2) avaliar separadamente cada item do instrumento (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A avaliação de cada item será calculada pela proporção de especialistas que concordam com determinados aspectos do instrumento e de seus itens, o que corresponde ao Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O instrumento também deverá ser avaliado quanto à clareza, à pertinência e à abrangência de cada item. A clareza é

avaliada pela redação dos itens. Significa observar se estão redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressam adequadamente o que se espera medir. Avaliar a pertinência ou a representatividade consiste em saber se os itens refletem realmente os conceitos envolvidos, se são relevantes e se são e/ou estão adequados para atingir os objetivos propostos. Avaliar a abrangência consiste em verificar se cada domínio foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens. Os documentos devolvidos pelos especialistas devem ser avaliados e revisados (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

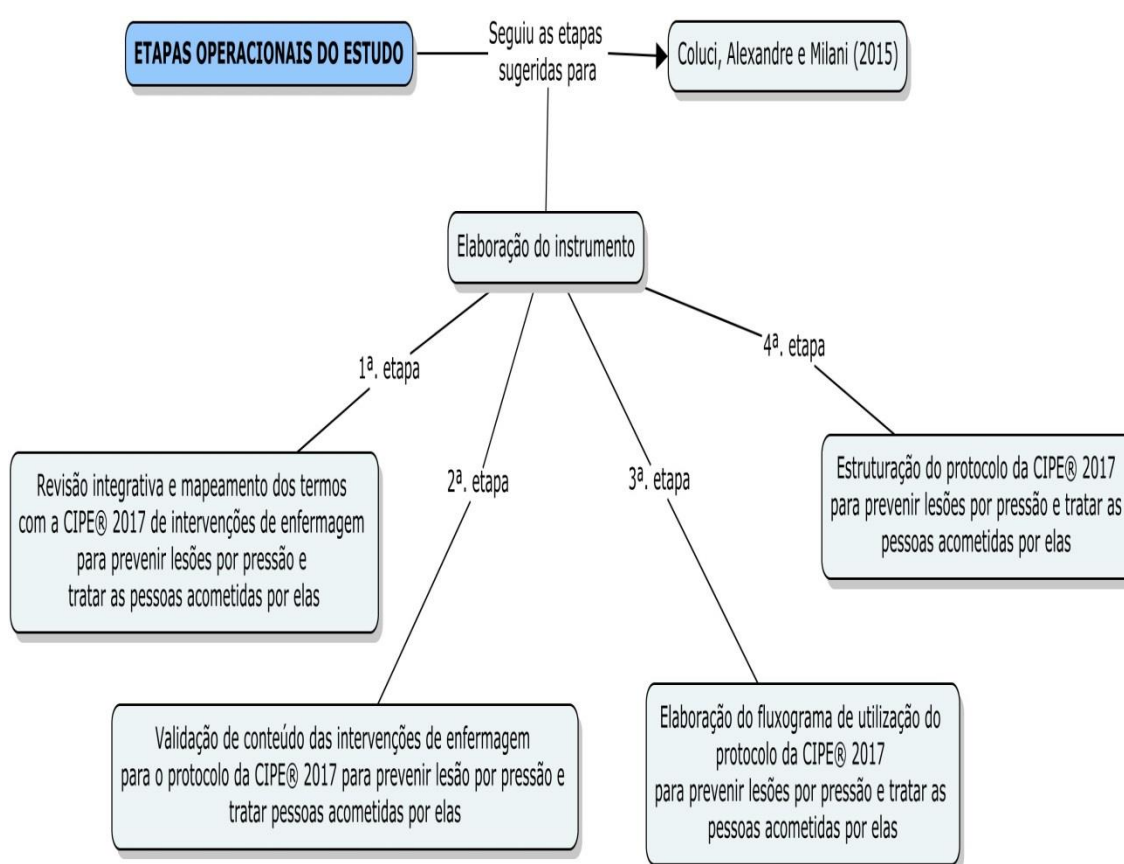
O procedimento de pré-teste tem o objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina, para que possam ser avaliadas suas propriedades psicométricas. A literatura descreve vários atributos que podem ser testados no processo de avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento, como: validade (*validity*), confiabilidade (*reliability*), praticabilidade (*practicability*), sensibilidade (*sensitivity*), responsividade (*responsiveness*) e interpretabilidade (*interpretability*). Essas propriedades do instrumento não são estáticas, pois podem mudar de acordo com as mudanças da população do estudo (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Considerando que os referidos modelos não foram desenvolvidos para validar especificamente intervenções de enfermagem, foram necessários ajustes e adaptações para o foco de interesse, aspecto considerado nesta pesquisa, cujo intuito foi de verificar a validade do conteúdo de um instrumento direcionado para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas. Assim, levando em consideração os modelos apresentados, foram utilizadas algumas etapas metodológicas adaptadas propostas por Coluci, Alexandre e Milani (2015). Para selecionar os especialistas, foi considerado o critério recomendado por Fehring (1987), também utilizado até os dias atuais em diversos estudos (NOGUEIRA; NOBREGA, 2015; CUNHA *et al.*, 2016; GONÇALVES *et al.*, 2016; PEDREIRA *et al.*, 2016; RUDVAL *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2017; LEITE *et al.*, 2018).

5.2 Etapas operacionais da pesquisa

O presente estudo seguiu as seguintes etapas operacionais: 1) revisão integrativa e mapeamento dos termos com a CIPE® 2017 de intervenções de enfermagem para prevenir e tratar lesões por pressão; 2) validação de conteúdo do instrumento por especialistas; 3) elaboração do fluxograma de utilização do protocolo da CIPE® 2017; e 4) estruturação do protocolo da CIPE® 2017 para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas. Os passos deste estudo são apresentados na Figura 2:

Figura 2- Modelo esquemático das etapas operacionais da pesquisa. João Pessoa-PB, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa.

Para atender ao rigor metodológico da pesquisa, foram seguidos os passos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2012) e pelo Guia para Estruturação de Protocolos Assistenciais de Enfermagem (PIMENTA *et al.*, 2015), com os seguintes elementos para estruturação do protocolo: 1) Origem: identificação da instituição/departamento que emite o protocolo; 2) Objetivo: a situação e as categorias de pessoas beneficiadas e o grupo de profissionais que o implementará; 3) Grupo de desenvolvimento: profissionais especialistas e relevantes na área e usuários finais; 4)

Conflito de interesse; 5) Evidências científicas; 6) Revisão por membros externos ao grupo elaborador; 7) Fluxograma; 8) Indicador de resultado; 9) Validação feita pelos profissionais que utilizarão o protocolo; 10) Validação feita pelo usuário; 11) Limitações e 12) Plano de implementação.

O protocolo foi originado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, no Grupo de Estudos e Pesquisas em Feridas, com o objetivo de criar um protocolo da CIPE® para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas essa doença. A pesquisa foi fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (HORTA, 2011).

5.2.1 Revisão integrativa da literatura e mapeamento com a CIPE® de intervenções de enfermagem para prevenir lesão por pressão e tratar pessoas acometidas por elas

A revisão integrativa da literatura é considerada um dos mais amplos métodos de pesquisa por possibilitar a inclusão simultânea de estudos experimentais e não experimentais para que o pesquisador compreenda plenamente o fenômeno em estudo. Além disso, pode combinar dados teóricos e da literatura empírica. Para sua realização, seguiram-se as seguintes etapas: definição da questão de pesquisa e objetivos da revisão integrativa, estabelecimento de critérios de seleção da amostra, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, discussão e apresentação dos resultados e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A primeira etapa desta pesquisa foi desenvolvida no período de agosto a setembro de 2018, com o objetivo de buscar evidências das diretrizes clínicas acerca das intervenções de enfermagem prestadas à pessoa adulta com LP. Para proceder à seleção das intervenções de enfermagem da CIPE® 2017 para o protocolo, utilizou-se como diagnóstico de enfermagem *Integridade da pele prejudicada*.

Considerou-se a seguinte questão de pesquisa: Qual a produção científica publicada na literatura sobre as intervenções de enfermagem para prevenir e tratar lesão por pressão? Utilizaram-se as seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde), MEDLINE (*National Library of Medicine and National Institutes of Health*) e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*).

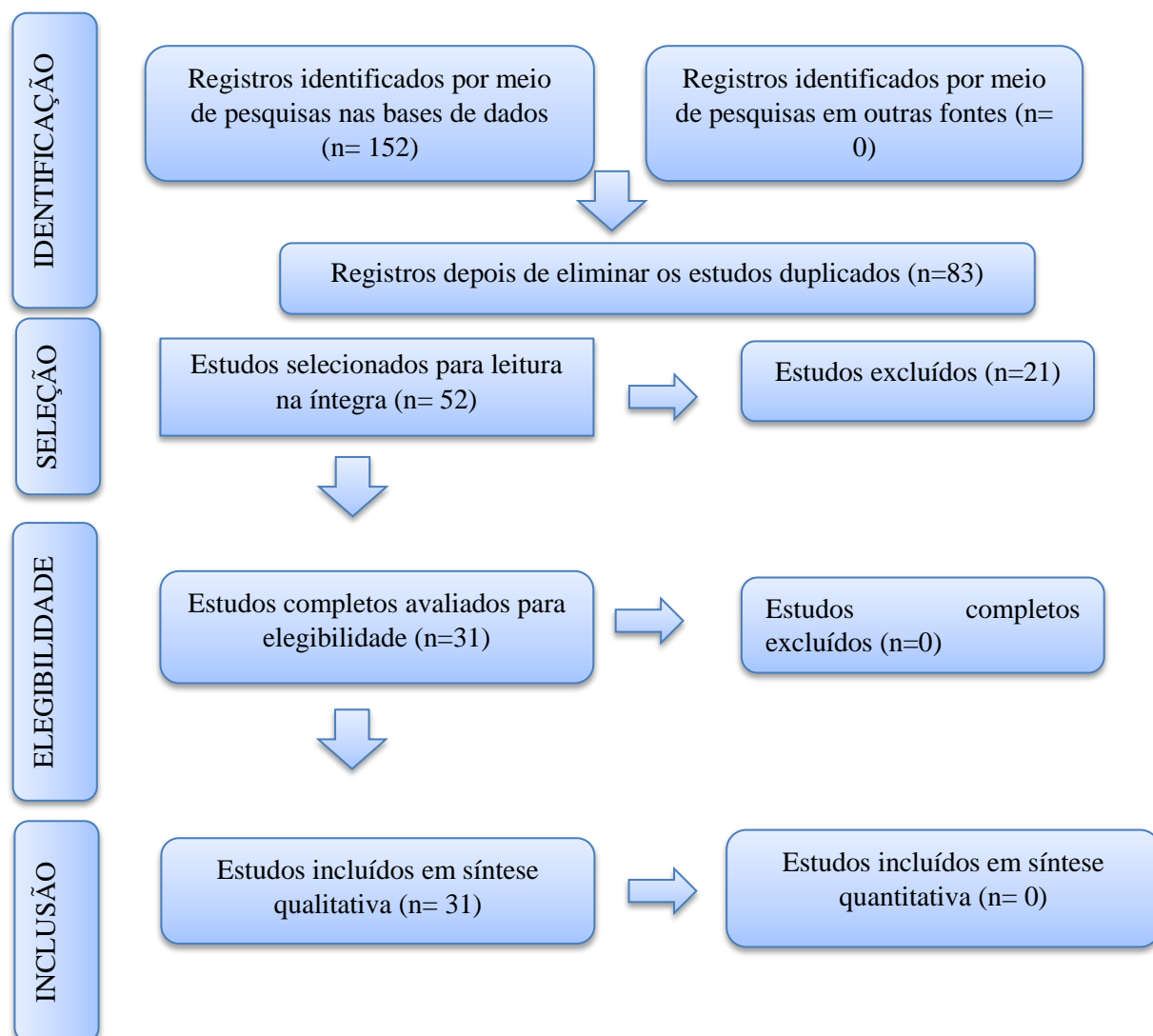
A estratégia de busca empregada foram os descritores: ‘lesão por pressão’, ‘úlceras por pressão’, ‘ferimentos e lesões’, ‘protocolo’, ‘tratamento’, ‘terapêutica’,

‘modalidade terapêutica’, ‘cicatrização’, ‘processo de enfermagem’, ‘cuidados de enfermagem’, ‘enfermagem’, que foram combinadas por meio do operador booleano AND em múltiplas combinações.

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos que abordassem as intervenções de enfermagem para lesões por pressão e que respondessem a questão norteadora deste estudo; artigos completos, disponíveis gratuitamente e eletronicamente; nos idiomas inglês, português e espanhol e publicados nos últimos cinco anos, entre o período de 2014 e 2018. Eliminaram-se da amostra: teses, dissertações, monografias, trabalhos de conclusão de curso, relatos de experiência, manuais, resenhas, notas prévias e artigos que não contivessem resumos disponíveis.

Elaborou-se um instrumento de coleta de dados, que foi preenchido para cada artigo da amostra, a fim de facilitar a análise e posterior síntese. Extraíram-se informações sobre: 1) o autor: dados de identificação; 2) o artigo: título, nome do periódico, ano de publicação, país de origem, área do conhecimento; 3) a metodologia: amostra do estudo, local e tipo de estudo e nível de evidência; 4) os principais achados e conclusões.

Discutiram-se e interpretaram-se criticamente os resultados e, por fim, apresentou-se a síntese do conhecimento produzido com o propósito de divulgar os principais resultados. Mapearam-se os achados, posteriormente, com a CIPE[®] 2017, conforme evidenciado no fluxograma apresentado na Figura 3.

Figura 3 - Fluxograma da seleção dos estudos - João Pessoa-PB, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa.

5.2.2 Validação de conteúdo das intervenções de enfermagem para o protocolo da CIPE 2017 para prevenir lesão por pressão e tratar pessoas acometidas por elas

5.2.2.1 Local da pesquisa

Para encontrar enfermeiros que pudessem atuar como especialistas, procedeu-se a uma busca avançada, por assunto, na Plataforma *Lattes*, no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

5.2.2.2 População e amostra

Para procurar a população do estudo na Plataforma *Lattes*, utilizaram-se os termos ‘feridas’ ou ‘lesões’ e ‘úlceras por pressão’ ou ‘lesão por pressão’, ‘doutores e

demais pesquisadores'; com nacionalidade 'brasileira'; da grande área 'Ciências da Saúde'; área 'Enfermagem'; e subárea 'enfermagem dermatológica'.

A população do estudo foi definida de acordo com o total de currículos lattes selecionados na busca - 340 currículos. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: a) ser enfermeiro; b) trabalhar com lesões há, pelo menos, um ano e c) ter, pelo menos, 5 pontos ou mais nos critérios estabelecidos por Fehring (1987).

Esses critérios foram baseados no Modelo de Validação de Conteúdo (*Diagnostic Content Validation*) proposto por Fehring (1987) e adaptados nesta pesquisa, considerando: título de mestre em Enfermagem: 4 pontos; título de mestre em Enfermagem com dissertação direcionada a conteúdo relevante do diagnóstico de enfermagem em estudo: 1 ponto; publicação de artigo sobre diagnóstico/intervenções de enfermagem/lesão por pressão em periódicos de referência: 2 pontos; artigo publicado sobre diagnósticos de enfermagem/ intervenções de enfermagem/lesão por pressão e com conteúdo relevante para a área: 2 pontos; título de doutor na área de diagnóstico de enfermagem: 2 pontos; experiência clínica de, pelo menos, um ano na área do diagnóstico/ intervenções de enfermagem/lesão por pressão em estudo: 1 ponto e certificado (especialização) de prática clínica relevante na área do diagnóstico/ intervenções de enfermagem/lesão por pressão em estudo: 2 pontos.

Quanto maior a pontuação, maior seria a força de evidência da avaliação. Cada um dos critérios mencionados apresentava uma pontuação. Porém, para ser considerado experto ou especialista é preciso obter o mínimo de cinco pontos. Foram excluídos da amostra profissionais que atuavam em hospitais pediátricos, pois o protocolo se destinava ao público adulto e a enfermeiros que obtivessem menos de 5 pontos na pontuação proposta por Fehring.

Para definir o tamanho amostral (n), considerando o programa em R, para uma proporção de 50% e um erro máximo de 10%, foi utilizada a fórmula:

$$z = qnorm(C + (1 - C) / 2)$$

onde,

n = tamanho da população; $p = 0.5$; $q = 1 - p$; $C = 0.95$, $d = 0.10$, $n_{zero} = z^2 * (p * q) / d^2$, n_{zero} #se $n_{zero} / N > 0,05$ então, $n = n_{zero} / (1 + n_{zero} / N)$.

Considerando, ainda, que se n/N não for desprezível, então:

$$N = n / [1 + (n - 1) / N] \approx n / [1 + n / N]$$

A partir dos critérios acima, a população definida foi de 65 especialistas que trabalhavam com o objeto de estudo desta pesquisa. Depois de executados os cálculos

do tamanho amostral, obteve-se a amostra de 30 especialistas, que participaram da pesquisa.

5.2.2.3 Instrumento de coleta dos dados

O instrumento de coleta dos dados foi composto de duas seções: a primeira, em que foram solicitados os dados sociodemográficos dos participantes (data de nascimento, idade, sexo, nome da instituição à qual pertencem, graduação e ano de conclusão, pós-graduação, tempo de experiência profissional, especialização em feridas, tempo de experiência no cuidado com feridas, conhecimento sobre o Processo de Enfermagem ou linguagem diagnóstica em enfermagem e conhecimento sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®).

A segunda parte constou de perguntas fechadas acerca das intervenções consideradas aplicáveis para prevenir e tratar LP (APÊNDICE A), juntamente com o Termo de consentimento livre esclarecido-TCLE (APÊNDICE B). Para estruturar o instrumento, foram utilizados artigos nacionais e internacionais provenientes da revisão da literatura desenvolvida por Oliveira *et al.* (2019). Para cada afirmativa de intervenção de enfermagem, na primeira rodada de avaliação pelos especialistas, criou-se uma escala tipo Likert de 4 pontos ordinais para o mesmo julgar: 1 = Não se aplica; 2 = Pouco aplicável; 3 = Parcialmente aplicável e 4 = Aplicável ao objeto de estudo da pesquisa.

Posteriormente, o instrumento foi novamente analisado quanto aos aspectos relacionados à clareza, à pertinência, à abrangência e à importância de cada item. Para cada afirmativa de intervenção de enfermagem, criou-se uma escala tipo Likert de 2 pontos ordinais para o especialista julgar: 1 = Não se aplica e 2 = Aplicável ao objeto de estudo (APÊNDICE C), juntamente com o Termo de consentimento livre esclarecido (APÊNDICE D).

5.2.2.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados nos meses de novembro de 2018 a maio de 2019, em duas fases. Na primeira, o instrumento foi entregue diretamente a cada juiz e/ou enviado por e-mail, com uma carta-convite (APÊNDICE E) que continha a apresentação do pesquisador, do orientador, do estudo e seus objetivos.

Foram enviadas 65 cartas-convite aos especialistas selecionados, por meio da Plataforma *Lattes* ou por e-mail. Oito retornaram o contato para participar da pesquisa. Com o objetivo de atender ao cálculo estabelecido no tamanho amostral, foi realizada a

técnica de ‘Bola de Neve’ (*Snowball*) - definição da amostra por referência. Assim, foi possível captar os especialistas atendendo ao tamanho amostral recomendado.

Na segunda etapa, os mesmos especialistas foram novamente convidados para mais um julgamento do instrumento, quanto à avaliação do domínio (estrutura do domínio e o conteúdo corretos) e dos itens individualmente (clareza, abrangência, pertinência, importância e aparência) das afirmativas, com o objetivo de melhorar o instrumento. Participaram dessa etapa cinco enfermeiros.

5.2.2.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados em uma planilha do aplicativo *Microsoft Excel* e analisados com apoio do sistema estatístico R, que possibilitou identificar o número de especialistas que concordaram com as afirmativas validadas (n), o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) e a Medida de fidedignidade *Alpha de Cronbach*, p-Valor associado a um IVC de 80%.

A VC foi calculada a partir do índice de validade de conteúdo (IVC), muito aplicada na área da saúde, pois possibilita analisar cada item individualmente e o instrumento como um todo. Esse método emprega uma escala tipo *Likert* com pontuação de um a quatro. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir: 1 = Não relevante ou não representativo (não se aplica); 2 = Item necessita de grande revisão para ser representativo (pouco aplicável); 3 = Item necessita de pequena revisão para ser representativo (parcialmente aplicável); e 4 = Item relevante ou representativo (aplicável). O IVC tem sido definido como a proporção de itens que recebe uma pontuação de ‘3’ ou ‘4’ pelos especialistas. Os itens que receberem pontuação ‘1’ ou ‘2’ devem ser eliminados ou revisados (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Optou-se neste estudo por eliminar os itens que obtiveram a pontuação ‘1’ ou ‘2’. O IVC foi calculado a partir da seguinte fórmula:

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas '3' ou '4'}}{\text{Número total de respostas}}$$

No caso de seis ou mais avaliadores, recomenda-se uma taxa de IVC não inferior a 0,78. Para verificar a validade de novos instrumentos, recomenda-se uma concordância mínima de 0,80 e ideal de 0,90 ou mais. Nesta pesquisa, admitiu-se 80% como valor de referência para o IVC (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; POLIT; BECK, 2018).

O *Alfa de Cronbach* avalia a consistência interna de uma escala, indica se todas as subpartes de um instrumento medem a mesma característica, reflete o grau de confiança entre os itens e é calculado a partir de correlações entre escores de itens individuais. Os valores acima de 0,80 ou mais são considerados excelentes; acima de 0,70 são geralmente ideais; e próximos de 0,60, satisfatórios. Valores baixos para a consistência interna indicam que alguns itens individuais podem estar medindo características diferentes (CRONBACH, 1951; SANTOS; CARVALHO; ARAUJO, 2016; SOUZA *et al.*, 2017; POLIT; BECK, 2018).

Portanto, se as correlações forem altas, há evidências de que os itens medem o mesmo construto, satisfazendo a avaliação da confiabilidade. De forma geral, examina-se a consistência interna pelo cálculo do *Alfa de Cronbach*, que tem uma faixa normal de valores entre 0,00 e +1,00. E quanto maior for o coeficiente de confiabilidade, mais precisa será a medição (SOUZA *et al.*, 2017; POLIT; BECK, 2018). Para calcular o coeficiente do *Alfa de Cronbach*, aplica-se esta fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k s_i^2}{S_{\text{soma}}^2} \right)$$

onde: k corresponde ao número de itens do questionário; s_i^2 corresponde à variância de cada item; e s^2_t corresponde à variância total do questionário, determinada como a soma de todas as variâncias (CRONBACH, 1951).

O valor-p ou p-valor é definido como a probabilidade de se observar um valor da estatística de teste maior ou igual ao encontrado. Tradicionalmente, o valor de corte para rejeitar a hipótese nula é menor ou igual a 0,05, o que significa que, quando não há nenhuma diferença, um valor tão extremo para a estatística de teste é esperado em menos de 5% das vezes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; FERREIRA; PATINO, 2015; POLIT; BECK, 2018).

A porcentagem de concordância (PC) é o método empregado para determinar a taxa de concordância entre os especialistas. Deve-se considerar como uma taxa ideal de concordância 90% entre os avaliadores, e satisfatória a PC acima de 80%, considerada aqui neste estudo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

5.2.3 Elaboração do fluxograma de utilização do protocolo da CIPE para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas e construção do protocolo

A terceira etapa, realizada em novembro de 2019, consistiu na elaboração do fluxograma de utilização, que ilustra de forma esquemática o processo de atendimento à pessoa pelo enfermeiro e a estruturação do Protocolo da CIPE® para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas, que foi organizado incluindo: 1) o objetivo, a descrição do método de coleta e conflito de interesse; 2) o modelo teórico utilizado que foi baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta; e 3) a relação das afirmativas de e intervenções de enfermagem distribuídas, segundo o modelo teórico.

5.3 Considerações éticas do estudo

Antes de ser realizado, o projeto da pesquisa foi apreciado pelo Grupo de Pesquisa em Feridas (GEPEFE) e aprovado em reunião do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB. Posteriormente foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB, em observância aos aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e pela Resolução COFEN nº. 567/2017 (COFEN, 2017), atendendo aos princípios legais e éticos da profissão, à filosofia da prática baseada em evidências e às diretrizes do Sistema Único de Saúde. Foi apreciado pelo CEP/HULW/UFPB e aprovado pelo CAAE 96366318.8.0000.5183 e pelo Parecer 2.965.744 (ANEXO A).

A seguir, serão apresentadas as etapas operacionais da pesquisa, que foram divididas em: Etapa 1- Revisão da literatura das intervenções de enfermagem para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas e mapeamento cruzado com a CIPE® 2017; Etapa 2- Validação de conteúdo por especialistas; Etapa 3- Elaboração do fluxograma de utilização do protocolo da CIPE® 2017 para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas; e Etapa 4- Construção do protocolo da CIPE® 2017 para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

ETAPA 1- Revisão da literatura sobre intervenções de enfermagem para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas e mapeamento cruzado com a CIPE® 2017

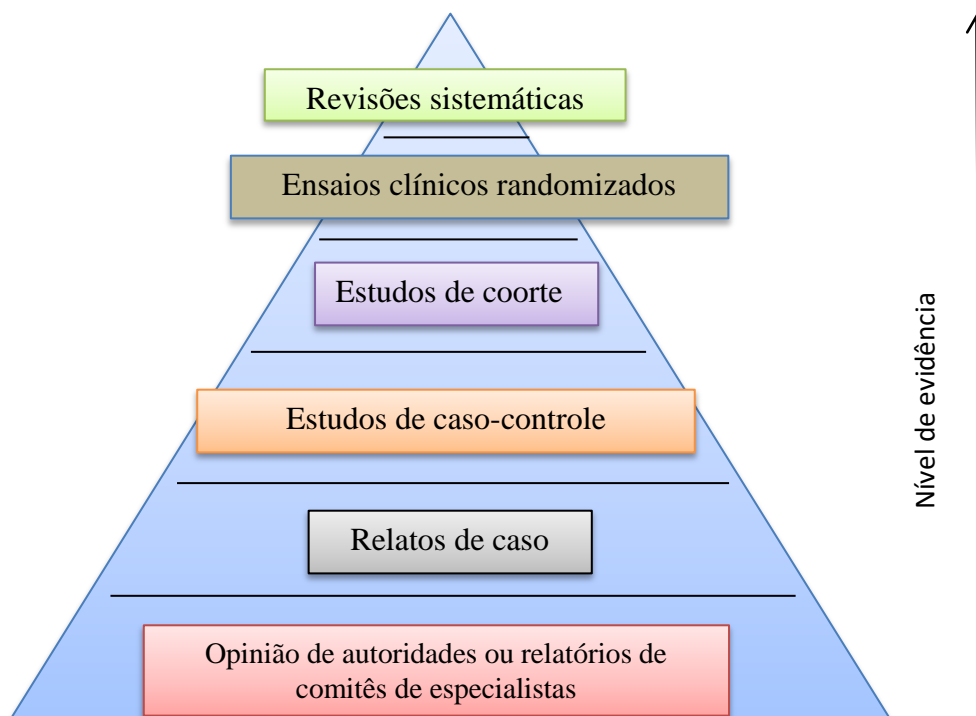
6.1.1 Revisão da literatura sobre intervenções de enfermagem para prevenir lesões por pressão e tratar as pessoas acometidas por elas

Na Enfermagem, a PBE tem sido utilizada nos resultados de pesquisas na prática profissional e é definida como uma abordagem para o cuidado clínico e para o ensino, baseada no conhecimento e na qualidade da evidência, com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde e de diminuir os custos operacionais (BROEIRO, 2015).

A melhor evidência é oriunda da pesquisa clínica relevante, focada na pessoa, para aprimoramento das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção. A PBE é um processo sistemático que envolve princípios interligados, dentre eles, destacam-se: cultivo do espírito investigativo, formulação da pergunta que guiará a revisão da literatura, realização de busca sistemática de literatura, seleção e avaliação crítica dos estudos mais relevantes, integração das melhores evidências à experiência do profissional, preferências e valores das pessoas e avaliação dos desfechos, que representam os resultados que se quer alcançar e mensurar o quanto se conseguiu alcançá-los e o modo de identificar a efetividade de uma intervenção, avaliar sua adequação e verificar a necessidade de mudanças (PIMENTA *et al.*, 2015).

A busca pelas melhores evidências é feita por meio de minuciosas buscas e análises das publicações. A pirâmide do nível de evidências que se apresenta na Figura 4 propõe a hierarquia de qualidade da informação para estudos clínicos. No topo da pirâmide, estão os estudos de melhor qualidade, que vai diminuindo à medida que se aproximam da base. Assim, temos ensaios clínicos randomizados, estudos de coorte, estudos de caso-controle, relato de caso, opinião de autoridades ou relatórios de comitês de especialistas (PIMENTA *et al.*, 2015).

Figura 4- Pirâmide do nível de evidências - João Pessoa- PB, 2019.



Fonte: Adaptado do *Centre for Evidence Based Medicine*.

Para os autores supracitados, a elaboração de protocolos baseados em evidências fundamenta-se em pesquisas clínicas. Avaliar a qualidade dos estudos requer dos profissionais conhecimentos sobre os diferentes tipos de pesquisa para selecionar os mais adequados e responder a pergunta. Nesse contexto, a revisão da literatura ganha destaque na pirâmide e é uma importante etapa na elaboração de protocolos.

A partir da revisão da literatura realizada neste estudo, a busca evidenciou que dos 152 artigos, 31 atenderam aos critérios de inclusão, que foram utilizados na amostra. Como resultado dessa etapa, identificaram-se 74 intervenções de enfermagem a partir desses artigos.

Conforme já especificado, a OMS orienta que, para incorporar a evidência nos protocolos, seja verificada a gradação das recomendações das evidências (WHO, 2012). Para classificar os estudos de acordo com o nível de evidência, adotou-se a proposta de Melnyk e Fineout-Overholt (2005): Nível I – evidências procedentes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou originados de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível II – evidências obtidas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III – evidências obtidas de

ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV – evidências oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI – evidências procedentes de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII – evidências procedentes de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Posteriormente, foi feito um mapeamento cruzado dessas afirmativas de intervenções encontradas na literatura com a nomenclatura CIPE® 2017 (CIPE, 2017), para identificar as afirmativas constantes e as não constantes na nomenclatura e comparar os diversos sistemas de classificação de forma sistemática.

O mapeamento cruzado é uma ferramenta utilizada nas pesquisas da Enfermagem sobre linguagens padronizadas, que possibilita comparar os termos de forma sistematizada e com possibilidade de validação, as linguagens padronizadas com não padronizadas e as linguagens padronizadas ou não padronizadas entre si (NONINO *et al.*, 2008).

Para executar essa técnica, foram adotados os seguintes procedimentos: 1) estabeleceram-se regras para o mapeamento com base na literatura sobre a Enfermagem; e 2) cruzaram-se as afirmativas de intervenções de enfermagem construídas no estudo com os conceitos pré-combinados da CIPE® 2017.

As regras estabelecidas para o mapeamento cruzado foram: 1) as afirmativas de intervenções de enfermagem provenientes da revisão da literatura foram colocadas em ordem alfabética e retiradas as repetições; 2) criaram-se planilhas no *Excel for Windows* para as intervenções de enfermagem; e 4) criaram-se planilhas para as intervenções de enfermagem contidas na CIPE® 2017. Recomendou-se que os termos ou conceitos identificados deveriam estar no domínio da Enfermagem e fossem úteis na prática profissional.

Diferentes versões da CIPE® foram disponibilizadas, mas o processo de revisão e padronização da classificação só foi possível a partir da versão 1.0, que foi influenciada pela norma ISO 18.104:2003 – Integração de um Modelo de Terminologia de Referência para Enfermagem (CUBAS *et al.*, 2010).

A Organização Internacional de Normalização (*International Standardization Organization* - ISO) é um órgão não governamental, que promove a linguagem tecnológica comum, fruto do consenso entre especialistas de diversas áreas em diversos países. A ISO 18.104:2003 foi desenvolvida e aprovada como referencial de representação de diagnósticos e ações de enfermagem para possível informatização, que pode integrar modelos e terminologias contidas em outros domínios, além da enfermagem. Foi motivada porque se observou que o serviço realizava e documentava

as práticas de enfermagem utilizando teorias e classificações diversas, que, muitas vezes, não correspondiam à sua realidade. Assim, a adoção de um modelo de referência não serve apenas para superar essas dificuldades, mas também para unificar a linguagem e integrar conceitos das diversas terminologias (CUBAS *et al.*, 2010).

A ISO 18.104 facilita a comparação sistemática entre conceitos e termos de distintas classificações, por meio da análise de suas características e/ou atributos específicos. Uma de suas finalidades principais é de harmonizar as várias terminologias e as classificações de enfermagem atualmente utilizadas, como a CIPE[®] (NOBREGA; GARCIA, 2005). As padronizações são desenvolvidas para que haja mais eficiência e segurança no desenvolvimento e na confecção de produtos e serviços e facilitam o comércio, o compartilhamento de tecnologias, inovações e soluções para problemas entre os diversos países, com vistas a beneficiar consumidores, governantes e toda a sociedade mundial (CUBAS *et al.*, 2010). As autoras acrescentam que a ISO 18.104 vem sendo utilizada, principalmente, como base para integração entre terminologias distintas. E é verdade que a adequação da CIPE[®] à ISO e o seu constante desenvolvimento evitam ambiguidade e redundância na terminologia e aumentam seu potencial de uso.

As afirmativas de intervenções de enfermagem construídas a partir do eixo **Ação** + eixo **Alvo**, podendo ser incluído qualquer outro eixo, exceto **Julgamento**. As IEs provenientes da revisão e os conceitos pré-combinados constantes na CIPE[®] 2017 foram incluídos em duas planilhas diferentes do Excel for Windows em ordem alfabética. Essas planilhas foram cruzadas, utilizando-se o Programa *Access for Windows*, o que implicou a ligação das afirmativas com os conceitos pré-combinados de intervenções de enfermagem da CIPE[®] 2017. Assim, identificaram-se as afirmativas constantes e as não constantes nessa terminologia.

Depois de identificar os enunciados não constantes, foram aplicados os critérios propostos por Leal (2006), que estabelece se o termo da CIPE[®] é **igual** ao conceito pré-combinado existente na CIPE[®]; se é **similar** ao termo usado na nomenclatura, quando não existe concordância em relação à grafia do conceito, mas seu significado é idêntico; se uma afirmativa é **mais abrangente**, quando a afirmativa construída tem um significado maior do que o conceito pré-combinado existente na CIPE[®], se é **mais restrita**, quando a afirmativa construída tem um significado menor do que o conceito pré-combinado existente na CIPE[®]; ou **não existe concordância**, quando as afirmativas construídas são totalmente diferentes dos conceitos pré-combinados existentes na CIPE[®].

Depois do resultado do mapeamento, os enunciados não constantes foram analisados, e os que foram diferentes devido ao uso de artigos, preposições, vírgulas e outros detalhes de grafia foram ajustados, preservando-se o cuidado para que sua adequação não provocasse mudança de sentido. Para as afirmativas de intervenções de enfermagem consideradas iguais, similares e mais abrangentes, optou-se por utilizar a denominação constante na CIPE® 2017. A partir de então, foi estruturado um instrumento para validar o conteúdo das intervenções de enfermagem da CIPE® 2017.

A seguir, apresentam-se os resultados encontrados no estudo referentes à revisão integrativa da literatura e o processo de mapeamento cruzado com a nomenclatura.

6.1.2 Resultados da revisão integrativa da literatura e mapeamento das afirmativas de intervenções de enfermagem com os conceitos da CIPE® 2017

As PBE não visam apenas orientar as práticas clínicas pela soberania científica ou embasar esses profissionais, mas também, sobretudo, contribuir para melhorar a qualidade do atendimento clínico por meio de suas ações. A busca por respostas na literatura científica é feita procurando-se a melhor evidência disponível, mas nem todos os estudos são bem desenvolvidos. Por essa razão, é necessária uma avaliação cuidadosa de sua validade e da aplicabilidade clínica dos resultados, principalmente por meio de um bom levantamento bibliográfico (DIAS *et al.*, 2015). Os resultados ora apresentados foram provenientes dos 31 artigos que atenderam aos critérios de inclusão mencionados.

Quanto à autoria, houve a participação de profissionais de diferentes áreas, contudo os enfermeiros prevaleceram nas produções. No que diz respeito ao ano de publicação, a amostra compreendeu textos publicados entre os anos de 2014 e 2018, com a predominância dos anos de 2016 e 2017, a maioria das publicações foi vista em periódicos destinados à especialidade de feridas.

De acordo com a classificação de Melnyk e Fineoutoverholt (2005), foram obtidos os seguintes resultados: a maioria dos estudos se concentrou no nível V de evidência (originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos) com 16 estudos; nove estudos de nível VI (procedentes de um único estudo descritivo ou qualitativo); três de nível III (ensaios clínicos bem delineados sem randomização); dois de nível II (ensaio clínico randomizado controlado bem delineado) e um VII (opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas), como demonstrado no Quadro 01.

Quadro 01 - Apresentação dos artigos da amostra. Internet, 2019.

| TÍTULO DO ARTIGO | REVISTA/ANO | AUTORES | NÍVEL DE EVIDÊNCIA |
|--|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1. Ocorrência e fatores de risco para lesões por pressão em centros de terapia intensiva | J Nurs UFPE on line/ 2018 | Mendonça <i>et al.</i> | V |
| 2. Survey results from Canada and some Latin America countries: 2016 National Pressure Ulcer Advisory Panel changes in terminology and definitions | Adv Skin Wound Care/ 2018 | Ayello <i>et al.</i> | VII |
| 3. Pressure injury incidence in a university hospital | Rev Enferm UFPI/ 2017 | Pereira <i>et al.</i> | V |
| 4. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva | Esc Anna Nery Rev Enferm/ 2017 | Vasconcelos; Caliri | IV |
| 5. Development and validation of an algorithm for laser application in wound treatment | Rev Latino-Am Enfermagem/ 2017 | Cunha <i>et al.</i> | V |
| 6. Construção e validação de algoritmo para tratamento da lesão por pressão | J Nurs UFPE on line/2017 | Carvalho <i>et al.</i> | VI |
| 7. Estratégias de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão na terapia intensiva: revisão integrativa | J Nurs UFPE on line/2017 | Benevides <i>et al.</i> | V |
| 8. Reducing pressure ulcers in patients with prolonged acute mechanical ventilation: a quasi-experimental study | Rev Bras Ter Intensiva/2017 | Loudet <i>et al.</i> | II |
| 9. Terapia nutricional na lesão por pressão: revisão sistemática | Rev Bras Geriatr Gerontol/2017 | Oliveira <i>et al.</i> | V |
| 10. Prevalence of pressure ulcers in intensive care units | J Nurs UFPE on line/2017 | Medeiros <i>et al.</i> | V |
| 11. Use of Noncontact Low-Frequency Ultrasound in Deep Tissue Pressure Injury: a retrospective analysis | J Wound Ostomy Continence Nurs/ 2017 | Wagner-Cox <i>et al.</i> | IV |
| 12. Evidence-Based cue-selection guide and logic model to improve pressure ulcer prevention in long-term care | J Nurs Care Qual/2016 | Yap <i>et al.</i> | V |
| 13. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de Enfermagem antes e após uma campanha educativa | Esc Anna Nery Rev Enferm/2016 | Olkoski; Assis. | VI |
| 14. Assessment scale of risk for surgical positioning injuries | Rev Latino-Am Enferm/2016 | Lopes <i>et al.</i> | VI |

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------|----|
| 15. Úlceras de pressão na face em doentes submetidos a ventilação não invasiva hospitalizados em cuidados intermédios | Rev. Enf. Ref. /2016 | Martins <i>et al.</i> | IV |
| 16. Ações preventivas para úlcera por pressão em idosos com declínio funcional de mobilidade física no âmbito domiciliário | Estima/2016 | Ferreira <i>et al.</i> | V |
| 17. Indicadores de saúde e a segurança do idoso institucionalizado | Rev Esc Enferm USP/2016 | Cavalcante <i>et al.</i> | V |
| 18. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel | Rev Enferm Cent-Oeste Min/2016 | Moraes <i>et al.</i> | VI |
| 19. Processamento de imagens em dispositivos móveis para classificar lesões por pressão | J Nurs UFPE on line/2016 | Tibes <i>et al.</i> | V |
| 20. Carga de trabalho de Enfermagem e ocorrência de eventos adversos na terapia intensiva: revisão sistemática | Rev Esc Enferm USP/2016 | Oliveira <i>et al.</i> | V |
| 21. Mensuração de área de úlceras venosas por meio de dois softwares | Rev Latino-Am Enfermagem/ 2016 | Eberhardt <i>et al.</i> | V |
| 22. Influência de fármacos sobre a formação de úlceras por pressão: revisão integrativa | Rev Enferm Contemporânea/ 2016 | De Almeida <i>et al.</i> | V |
| 23. Laser therapy in pressure ulcers: evaluation by the pressure ulcer Scale for Healing and Nursing Outcomes Classification | Rev Esc Enferm USP/2015 | Palagi <i>et al.</i> | IV |
| 24. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica | Rev Esc Enferm USP/2015 | Campanili <i>et al.</i> | IV |
| 25. Effect of a pressure ulcer prevention protocol in elderly | J Nurs UFPE on line/2015 | Moraes <i>et al.</i> | V |
| 26. Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention: a cross-sectional study | Int J Nurs Studies/2014 | Sving <i>et al.</i> | V |
| 27. Pressure ulcers in palliative home care patients: prevalence and characteristics | Rev Esc Enferm USP/2014 | Queiroz <i>et al.</i> | VI |
| 28. Implementing trials of complex interventions in community settings: the USC-Rancho Los Amigos pressure ulcer prevention study (PUPS) | Clin Trials/2014 | Clark <i>et al.</i> | II |

Continuação

| | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------|----|
| 29. Avaliação e prevenção da úlcera por pressão pelos enfermeiros de terapia intensiva: conhecimento e prática | J Nurs UFPE on line/2014 | Albuquerque <i>et al.</i> | VI |
| 30. Úlcera por pressão: um desafio para a Enfermagem | Braz J Surg Clin Res [Internet] /2014 | Ascari <i>et al.</i> | VI |
| 31. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers | Cochrane Database Syst Rev/2014 | Moore; Cowman | V |

Fonte: Dados da pesquisa - Internet, 2019.

No quadro 02, apresentam-se as intervenções de enfermagem mapeadas com a CIPE® 2017 para pessoas com lesão por pressão provenientes dos artigos selecionados.

As intervenções de enfermagem direcionadas à prevenção e ao tratamento de pessoas com LP foram extraídas dos artigos da amostra da etapa da revisão da literatura e, posteriormente, mapeadas com os conceitos da CIPE® 2017 que resultaram na identificação de 74 afirmativas, 38 das quais foram classificadas como constantes, como demonstrado no Quadro 02. Considerou-se a denominação constante na CIPE® nessa classificação para as afirmativas **iguais**, **similares** e **mais abrangentes**. Assim, obtiveram-se 23 **iguais**, oito **similares**, sete **mais abrangentes** e 36 não constantes. As afirmativas não constantes foram classificadas em 14 **mais restritas** e 22 **não existem concordância** com os conceitos usados na CIPE® 2017.

Quadro 02 – Mapeamento das intervenções de enfermagem para prevenir e tratar pessoas com lesões por pressão encontradas na literatura com os conceitos da CIPE 2017. Internet, 2019.

| MAPEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENIR LESÃO POR PRESSÃO E TRATAR PESSOAS ACOMETIDAS POR ELAS ENCONTRADAS NA LITERATURA COM OS CONCEITOS DA CIPE® 2017 | | | |
|---|---|--------------------------|----------------------|
| NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS | | | |
| IE encontradas na literatura | IE da CIPE® | Análise | Classificação |
| 1. Auxiliar no autocuidado. | Auxiliar no autocuidado | Igual | Constante |
| 2. Avaliar a adesão ao regime dietético. | Avaliar a adesão ao regime dietético | Igual | Constante |
| 3. Avaliar a cicatrização da ferida. | Avaliar a cicatrização da ferida | Igual | Constante |
| 4. Avaliar a necessidade de suplementação nutricional. | Avaliar a necessidade de suplemento nutricional | Igual | Constante |
| 5. Avaliar a necessidade de tratar lesão com esfacelo, exsudato e infecção com cobertura antimicrobiana, carvão ativado com prata, hidrofibra com prata, alginato de cálcio com prata e prata nanocristalina. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 6. Avaliar a necessidade de tratar lesão com tecido de granulação sem exsudato (papaína 2 ou a 4%, hidrogel, hidrogel com alginato, AGE, petrolato. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 7. Avaliar a necessidade de usar curativos de espuma de silicone. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 8. Avaliar a necessidade de usar laserterapia no tratamento das lesões. | Avaliar a necessidade de usar laser no tratamento das lesões. | Similar | Constante |
| 9. Avaliar a necessidade de usar pressão negativa nas lesões. | ----- | Não existe concordância. | Constante |
| 10. Avaliar a necessidade de usar tratamento tópico em escara seca ¹ com escaratomia antes da papaína, papaína, hidrogel, hidrogel com alginato e collagenase. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 11. Avaliar a percepção sensorial. | Avaliar a percepção sensorial. | Igual | Constante |
| 12. Avaliar a perfusão tissular. | Avaliar a perfusão tissular. | Igual | Constante |

¹ O termo escara seca foi encontrado na literatura a partir da revisão integrativa realizada, mas aqui será utilizado o termo atualizado sugerido pela NPUAP (2016) que se denomina necrose de coagulação.

Continuação

| | | | |
|---|---|--------------------------|---------------|
| 13. Avaliar as condições clínicas da pessoa. | Avaliar as condições de saúde da pessoa. | Similar | Constante |
| 14. Avaliar edema e hiperemia na pele. | Avaliar a pele. | Mais abrangente | Não constante |
| 15. Avaliar exames laboratoriais. | Avaliar exames da pessoa. | Mais abrangente | Constante |
| 16. Avaliar o uso de agentes vasopressores, corticosteroides, quimioterápicos e radioterápicos | Avaliar o uso de medicamentos. | Mais abrangente | Constante |
| 17. Controlar a glicemia. | Controlar a glicose sanguínea. | Similar | Constante |
| 18. Cuidar da ferida. | Cuidar da ferida. | Igual | Constante |
| 19. Elevar a cabeceira da cama até 30°. | ----- | Não existe concordância | Não constante |
| 20. Estimular a ingestão de líquidos | Orientar sobre a ingestão de líquidos. | Similar | Constante |
| 21. Evitar arrastar a pessoa no leito - utilizar meios elevatórios (rolo, almofadas, travesseiros e lençol). | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 22. Evitar complicações adversas da pressão exercida sobre o leito, com coxins de proteção e colchões redutores de pressão. | Proteger a pele com colchão para aliviar a pressão. | Mais restrito | Não constante |
| 23. Evitar o cisalhamento. | Evitar fricção. | Similar | Constante |
| 24. Hidratar a pele com cremes à base de ácidos graxos essenciais. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 25. Higienizar as mãos. | Higienizar as mãos. | Igual | Constante |
| 26. Identificar a etiologia e os fatores de risco para lesões por pressão. | Identificar a condição da lesão por pressão. | Mais restrito | Não constante |
| 27. Individualizar o cuidado. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 28. Irrigar as lesões. | Irrigar as lesões | Igual | Constante |
| 29. Limpar a ferida (tecido desvitalizado- esfregaço - Solução salina+ antisséptico/ uso de antisséptico), (tecido de granulação – jato - limpeza a jato, Solução salina+ antisséptico/ uso de antisséptico) e (tecido epitelizado - soro fisiológico | Limpar a ferida. | Mais restrito | Não constante |

Continuação

| | | | |
|--|---|--------------------------|---------------|
| 30. Limpar a ferida com tecido desvitalizado, na presença de exsudato, com solução salina ou produtos de limpeza de feridas. | Limpar a ferida. | Mais restrito | Não constante |
| 31. Limpar a ferida com tecido epitelizado com soro fisiológico. | Limpar a ferida. | Mais restrito | Não constante |
| 32. Manter a integridade da pele. | Manter a integridade da pele. | Igual | Constante |
| 33. Manter a pele limpa e seca. | Manter a pele limpa e seca. | Igual | Constante |
| 34. Manter as roupas de cama limpas, secas e bem esticadas. | Manter as roupas de cama limpas. | Mais restrito | Não constante |
| 35. Mobilizar a pessoa com auxílio. | Mobilizar a pessoa com auxílio. | Igual | Constante |
| 36. Monitorar os sinais vitais. | Monitorar os sinais vitais. | Igual | Constante |
| 37. Mudar de decúbito a cada duas horas. | Trocar a pessoa de posição a cada duas horas na cama. | Similar | Constante |
| 38. Ofertar uma alimentação saudável, rica em vitaminas e proteínas | Orientar sobre nutrição. | Mais restrito | Não constante |
| 39. Prevenir infecção. | Prevenir infecção. | Igual | Constante |
| 40. Promover um ambiente agradável durante as refeições. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 41. Proporcionar conforto. | Promover conforto. | Igual | Constante |
| 42. Proteger as proeminências ósseas. | Proteger as proeminências ósseas. | Igual | Constante |
| 43. Proteger pele perilesional. | Proteger pele perilesional. | Igual | Constante |
| 44. Realizar curativo. | Trocar o curativo. | Similar | Constante |
| 45. Realizar desbridamento na lesão com tecido necrosado (necrose, esfacelo com exsudato, esfacelo sem exsudato). | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 46. Realizar massagem corporal, exceto as proeminências ósseas. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 47. Realizar o acompanhamento nutricional. | Gerenciar regime dietético. | Mais abrangente | Não constante |
| 48. Realizar o controle da umidade nas fraldas. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 49. Realizar o manejo da dor. | Realizar manejo da dor. | Igual | Constante |

Continuação

| | | | |
|---|---|--------------------------|---------------|
| 50. Realizar o tratamento na lesão ferida aguda (tecido desvitalizado - necrose, esfacelo com exsudato, esfacelo sem exsudato- necessidade de desbridamento), (tecido tgranulação – exsudato seroso hemorrágico - exsudato purulento - exsudato ausente, uso de curativo primário avaliado pelo enfermeiro) - tecido epitelizado (hidratação e curativo primário avaliado pelo enfermeiro). | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 51. Realizar o tratamento na lesão ferida crônica (tecido desvitalizado - necrose, esfacelo com exsudato, esfacelo sem exsudato- necessidade de desbridamento), (tecido granulação – exsudato seroso hemorrágico - exsudato purulento - exsudato ausente, uso de curativo primário avaliado pelo enfermeiro) - tecido epitelizado (hidratação e curativo primário avaliado pelo enfermeiro) | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 52. Realizar terapia com exercícios. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 53. Registrar o cuidado. | Registrar os cuidados com a pele. | Mais restrito | Não constante |
| 54. Tratar a incontinência urinária e a fecal. | Tratar a incontinência urinária e a incontinência fecal | Igual | Constante |
| 55. Tratar lesão com esfacelo com exsudato sem infecção (papaína 10%, alginato, de cálcio, hidrogel com alginato, hidropolímero). | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 56. Tratar lesão com esfacelo sem exsudato com hidrogel com alginato, hidrogel ou papaína. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 57. Tratar lesão com tecido de granulação com hidratação e curativo primário avaliado pelo enfermeiro. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 58. Tratar lesão com tecido de granulação sem exsudato com papaína 2 ou a 4%, hidrogel, hidrogel com alginato, AGE ou petrolato. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |

Continuação

| | | | |
|--|---|--------------------------|---------------|
| 59. Tratar lesão em tecido epitelizado com hidratação. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 60. Usar placas de hidrocoloide e soluções hidratantes da pele como medida preventiva em lesões. | ----- | Não existe concordância | Não constante |
| 61. Usar placas de hidrocoloide e soluções hidratantes da pele como medida preventiva em lesões. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 62. Usar tratamentos tópicos. | ----- | Não existe concordância | Não constante |
| 63. Usar travesseiros, almofadas e rolos para evitar o excesso de pressão com proeminência óssea. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 64. Utilizar escalas como as de Norton, Braden e Waterlow e a Escala de Dependência de Cuidados para identificar risco de lesão por pressão. | Aplicar escalas para lesão. | Mais restrito | Constante |
| 65. Utilizar fotografias para acompanhar a cicatrização da lesão. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| 66. Utilizar microcorrente para ajudar a acelerar o processo de cicatrização. | Utilizar terapias para ajudar o processo de cicatrização. | Mais abrangente | Não constante |
| 67. Utilizar técnica asséptica no curativo. | Utilizar técnica asséptica no curativo. | Igual | Constante |
| 68. Utilizar um papagaio ou comadre, conforme a necessidade da pessoa. | ----- | Não existe concordância. | Não constante |
| NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS | | | |
| 69. Educar a equipe permanentemente | Educar a equipe permanentemente. | Igual | Constante |
| 70. Encorajar a pessoa a verbalizar. | Estimular a comunicação. | Similar | Constante |
| 71. Esclarecer dúvidas da pessoa quanto ao seu tratamento. | Orientar a família e a pessoa sobre regime terapêutico. | Mais abrangente | Constante |
| 72. Orientar quanto aos cuidados no domicílio. | Orientar sobre cuidados no domicílio. | Igual | Constante |
| 73. Orientar sobre a cicatrização da ferida. | Orientar sobre a cicatrização da lesão. | Igual | Constante |
| 74. Realizar escuta qualificada. | Ouvir a pessoa. | Mais restrito | Não constante |

Fonte: Dados da pesquisa. Internet, 2019.

Depois de feitos o mapeamento e a categorização das afirmativas, obtiveram-se como resultado 74 intervenções de enfermagem voltadas para prevenir e tratar lesões por pressão, as quais foram estruturadas no instrumento e submetidas ao processo de validação de conteúdo pelos especialistas. Percebeu-se que as intervenções encontradas a partir da revisão da literatura contemplam as necessidades psicossociais e psicobiológicas, mas não foram identificadas afirmativas voltadas para necessidades psicoespirituais afetadas.

ETAPA 2 - Validação de conteúdo das intervenções de enfermagem para o protocolo da CIPE® 2017 para prevenir lesão por pressão e tratar pessoas acometidas por elas

6.2.1 Validação de conteúdo das intervenções de enfermagem para o protocolo da CIPE® 2017 para prevenir lesão por pressão e tratar pessoas acometidas por elas

Essa etapa consistiu em validar os conteúdos (VC), no período de novembro de 2018 a março de 2019. Essa técnica avalia o grau em que cada elemento de um instrumento de medida é relevante e representativo de um específico constructo com um propósito particular de avaliação (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Participaram dessa etapa 30 especialistas, que responderam o instrumento estruturado com duas seções: a primeira, com dados sociodemográficos dos participantes, e a segunda, com perguntas fechadas acerca das intervenções consideradas aplicáveis à prevenção e ao tratamento da pessoa com LP. Nessa avaliação, os especialistas determinaram a abrangência do instrumento para saber se cada domínio ou conceito foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens, se todas as dimensões foram incluídas e se os itens individualmente eram claros e pertinentes. Nessa etapa, os especialistas analisaram os itens do instrumento, para avaliar se eram abrangentes e representativos.

Os participantes conheceram a proposta do estudo e seus objetivos, para que avaliassem as intervenções. Eles poderiam contribuir para inserir, remover ou reestruturar afirmativas, se achassem necessário, de acordo com sua experiência e o conhecimento teórico. O instrumento também dispunha de um espaço destinado a sugestões. As características demográficas dos participantes do processo de validação são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características demográficas dos especialistas que participaram do processo de validação das afirmativas de intervenções de enfermagem - João Pessoa-PB, 2019.

| Características demográficas dos especialistas | | | |
|---|-----------------|-----------|----------|
| | Variável | Nº | % |
| Sexo | Masculino | 6 | 20,0 |
| | Feminino | 24 | 80,0 |
| Faixa etária | 21 – 30 | 4 | 13,3 |
| | 31 – 40 | 16 | 53,3 |
| | 41 – 50 | 8 | 26,7 |
| | 51 – 60 | 2 | 6,7 |
| Ano da graduação | 1990-1999 | 5 | 16,7 |
| | 2000-2009 | 11 | 36,7 |
| | 2010-2016 | 14 | 46,6 |
| Pós-graduação | Doutorado | 3 | 10,0 |
| | Mestrado | 7 | 23,4 |
| | Especialização | 20 | 66,6 |
| Região | Nordeste | 22 | 73,4 |
| | Sul | 4 | 13,2 |
| | Sudeste | 2 | 6,7 |
| | Centro-Oeste | 2 | 6,7 |
| Experiência profissional | Assistência | 24 | 80,0 |
| | Ensino | 6 | 20,0 |
| Especialista em feridas | Sim | 13 | 43,3 |
| | Não | 17 | 56,7 |
| Experiência no cuidado com a pessoa com LP | Sim | 28 | 93,3 |
| | Não | 2 | 6,7 |
| Tempo de experiência com lesões | 0 – 5 | 14 | 46,7 |
| | 5 – 10 | 10 | 33,3 |
| | 10 – 15 | 3 | 10,0 |
| | 15 – 20 | 3 | 10,0 |
| Conhecimento sobre o Processo de Enfermagem | Sim | 27 | 90,0 |
| | Não | 3 | 10,0 |
| Conhecimento sobre a CIPE® | Sim | 25 | 83,3 |
| | Não | 5 | 16,7 |

Continuação

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quanto ao perfil dos especialistas, 80,0 % (n=24) eram do sexo feminino, com 53,3% situado na faixa etária entre 31 e 40 anos (n=16), 46,6% graduados a partir de 2010 (n=14). A Especialização (*latu sensu*) foi a pós-graduação predominante entre os participantes, 66,6% (n=20), seguido por 10% de doutores (n=3); 23,4% mestres (n=7). Do total, 43,3% eram especialistas em feridas (n=13), 93,3% tinham experiência no cuidado de pessoas com lesões (n=28), e 53,3% trabalhavam há mais de cinco anos na assistência a pessoas com lesões (n=16). Quando perguntados acerca da aplicação do Processo de Enfermagem na prática clínica, 90% disseram que utilizam (n=90%), e 16,7% (n=5), que desconhecem a nomenclatura CIPE®.

A tabela 2 apresenta a distribuição dos profissionais segundo a pontuação adaptada obtida no Sistema de Pontuação dos especialistas proposto por Fehring (1987).

Tabela 2 – Pontuação dos especialistas que participaram do processo de validação do instrumento. João Pessoa - PB, 2019.

| Pontuação | n | % |
|----------------|----|------|
| 5 a 7 pontos | 2 | 6,6 |
| 8 a 10 pontos | 4 | 13,3 |
| 11 a 13 pontos | 13 | 43,5 |
| 14 pontos | 11 | 36,6 |
| Total | 30 | 100 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

De acordo com a tabela 2, a maioria dos profissionais (43,5%) apresentou acima de 11 pontos no sistema proposto para incluir o profissional na lista de especialista; 11 deles (36,6%) apresentaram a pontuação máxima, e apenas dois especialistas (6,6%) apresentaram pontuação igual - entre 5 e 7 pontos.

A experiência do juiz no assunto específico da área é sobremaneira importante quando se trata de avaliar os instrumentos e a representatividade de cada item (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012). Corroborando os autores, Souza *et al.* (2017) consideram que a validade de conteúdo avalia a capacidade de representar todos os aspectos dos fenômenos em estudo, questões físicas, sociais, emocionais, intelectuais, pois, muitas vezes, o juiz faz julgamentos subjetivos (validade aparente). Inicia com uma revisão da literatura e uma consulta a especialistas que dominem o conteúdo a ser validado.

Desenvolver instrumentos válidos tem sido o desafio de diversas pesquisas. É difícil determinar se uma variável representa o que deveria representar quando se estão

aferindo fenômenos. A validação envolve o grau em que a medida representa o fenômeno de interesse. A confiabilidade de uma medição é um dos principais critérios de avaliação de sua qualidade, é a consistência com que o instrumento mede o atributo (POLIT; BECK, 2018).

A validação de um instrumento está relacionada à precisão do que se deseja medir, e a validação do conteúdo possibilita avaliar a representatividade do item que expressa um conteúdo de maneira efetiva, realizada a partir do julgamento de especialistas da área de determinado fenômeno. O juiz também deve avaliar a relevância e a adequação do item (MALLAH *et al.*, 2014; VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

Na Tabela 3, apresenta-se a tabulação dos dados provenientes da análise estatística do instrumento obtidos no término do processo de validação. Foram avaliados o número de especialistas que concordaram com as afirmativas validadas (n), o Índice de Validação de Conteúdo (IVC), o *Alpha de Cronbach*, o p-Valor associado e o Índice de Concordância (IC), que será abordado na próxima sessão de validação de aparência.

Tabela 3 - Medida de fidedignidade *Alpha de Cronbach*, número de especialistas concordantes, Índice de Validação de Conteúdo (IVC), porcentagem de concordância (PC) e P-Valor das Intervenções de enfermagem da CIPE® 2017 validadas. João Pessoa- PB, Brasil, 2019.

| INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENIR E TRATAR PESSOAS COM LP | Nº | IVC | p-valor | Alpha |
|---|----|------|---------|-------|
| 1. Aplicar a escala para avaliação de risco de lesão por pressão até oito horas da admissão do cliente, diariamente ou uma vez por semana, avaliando suas condições clínicas (Escala de Norton, Braden, Waterlow e Escala de Dependência de Cuidados). | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,886 |
| 2. Atentar para as queixas da pessoa. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,883 |
| 3. Auxiliar o autocuidado. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,880 |
| 4. Avaliar a aceitação da dieta. | 25 | 80,6 | 0,999 | 0,878 |
| 5. Avaliar a evolução da cicatrização da ferida. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,884 |
| 6. Avaliar a lesão (localização, extensão, tipo de tecido, tipo de exsudato, quantidade, tecido, no leito da lesão, pele perilesional, dor, odor, bordas (deslocadas, enroladas, maceradas, eritematosas), diâmetro, túneis, presença de sangramento e profundidade). | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,882 |
| 7. Avaliar a necessidade de analgesia antes do curativo, conforme prescrição. | 27 | 87,1 | 0,994 | 0,878 |
| 8. Avaliar a necessidade de utilizar microcorrente e/ou laserterapia no tratamento das lesões. | 26 | 83,9 | 0,997 | 0,882 |
| 9. Avaliar a pele da pessoa desde a admissão até a alta. | 16 | 51,6 | 0,976 | 0,885 |

| | | | | |
|--|----|------|-------|-------|
| 10. Avaliar a perfusão tissular. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,882 |
| 11. Avaliar e/ou proteger as proeminências ósseas. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,884 |
| 12. Avaliar o aparecimento de edema. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,882 |
| 13. Avaliar o estado nutricional da pessoa. | 28 | 90,3 | 0,991 | 0,881 |
| 14. Avaliar o grau de dependência da pessoa. | 23 | 74,2 | 0,995 | 0,884 |
| 15. Avaliar o uso de medicamentos que influenciam a cicatrização, como imunossupressores, corticosteroides, quimioterápicos, radioterápicos anticoagulantes e agentes vasopressores. | 27 | 87,1 | 0,994 | 0,885 |

Continuação

| | | | | | |
|---|----|------|-------|-------|------|
| 16. Avaliar os exames laboratoriais da pessoa. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,884 | 1,0 |
| 17. Avaliar, em lesão tissular profunda, a necessidade de placa de hidrocolóide, curativos à base de hidrofibra ou de filme transparente de poliuretano não estéril, ácidos graxos essenciais ou outra cobertura, conforme a avaliação | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,883 | 1,0 |
| 18. Avaliar, em lesões estágio 1, a necessidade de placa de hidrocoloide ou ácido graxo essencial ou protetores cutâneos, conforme a avaliação, | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,886 | 1,0 |
| 19. Avaliar, em lesões estágio 2, a necessidade de por ex., placa de hidrocolóide ou malha não aderente estéril, curativos de moderada absorção conforme a avaliação da lesão, membrana com tecnologia nanocristalino com eliminação de largo espectro de microorganismo, | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,885 | 1,0 |
| 20. Colocar colchão pneumático em todas as pessoas desde a admissão. | 24 | 77,4 | 0,998 | 0,878 | 1,0 |
| 21. Considerar a utilização de soluções de limpeza com agentes surfactantes e/ou antimicrobianos (por exemplo: sabonetes à base de PHMB) para limpar lesões por pressão com resíduos, infecções confirmadas, suspeitas de infecção ou suspeitas de níveis elevados de colonização bacteriana. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,883 | 1,0 |
| 22. Controlar a glicemia. | 28 | 90,3 | 0,991 | 0,881 | 0,80 |
| 23. Desviar as fezes e a urina utilizando cateteres específicos a fim de manter a pele íntegra e seca. | 28 | 90,3 | 0,991 | 0,882 | 1,0 |
| 24. Elaborar um plano de cuidado para tratar ou prevenir lesão por pressão de forma individualizada. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,883 | 1,0 |
| 25. Elevar a cabeceira da cama no máximo 30°. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,882 | 0,80 |

| | | | | | |
|--|----|------|-------|-------|------|
| 26. Escolher o tipo de dispositivo para fixação/ suporte (como esparadrapos/ micropore, faixa crepe, filme transparente ou bota de proteção). | 25 | 80,6 | 0,999 | 0,885 | 1,0 |
| 27. Estimular comunicação. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,883 | 1,0 |
| <hr/> | | | | | |
| Continuação | | | | | |
| 28. Evitar arrastar a pessoa no leito durante sua mobilização. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,882 | 1,0 |
| 29. Evitar colocar esparadrapo em pele frágil. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,885 | 1,0 |
| 30. Evitar deixar resíduos de sabão, pó ou cremes em excessos em localizações anatômicas com dobras (quentes e úmidas) para evitar dermatites fúngicas. | 26 | 83,9 | 0,997 | 0,889 | 0,80 |
| 31. Evitar desbridar necroses estáveis e duras em áreas como o calcâneo. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,884 | 1,0 |
| 32. Evitar massagear áreas com sinais de ulceração. | 28 | 90,3 | 0,991 | 0,881 | 0,80 |
| 33. Evitar o cisalhamento/ fricção. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,881 | 1,0 |
| 34. Identificar a etiologia e os fatores de risco para lesões por pressão através da aplicação de escala de predição de risco e avaliação clínica do enfermeiro. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,883 | 0,80 |
| 35. Incentivar a mobilização espontânea quando possível. | 28 | 90,3 | 0,991 | 0,884 | 1,0 |
| 36. Instituir protocolo de prevenção para lesão por pressão nas pessoas em risco de desenvolver ou que já apresente lesão por pressão. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,881 | 1,0 |
| 37. Irrigar as lesões com soro fisiológico 0,9% ou solução salina. | 28 | 90,3 | 0,991 | 0,881 | 1,0 |
| 38. Manter a ferida e a pele adjacente limpas e utilizar cobertura semioclusiva para proteger da contaminação por urina ou fezes. | 27 | 87,1 | 0,994 | 0,887 | 1,0 |
| 39. Manter a pele limpa e hidratada. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,884 | 0,80 |
| 40. Manter as roupas de cama limpas, secas e bem esticadas. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,884 | 0,80 |
| 41. Manter lesão hidratada na presença de tecido de granulação de acordo com a avaliação do enfermeiro. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,883 | 1,0 |
| 42. Monitorar os sinais vitais. | 26 | 83,9 | 0,997 | 0,881 | 0,80 |

| | | | | | |
|---|----|------|-------|-------|-----|
| 43. Observar na lesão: áreas cavitárias, tunelizadas, fistulada para adequada limpeza e preenchimento com coberturas apropriadas. | 24 | 77,4 | 0,998 | 0,876 | 1,0 |
|---|----|------|-------|-------|-----|

Continuação

| | | | | | |
|---|----|------|-------|-------|------|
| 44. Observar o aparecimento de abrasão, flictenas (bolhas), depressões ou feridas na pele. | 27 | 87,1 | 0,994 | 0,882 | 1,0 |
| 45. Observar os sinais flogísticos de infecção na lesão. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,883 | 0,80 |
| 46. Observar presença de hiperemia na pele, principalmente nas áreas de proeminências ósseas. | 23 | 74,2 | 0,995 | 0,882 | 0,80 |
| 47. Obter dados sobre a dor, utilizando escalas (intensidade, fatores de melhora, fatores de piora, características da dor). | 27 | 87,1 | 0,994 | 0,881 | 0,80 |
| 48. Obter dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos sobre a pessoa e a lesão. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,882 | 0,80 |
| 49. Orientar a família e a pessoa sobre a terapia aplicada. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,884 | 1,0 |
| 50. Orientar a família e as pessoas com lesão sobre os cuidados no domicílio após a alta hospitalar. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,883 | 1,0 |
| 51. Orientar e mobilizar o cadeirante em posição sentada a cada 1 hora. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,883 | 1,0 |
| 52. Orientar sobre o uso de protocolos, diretrizes e políticas de prevenção das lesões por pressão as pessoas, os familiares e os cuidadores. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,882 | 1,0 |
| 53. Participar, em conjunto com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, da escolha de materiais, medicamentos e equipamentos necessários à prevenção e ao cuidado com as feridas. | 27 | 87,1 | 0,994 | 0,883 | 1,0 |
| 54. Prevenir dermatites associadas à incontinência, para evitar o contato com urina e fezes, higienizando após eliminações e utilizando cremes de barreira, se necessário. | 28 | 90,3 | 0,991 | 0,882 | 1,0 |
| 55. Promover conforto e bem-estar da pessoa. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,885 | 1,0 |
| 56. Proteger a pele com colchões e/ou dispositivos aliviadores de pressão nas pessoas com lesão por pressão ou em risco | 28 | 90,3 | 0,991 | 0,884 | 1,0 |

de desenvolvê-la.

| | | | | | |
|--|----|------|-------|-------|-----|
| 57. Proteger a pele perilesional. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,884 | 1,0 |
| 58. Realizar coleta por meio da cultura de material para identificar o agente microbiano, quando necessário. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,882 | 1,0 |

Continuação

| | | | | | |
|---|----|------|-------|-------|------|
| 59. Realizar curativo diariamente ou sempre que necessário. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,884 | 1,0 |
| 60. Realizar desbridamento na lesão na presença de tecido | 19 | 81,3 | 0,984 | 0,889 | 1,0 |
| 61. Realizar educação permanente da equipe, em relação à prevenção de lesão por pressão. | 28 | 90,3 | 0,991 | 0,882 | 1,0 |
| 62. Realizar mudança de decúbito da pessoa de duas em duas horas. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,884 | 1,0 |
| 63. Registrar, no prontuário da pessoa, aspecto da lesão, soluções, coberturas utilizadas e produtos utilizados para limpeza do leito da lesão e da área perilesional e período de troca do próximo curativo. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,882 | 1,0 |
| 64. Solicitar à pessoa permissão para acompanhar a evolução da lesão através de registro fotográfico. | 28 | 90,3 | 0,991 | 0,881 | 1,0 |
| 65. Usar coberturas apropriadas para manter a umidade. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,881 | 1,0 |
| 66. Usar indicadores nutricionais como: hemoglobina e hemoglobina glicada, albumina sérica, aporte de zinco, vitaminas B12 e D, proteína fracionada e ferritina para avaliação da pessoa. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,886 | 1,0 |
| 67. Utilizar coberturas antibacterianas impregnadas de prata (espuma ou alginato com prata) em lesões com infecção. | 19 | 61,3 | 0,984 | 0,888 | 1,0 |
| 68. Utilizar coberturas para feridas de espessura total com produtos de preenchimento. | 25 | 80,6 | 0,999 | 0,879 | 1,0 |
| 69. Utilizar medidas de controle para incontinência urinária e fecal. | 28 | 90,3 | 0,991 | 0,883 | 1,0 |
| 70. Utilizar o sistema RYB (vermelho, amarelo ou preto) para escolher o desbridamento a ser realizado na lesão. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,884 | 0,80 |
| 71. Utilizar o sistema TIME (tecido, infecção ou inflamação, manutenção do meio úmido e epitelização) para escolher o melhor tratamento. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,883 | 1,0 |

| | | | | | |
|---|----|------|-------|-------|------|
| 72. Utilizar placas de hidrocoloides ou filme transparente em áreas de pressão como medidas preventivas nas pessoas com risco de desenvolver lesão por pressão. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,883 | 0,80 |
|---|----|------|-------|-------|------|

| Continuação | | | | | |
|---|----|------|-------|-------|------|
| 73. Utilizar superfície de apoio para movimentar a pessoa no leito, como rolo, almofadas, travesseiros e lençol. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,881 | 1,0 |
| 74. Utilizar técnica asséptica durante a realização do curativo. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,883 | 0,80 |
| 75. Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4 com esfacelo, papaína ou hidrogel com alginato de cálcio e sódio, curativo hidropolímetro ou collagenase, conforme a avaliação. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,882 | 1,0 |
| 76. Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4 com grande quantidade de exsudato e sem infecção, alginato de cálcio e sódio, e com infecção, usar, por exemplo, alginato de cálcio e sódio com prata, curativo com apresentação de espumas com alta absorção, conforme a avaliação. | 27 | 87,1 | 0,994 | 0,881 | 1,0 |
| 77. Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4 com necrose de coagulação ou de liquefação sem sangramento, papaína; collagenase com ou sem clorafenicol se houver sangramento e necrose mista, usar, por exemplo, hidrogel com alginato de cálcio e sódio), conforme a avaliação. | 30 | 96,8 | 0,986 | 0,883 | 1,0 |
| 78. Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4 com tecido de granulação e sem sangramento, papaína 3%; e com ou sem sangramento ou sensibilidade à papaína, usar, por exemplo, malha não aderente ou estéril ou hidrogel com alginato de cálcio e sódio). | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,883 | 1,0 |
| 79. Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4, com ferida complexa desbridada, terapia por pressão negativa ou alginato de cálcio e sódio com prata ou outra cobertura, conforme a avaliação. | 29 | 93,5 | 0,989 | 0,881 | 1,0 |
| TODOS | 22 | 93,2 | 0,989 | 0,884 | 0,95 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Os especialistas que analisaram o instrumento deram sugestões que foram analisadas e acatadas por serem sustentadas na literatura como demonstrado no Quadro

03, essas afirmativas foram inseridas e levadas para a segunda etapa do processo de validação.

Quadro 3 – Sugestões dos especialistas acerca das intervenções de enfermagem para a pessoa com LP - João Pessoa - PB, Brasil, 2019.

| SUGESTÕES DOS ESPECIALISTAS | |
|-----------------------------|--|
| 1. | Aplicar a escala para avaliar risco de lesão por pressão até oito horas da admissão da pessoa, diariamente ou uma vez por semana, e suas condições clínicas (Escala de Norton, Braden, Waterlow e Escala de Dependência de Cuidados). |
| 2. | Atentar para as queixas da pessoa. |
| 3. | Avaliar a aceitação da dieta. |
| 4. | Avaliar a evolução da cicatrização da ferida. |
| 5. | Avaliar a lesão (localização, extensão, tipo de tecido no leito da lesão e pele perilesional, exsudato, quantidade, dor, odor, bordas - deslocadas, enroladas, maceradas, eritematosas - túneis, presença de sangramento, mensuração da lesão quanto à extensão, diâmetro, altura e profundidade). |
| 6. | Avaliar a necessidade de utilizar microcorrente e/ou laserterapia no tratamento das lesões. |
| 7. | Avaliar a pele da pessoa desde a admissão até a alta. |
| 8. | Avaliar e/ou proteger as proeminências ósseas. |
| 9. | Avaliar o estado nutricional da pessoa. |
| 10. | Avaliar o grau de dependência da pessoa. |
| 11. | Avaliar o uso de medicamentos que influenciam a cicatrização, como imunossuppressores, corticosteroides, quimioterápicos, radioterápicos, anticoagulantes e agentes vasopressores. |
| 12. | Avaliar os exames laboratoriais da pessoa. |
| 13. | Desviar as fezes e a urina utilizando cateteres específicos, a fim de manter a pele íntegra e seca. |
| 14. | Educar a equipe continuamente sobre a prevenção de lesão por pressão. |
| 15. | Elaborar um plano de cuidado para tratar ou prevenir lesão por pressão de forma individualizada. |
| 16. | Elevar a cabeceira da cama até 30° (quando possível). |
| 17. | Em lesão tissular profunda, avaliar a necessidade de placa de hidrocoloide, curativos à base de hidrofibra, filme transparente de poliuretano não estéril, ácidos graxos essenciais ou outra cobertura conforme a avaliação. |
| 18. | Em lesões estágio 1, avaliar a necessidade de placa de hidrocoloide, ácido graxo essencial ou protetores cutâneos, conforme avaliação. |
| 19. | Em lesões estágio 2, avaliar a necessidade de, por exemplo, placa de hidrocoloide ou malha não aderente estéril, conforme a avaliação da lesão. |
| 20. | Evitar massagear áreas com sinais de ulceração. |
| 21. | Evitar arrastar a pessoa no leito durante sua mobilização. |
| 22. | Evitar desbridar necroses estáveis e duras em áreas como o calcâneo. |
| 23. | Evitar o cisalhamento e/ou fricção. |

Continuação

| |
|--|
| 24. Identificar a etiologia e os fatores de risco para lesões por pressão com a aplicação de escala de predição de risco e avaliação clínica do enfermeiro. |
| 25. Instituir protocolo de prevenção para lesão por pressão nas pessoas em risco de desenvolver ou que já apresente lesão por pressão. |
| 26. Limpar a lesão durante a realização do curativo utilizando soluções e coberturas adequadas conforme a avaliação da lesão. |
| 27. Manter a ferida e a pele adjacente limpas e utilizar cobertura semioclusiva para proteger da contaminação por urina ou fezes. |
| 28. Manter a pele limpa e hidratada. |
| 29. Observar os sinais flogísticos de infecção na lesão. |
| 30. Observar presença de hiperemia na pele, principalmente nas áreas de proeminências ósseas. |
| 31. Obter dados sobre a dor utilizando escalas (intensidade, fatores de melhora, fatores de piora e características). |
| 32. Obter dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos sobre a pessoa e a lesão. |
| 33. Orientar a família e a pessoa com a lesão sobre os cuidados no domicílio. |
| 34. Orientar a família e a pessoa sobre a terapia aplicada. |
| 35. Orientar sobre o uso de protocolos, diretrizes e políticas de prevenção das lesões por pressão a pessoa, familiares e cuidadores. |
| 36. Prevenir dermatites associadas à incontinência para evitar contato com urina e fezes, higienizando após eliminações e utilizando cremes de barreira se necessário. |
| 37. Promover conforto e bem-estar da pessoa. |
| 38. Proteger a pele com colchão e/ou dispositivos aliviadores de pressão nas pessoas com lesão por pressão ou em risco de desenvolvê-la. |
| 39. Realizar coleta por meio da cultura de material para identificar o agente microbiano, quando necessário. |
| 40. Realizar curativo diariamente ou sempre que necessário. |
| 41. Realizar mudança de decúbito da pessoa de duas em duas horas. |
| 42. Registrar, no prontuário da pessoa, o aspecto da lesão, as soluções, as coberturas e os produtos utilizados para limpar o leito da lesão e a área perilesional e o período de troca do próximo curativo. |
| 43. Utilizar coberturas antibacterianas impregnadas com prata (por ex.: espuma ou alginato com prata) em lesões com infecção. |
| 44. Utilizar em lesões estágio 3 ou 4 com esfacelo, por exemplo, papaína ou hidrogel com alginato de cálcio e sódio, conforme a avaliação. |

| |
|--|
| 45. Utilizar em lesões estágio 3 ou 4, com ferida complexa debridada, terapia por pressão negativa ou alginato de cálcio e sódio com prata ou outra cobertura, conforme a avaliação. |
| 46. Utilizar medidas de controle para incontinência urinária e fecal. |
| 47. Utilizar placas de hidrocoloides ou filme transparentes em áreas de pressão como medidas preventivas nas pessoas com risco de desenvolver lesão por pressão. |
| 48. Utilizar superfície de apoio para movimentar a pessoa no leito, como rolo, almofadas, travesseiros e lençol. |
| 49. Utilizar técnica asséptica durante a realização do curativo. |
| 50. Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4 com necrose de coagulação ou de liquefação sem sangramento, papaína; com sangramento e necrose mista, usar, por exemplo, hidrogel com alginato de cálcio e sódio, conforme a avaliação. |
| 51. Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4 com tecido de granulação sem sangramento, papaína 3%; com ou sem sangramento ou com sensibilidade à papaína, usar, por exemplo, malha não aderente ou estéril ou hidrogel com alginato de cálcio e sódio. |
| 52. Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4 sem infecção e com grande quantidade de exsudato, alginato de cálcio e sódio; e com infecção, usar, por exemplo, alginato de cálcio e sódio com prata, conforme a avaliação. |
| ACRÉSCIMO DAS INTERVENÇÕES |
| 1. Considerar a utilização de soluções de limpeza com agentes surfactantes e/ou antimicrobianos (por exemplo: sabonetes à base de PHMB) para limpar lesões por pressão com resíduos, infecções confirmadas, suspeitas de infecção ou suspeitas de níveis elevados de colonização bacteriana. |
| 2. Participar, em conjunto com o serviço de Controle de Infecção Hospitalar, da escolha de materiais, medicamentos e equipamentos necessários à prevenção e ao cuidado com as feridas. |
| 3. Usar indicadores nutricionais como: hemoglobina e hemoglobina glicada, albumina sérica, aporte de zinco, vitaminas B12 e D, proteína fracionada e ferritina para avaliação da pessoa. |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

No instrumento construído no estudo, as frequências das respostas para as intervenções de enfermagem desenvolvidas no tratamento e na prevenção das LP foram elevadas. O processo de validação resultou em 74 afirmativas validadas. A análise estatística indicou que o IVC de 93,67% dos itens foi igual a 0.80 (escore maior do que 0,87), e o p-valor para o teste da igualdade da proporção foi maior que 0,05 (nível de significância do teste de hipótese). Pode-se afirmar que o mapeamento dos conceitos da CIPE® 2017 com a literatura foi uma etapa fundamental para garantir que a confiabilidade das intervenções de enfermagem tivesse sustentáculo nas evidências clínicas e amparo teórico de referência.

Afirmativas como ‘Avaliar a pele da pessoa desde a admissão até a alta’, ‘Avaliar o grau de dependência da pessoa’, ‘Colocar colchão pneumático em todas pessoas desde a admissão’, ‘Observar presença de hiperemia na pele, principalmente nas áreas de proeminências ósseas’ e ‘Utilizar coberturas antibacterianas impregnadas de prata (espuma ou alginato com prata) em lesões com infecção’ foram removidas do protocolo porque seu IVC foi inferior a 0.80.

Os achados foram considerados representativos, corroborando com Coluci *et al.* (2015), considera-se que estabelecer e compreender a estrutura conceitual direcionada para o objetivo de estudo é indispensável para a elaboração de um instrumento de pesquisa, de modo que determinar os conceitos do metaparadigma fica mais claro e preciso para a construção dos itens.

Quanto maior o número de necessidades afetadas da pessoa, maior é a necessidade de planejar a assistência. A sistematização do cuidado visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada, melhora os indicadores e reduz possíveis danos no contexto hospitalar, e reverte desequilíbrio em equilíbrio através do cuidado do enfermeiro. O modelo teórico aplicado neste estudo foi escolhido por entender que atende às necessidades da pessoa com lesão ou em risco desenvolvê-la, contemplando a pessoa nas suas diversas dimensões biopsicossocial e espiritual, além de ser um modelo largamente utilizado na prática clínica por diversas instituições de saúde.

O presente instrumento teve como objetivo oferecer um recurso metodológico que norteara a prática do enfermeiro, e que atendesse às necessidades da pessoa a ser assistida, contribuindo para uma assistência integral. Assim como o modelo de Coluci *et al.* (2015) recomenda, para o desenvolvimento dos itens do instrumento utilizou-se recursos como a busca de literatura, e escalas tipo likert de 4 pontos para a construção de escalas de resposta. Para a seleção e organização dos itens, retiraram-se termos vagos, as duplas afirmativas e itens que não correspondiam ao objeto de estudo.

Em um estudo similar, realizado com profissionais de diversas especialidades de uma UTI de um hospital geral, os resultados foram igualmente positivos na construção de um protocolo de prevenção de LP, com altos índices de aceitação (mínimo: 87,3%; máximo: 100%) dos itens. Os autores sugeriram que isso ocorreu porque as necessidades e as especificidades da clientela foram atendidas, e a realidade do serviço foi considerada. Isso possibilitou que o protocolo fosse sensível à realidade onde foi desenvolvido e aplicado (NPUAP, 2016).

Neste estudo, a análise criteriosa das afirmativas pelos especialistas e as sugestões oferecidas foram fundamentais para garantir sua consistência interna, mas a busca por peritos é um dos primeiros grandes desafios das pesquisas que envolvem a

validação de conteúdos. O perfil dos peritos, com larga experiência na área assistencial e na docência colaborou para um alto índice de confiabilidade e fidedignidade das afirmativas de intervenções. Estudos acreditam que ainda não há um consenso acerca do perfil dos especialistas, e isso gera discussões e falta de uniformidade na comunidade acadêmica. Questões emergem acerca dos anos de experiência prática ou com a pesquisa na temática, titulação, tempo de graduação ou local de atuação, mas cabe ao pesquisador elaborar critérios claros para determinar esse perfil para direcioná-los aos objetivos do estudo. Uma escolha errada dos especialistas irá interferir na fidedignidade dos resultados (FERREIRA *et al.*, 2013).

Em uma pesquisa desenvolvida em um hospital de referência em Minas Gerais, realizada com 38 enfermeiros pós-graduados com experiência em feridas, constatou-se que o tempo de experiência na docência e na assistência, declarado pelos participantes da pesquisa, mostrou um resultado positivo na construção e na validação de um algoritmo de tratamento da LP, pois a articulação docência-assistência foi capaz de retratar condutas aplicáveis na prática e aperfeiçoamento nos processos formativos e assistenciais (FERREIRA *et al.*, 2013).

Consideram-se intervenções de enfermagem as ações necessárias prescritas pelos enfermeiros para a obtenção de resultados esperados determinados no planejamento. A prescrição de cuidados precisa causar impacto positivo na assistência, e o foco deve ser reverter os fatores etiológicos associados ao diagnóstico e solucionar sinais e sintomas (COREN, 2009; GARCIA; NOBREGA, 2009).

Na etapa de validação dos conteúdos, os especialistas consideraram aplicáveis inúmeras condutas preventivas e de tratamento das LP, dentre elas, avaliar o risco de LP, destaca-se a importância do profissional enfermeiro para coletar dados de maneira criteriosa, com anamnese e exame físico completo e detalhado para identificar possíveis problemas, a etiologia e os fatores de risco para lesões. Ademais, constatou-se que é preciso manter a pele limpa e seca, gerir e tratar a incontinência urinária e fecal, pois o contato da pele com esses elementos pode modificar sua estrutura e função e causar irritação química, maceração por umidade, dermatite e colonização de bactérias e fungos, o que poderá comprometer sua integridade (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014; QUEIROZ *et al.*, 2014; ASCARI *et al.*, 2014; SVING *et al.*, 2014; PALAGI *et al.*, 2015; CAVALCANTE *et al.*, 2016; TIBES *et al.*, 2016; MORAES *et al.*, 2016; OLKOSK; ASIS, 2016; YAP *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2016; EBERHARDT *et al.*, 2016; LOPES *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2017; VASCONCELOS; CALIRI, 2017; CUNHA *et al.*, 2017; LOUDET *et al.*, 2017; WAGNER-COX *et al.*, 2017).

Observou-se que manter a pele limpa e seca e aplicar loções tópicas, como hidratantes e cremes à base de ácidos graxos essenciais, pode ser uma barreira contra a umidade. Essas estratégias de cuidado demonstraram ser eficazes nas LP, já que formam uma barreira protetora para a pele, impede a maceração, proporciona alívio depois da primeira aplicação, promove nutrição celular local e regenera os tecidos (QUEIROZ *et al.*, 2014; CAMPANILI *et al.*, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2016; YAP *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2016; OLKOSK; ASIS, 2016; FERREIRA *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2017; BENEVIDES *et al.*, 2017). Corroborando o que preconiza a literatura, os especialistas consideraram que seria necessário ‘evitar deixar resíduos de sabão, pó ou cremes em excesso em localizações anatômicas com dobras (quentes e úmidas) para evitar dermatites fúngicas’ e ‘considerar a utilização de soluções de limpeza com agentes surfactantes e/ou antimicrobianos (por exemplo: sabonetes à base de PHMB) para limpar lesões por pressão com resíduos, infecções confirmadas, suspeitas de infecção ou suspeitas de níveis elevados de colonização bacteriana’ para não produzir um meio ideal para o crescimento microbiano.

Os especialistas concordaram em validar as afirmativas ‘Realizar mudança de decúbito da pessoa de 2 em 2 horas’ e ‘Orientar e mobilizar o cadeirante em posição sentada a cada 1 hora’, ambas com IVC de 93,5; a intervenção ‘Utilizar superfície de apoio para movimentar a pessoa no leito, como rolo, almofadas, travesseiros e lençol’, obteve um IVC de 96,8; e a intervenção ‘Proteger a pele com colchões e/ou dispositivos aliviadores de pressão nas pessoas com lesão por pressão ou em risco de desenvolver lesão por pressão’, IVC de 90,3.

Os estudos afirmam que trocar a posição na cama a cada duas horas, e se o paciente for cadeirante, de hora em hora, foi considerado como padrão ouro para prevenir lesões, já que a pressão exercida sobre o leito, a fricção e o cisalhamento podem levar ao comprometimento vascular, reduzir o fluxo sanguíneo capilar e, conseqüentemente, romper a pele. É preciso, ainda, usar camas e colchões especiais para redistribuir a pressão, forro móvel para mover ou transferir as pessoas acamadas, mudar o decúbito e trocar fraldas regularmente. O uso de superfícies de suporte, como redutores de pressão, com proteção das proeminências, que podem ser utilizadas para diminuir a força exercida sobre uma área, e a mobilização adequada no leito têm demonstrando ser um bom investimento, por seu melhor desfecho e custo-benefício (CLARK *et al.*, 2014; SVING *et al.*, 2014; ALBUQUERQUE *et al.*, 2014; MARDSEN *et al.*, 2015; SANTAMARIA *et al.*, 2015; PALAGI *et al.*, 2015; MORAES *et al.*, 2016; YAP *et al.*, 2016; CAVALCANTE *et al.* 2016; FERREIRA *et al.*, 2016; LOUDET *et*

al., 2017; AYELLO *et al.*, 2017; BENEVIDES *et al.*, 2017; WAGNER-COX *et al.*, 2017; MENDONÇA *et al.* 2018).

A aplicação de escalas na prática clínica é útil e auxilia os profissionais a identificarem os fatores de riscos internos e externos para o surgimento de lesões. Todos os peritos consideraram que elas são úteis e necessárias na prática clínica para evitar lesões. Na etapa de validação dos conteúdos, houve sugestões consideradas importantes. A afirmativa ‘Aplicar escalas para risco de úlcera por pressão (Escala de Norton, Braden, Waterlow e Escala de Dependência de Cuidados)’ foi modificada e aceita com alto índice de IVC, 93,5, para ‘Aplicar a escala para avaliação de risco de lesão por pressão até oito horas da admissão do cliente, diariamente, uma vez por semana, a depender de suas condições clínicas (Escala de Norton, Braden, Waterlow e Escala de Dependência de Cuidados)’, e a afirmativa ‘Manter pele limpa e seca’ foi substituída por ‘Manter pele limpa e hidratada’.

Evidenciaram-se vários instrumentos para identificar riscos, como as Escalas de Norton, Waterlow, Gosnell e Braden. Esta última foi a que se destacou nos estudos, por ser amplamente utilizada para implementar cuidados efetivos e identificar riscos. Essas escalas fornecem subsídios para proceder à avaliação clínica dos pacientes e determinar os cuidados prioritários e reduzir danos e sofrimento dos pacientes e custos para as instituições (QUEIROZ *et al.*, 2014; SVING *et al.*, 2014; PALAGI *et al.*, 2015; CAVALCANTE *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2016; LOPES *et al.*, 2016; YAP *et al.*, 2016; OLKOSK; ASIS, 2016; VASCONCELOS; CALIRI, 2017; LOUDET *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2017; WAGNER-COX *et al.*, 2017).

Para alguns especialistas, foram consideradas aplicáveis as afirmativas relacionadas às necessidades nutricionais ‘Avaliar o estado nutricional da pessoa’, ‘Avaliar a aceitação da dieta’ e ‘Usar indicadores nutricionais como: hemoglobina e hemoglobina glicada, albumina sérica, aporte de zinco, vitaminas B12 e D, proteína fracionada e ferritina para avaliação da pessoa’. Essas intervenções também são sugeridas pela Resolução nº. 567/2018 do COFEN, que regulamenta a atuação do enfermeiro no cuidado com os pacientes com feridas (COFEN, 2018).

Estudos consideram que é preciso manter um suporte nutricional adequado, hidratar o paciente e gerenciar sua condição nutricional. Essa é uma importante prática, pois uma ferida pode provocar inúmeros efeitos deletérios no organismo, decorrentes do seu processo catabólico, aumentar as necessidades nutricionais e dificultar o processo de reparação e reconstrução dos tecidos decorrentes da cicatrização e, conseqüentemente, mais tempo de internação (MORAES *et al.*, 2014; YAP *et al.*, 2016; AYELLO *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017; WAGNER-COX *et al.*, 2017; COREN 2018).

Rastrear o estado nutricional do paciente é um procedimento que pode ser realizado por qualquer membro qualificado da equipe de saúde para identificar aqueles cujo estado nutricional deve ser avaliado completamente, devido às características que os colocam em potencial risco nutricional. Isso deve ser feito quando ele é admitido na instituição de saúde. Podem ser incluídas entre os indicadores nutricionais que precisam ser investigados a anemia, a hemoglobina e a albumina sérica, medidas sobre o aporte nutricional e perda ou ganho de peso. Posteriormente, essa pessoa deve ser encaminhada para ser submetida a uma avaliação nutricional completa feita por um nutricionista ou uma equipe nutricional multidisciplinar, que dará orientações sobre a importância de uma dieta rica em micro e macronutrientes (CAMPOS *et al.*, 2010).

O grupo de desenvolvimento considerou que ‘Identificar a etiologia e fatores de risco para lesões por pressão através da aplicação de escala de predição de risco e avaliação clínica do enfermeiro’ e ‘Instituir protocolo de prevenção para lesão por pressão nas pessoas em risco de desenvolver ou que já apresente lesão por pressão’ são intervenções que devem ser desenvolvidas para as LP. Nesse sentido, a Enfermagem desempenha um importante papel, ao identificar precocemente quem necessita de cuidados, principalmente os que estão no grupo considerado de risco (idosos, obesos, acamados e cadeirantes), para minimizar os danos físicos e psicológicos, os custos e o tempo de internação. Assim, avaliar e classificar esse cliente para intervir, individualmente, em cada caso deve ser o ponto de partida que toda a equipe deve tomar para prevenir e tratar as LP (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014; QUEIROZ *et al.*, 2014; ASCARI *et al.*, 2014; SVING *et al.*, 2014; SVING *et al.*, 2014; CAMPANILI *et al.*, 2015; PALAGI *et al.*, 2015; CAVALCANTE *et al.*, 2016; TIBES *et al.*, 2016; MORAES *et al.*, 2016; OLKOSK; ASIS, 2016; YAP *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2016; EBERHARDT *et al.*, 2016; LOPES *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2017; VASCONCELOS; CALIRI, 2017; CUNHA *et al.*, 2017; MAZZO *et al.*, 2017; MEDEIROS *et al.*, 2017; AYELLO *et al.*, 2017; MILCHESKI, *et al.*, 2017; MAZZO *et al.*, 2017; LOUDET *et al.*, 2017; BENEVIDES *et al.*, 2017; WAGNER-COX *et al.*, 2017).

Mostraram-se relevantes as intervenções de enfermagem voltadas para o atendimento de forma integral e individualizado do cuidado, como ‘Avaliar exames laboratoriais da pessoa’, ‘Avaliar a pele da pessoa desde a admissão até a alta’, ‘Controlar a glicemia’ e ‘Elaborar um plano de cuidado para tratar ou prevenir lesão por pressão de forma individualizada’ foram consideradas aplicáveis à pessoa com LP ou risco de desenvolvê-la. A literatura sustenta que o enfermeiro precisa avaliar as condições clínicas do cliente e da lesão periodicamente, fazendo exame físico detalhado,

anamnese e exames laboratoriais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014; MOORE *et al.*, 2014; WAGNER-COX *et al.*, 2017).

Em diversos estudos, a avaliação clínica da pessoa foi referenciada para proporcionar um cuidado individual e eficaz. Para isso, aspectos como doença de base, idade avançada, sinais vitais, hiperglicemia, estado nutricional, uso de medicamentos e a função urinária e a intestinal precisam ser tratados corretamente (ASCARI *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2016; CAVALCANTE *et al.* 2016; MEDEIROS *et al.*, 2017).

Os estudos indicaram que avaliar as características das lesões (leito e perilesão), como mensuração, margem, tipo de tecido, quantidade de exsudato (quantidade de gaze molhada) e sinais de infecção irá determinar o melhor tratamento e a escolha da cobertura ideal (QUEIROZ *et al.*, 2014; SVING *et al.*, 2014; CLARK *et al.*, 2014; PALAGI *et al.*, 2015; EBERHARDT *et al.*, 2016; TIBES *et al.*, 2016; MORAES *et al.*, 2016; YAP *et al.*, 2016; ALMEIDA *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2016; CAVALCANTE *et al.*, 2016; LOUDET *et al.*, 2017; CUNHA *et al.*, 2017; MARTINS *et al.*, 2016).

Para os especialistas, cuidados como ‘Utilizar o sistema RYB (vermelho, amarelo ou preto) para escolher o desbridamento a ser realizado na lesão’ e ‘Utilizar o sistema TIME (tecido, infecção ou inflamação, manutenção do meio úmido e epitelização) para escolher o melhor tratamento’ são essenciais no acompanhamento da lesão. Compreende-se que o processo cicatricial – que é um processo sistêmico, dinâmico e diretamente relacionado às condições gerais do organismo - precisa ser continuamente avaliado para que o profissional possa decidir o melhor tratamento a ser seguido. No item ‘Avaliar a lesão (localização, extensão, tipo de tecido, pele perilesional, dor, odor, bordas, diâmetro, túneis, presença de sangramento e profundidade)’, sugeriu-se que se colocasse também o tipo de exsudato, a quantidade e o tecido no leito da lesão. Obteve-se um IVC de 96,8.

Compreende-se que, embora o processo de reparação tecidual seja sistêmico, para que seja efetivo, deve proporcionar as condições ideais para o tratamento. O uso de coberturas pode acelerar o processo de cicatrização, mas precisa ser compatível com a fisiologia de reparação tecidual, por isso é necessário proporcionar um isolamento térmico, proteger a ferida de traumas mecânicos e invasão bacteriana, remover tecidos necróticos e corpos estranhos, eliminar processos infecciosos, evitar solapamento, absorver exsudatos e manter o leito da lesão úmido. De modo geral, a cobertura adequada deve contribuir para que haja menos riscos de desenvolvimento de infecções, promovendo boa cicatrização no meio úmido (INOUE; MATSUDA, 2016; CARVALHO *et al.*, 2017).

O desbridamento é uma técnica primordial para garantir cada etapa fisiológica da cicatrização das feridas e pode ser feito pelo enfermeiro desde que seja capacitado para isso e avalie criteriosamente a lesão. A técnica a ser escolhida pode ser a de desbridamento autolítico, a instrumental, química ou mecânica. Antes de se escolher a técnica a ser empregada, devem-se considerar diversos critérios, como seletividade, características, quantidade, profundidade, localização do tecido, presença e características do exsudato, dor, infecção ou colonização (COFEN, 2018).

Desbridar é o ato de remover um tecido desvitalizado, apoiado por evidências científicas, pois pode acelerar a cicatrização. Essa técnica é vista como indispensável para cicatrizar a lesão, porque acelera a proliferação e a remodelação tissular, elimina substrato, que possibilita o crescimento dos microorganismos, melhora o restabelecimento estrutural e funcional da pele e possibilita uma melhor avaliação da lesão (SANTOS *et al.*, 2013).

A literatura confirma, ainda, que as intervenções de enfermagem que envolvem o tratamento dessas lesões vão desde tratar a lesão, trocando o curativo com técnica asséptica e escolhendo o curativo adequado; proteger a pele perilesional; avaliar a percepção sensorial; obter dados sobre a dor e avaliar a necessidade de usar laserterapia e microcorrente no tratamento das lesões (ASCARI *et al.*, 2014; ALBUQUERQUE *et al.*, 2014; SVING *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2016; YAP *et al.*, 2016; CUNHA *et al.*, 2017; CARVALHO *et al.*, 2017; MEDEIROS *et al.*, 2017; LOUDET *et al.*, 2017). A IE ‘Avaliar a necessidade de utilizar microcorrente e/ou laserterapia no tratamento das lesões’ pode ser desenvolvida e foi validada pelos peritos. Porém, para o Coren (2018), técnicas e tecnologias como pressão negativa, eletroterapia, hidrozonioterapia, entre outras, podem ser desenvolvidas caso o profissional tenha capacitação para tal.

É importante ressaltar que o enfermeiro deve ter um conhecimento acurado para escolher o curativo ideal. Deve limpar a ferida com produtos apropriados para isso, e a depender do tipo de exsudato, sangramento, necrose que houver na lesão, podem ser usados solução salina ou produtos de limpeza específicos. Podem-se utilizar produtos no tratamento da lesão, cuja escolha depende da quantidade e da qualidade do exsudato, sangramento, necrose, aparência da lesão (leito e perilesão), tipo e intensidade da dor, presença ou ausência de descolamento e túneis. A conduta sempre deverá ser realizada depois que o enfermeiro fizer a avaliação (QUEIROS, 2016; CUNHA *et al.*, 2017).

Os especialistas também validaram com alto IVC de 87,1 e 93,5, respectivamente, as intervenções ‘Avaliar a necessidade de analgesia antes do curativo, conforme prescrição’ e ‘Atentar para as queixas da pessoa’. A dor na ferida pode ser comum em pessoas com LP e pode estar relacionada ou não à natureza da ferida ou a

procedimentos como troca de curativos, desbridamento ou eventos como a mudança de posição. Por isso a dor deve ser manejada farmacologicamente com o uso de drogas anti-inflamatórias ou opioides, quando necessário. A LP, de forma isolada, pode não necessitar de analgesia contínua, mas a medicação antes do procedimento é essencial para trazer proporcionar à pessoa conforto e menos sofrimento. Assim, 30 minutos antes do procedimento, é preciso atentar para as queixas, os desconfortos e a dor, visando garantir ao paciente menos sofrimento (VASCONCELOS; CALIRI, 2017; WAGNER-COX *et al.*, 2017).

A IE sugerida no instrumento ‘Solicitar a pessoa permissão para acompanhar a evolução da lesão através de registro fotográfico’ também foi considerada aplicável em pessoas com LP. Araújo *et al.* (2012) referem que a fotografia digital é uma tecnologia importante para o acompanhamento de lesões, pois facilita sua avaliação, a mensuração, seu aspecto e sua evolução. Também possibilita o compartilhamento e o estudo pela equipe multiprofissional. Contudo, deverão ser considerados os princípios éticos quanto ao sigilo da pessoa, que deverá estar ciente dos usos restritos para avaliar a lesão e a assistência prestada.

O envolvimento do cliente e da família faz parte do cuidado e deve ser considerado pelo enfermeiro em seu plano assistencial. Por essa razão, sugere-se que se deve estimular executar atividades diárias de autocuidado, como pentear o cabelo, alimentar-se e higienizar-se. Essas medidas incentivam a autonomia, auxiliam o indivíduo a lidar com os conflitos e proporciona conforto e tranquilidade mediante a situação, que exigirá autoconfiança e fé durante a recuperação. Devem-se encorajar sua verbalização e o bom relacionamento familiar. O envolvimento de todos facilitará o processo de cuidado com a pessoa e a lesão, principalmente para alta (BAVARESCO, 2012; MORAES *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2017; MARTINS *et al.*, 2016).

Convém enfatizar que o enfermeiro é um membro ativo e integrante de uma equipe multiprofissional, geralmente responsável pela avaliação da pele e pelo tratamento de lesões, que envolve a indicação de coberturas e o próprio curativo. Ele precisa estudar a lesão da qual irá cuidar, avaliar a forma mais apropriada de realizar condutas corretas, mas, sobretudo, cuidar da pessoa como um todo.

Instrumentos como protocolos, algoritmos, cartilhas, manuais, fluxogramas e diretrizes são importantes e podem ajudar os enfermeiros a solucionarem problemas provenientes da prática clínica e da gestão dos serviços de saúde, pois auxiliam a padronizar as condutas clínicas e preventivas e favorecer a sistematização da assistência de enfermagem (CUNHA *et al.*, 2017; BENEVIDES *et al.*, 2017).

Defende-se que a implementação de protocolos e de grupos de estudo sobre a prevenção de LP, com a padronização de intervenções específicas, a documentação, o envolvimento das equipes multidisciplinares, a liderança, a auditoria e o *feedback*, reduz os custos, diminui a prevalência, a incidência e a severidade das lesões no serviço e ameniza os danos e o sofrimento da pessoa acometida por LP (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

O enfermeiro desempenha um papel de destaque ao aparecer na linha de frente da prática de cuidados voltados para os pacientes com LP, porquanto passa informações preventivas e educativas para elas, cria vínculos, garante a continuidade da assistência, ao apoiar a adesão às terapêuticas em longo prazo, e promove a prática colaborativa multiprofissional. Para isso, esse profissional dispõe da SAE e do Processo de Enfermagem para direcionar, orientar e organizar o cuidado e documentar sua prática. O Processo de Enfermagem é uma tecnologia de informação que facilita o raciocínio clínico e a documentação padronizada do cuidado prestado à pessoa, seja em prontuários eletrônicos ou em sistemas manuais de registros (COFEN, 2009; GARCIA, NOBREGA, 2009; GARCIA, 2017).

Ressalte-se, entretanto, que a aplicação deliberada e, sobretudo, a documentação padronizada do Processo de Enfermagem não são um consenso no meio profissional. O descaso com o registro do processo de cuidado no prontuário da pessoa ou em outros documentos próprios da Enfermagem pode resultar na falta de visibilidade e de reconhecimento profissional e em obstáculo para o avanço da ciência da Enfermagem.

Segundo Andrade *et al.* (2013), os profissionais da área de Enfermagem executam o cuidado, mas as atividades não são documentadas adequadamente pela equipe de enfermagem, que deveria incluir o relato da coleta de dados, a análise por meio de julgamento clínico, o planejamento das ações e sua implementação e a avaliação das ações executadas para verificar se os resultados foram ou não alcançados.

Os profissionais devem centrar suas ações certificando-se de que cada atividade implementada é necessária e importante. Contudo, a assistência precisa ser investigada constantemente, porque a pessoa modifica suas respostas humanas constantemente. Para isso, é necessário ter conhecimento técnico e científico e uma relação de confiança durante o cuidado para reconhecer essas respostas e modificá-las sempre que for preciso.

Os enfermeiros devem utilizar o conhecimento teórico-prático e os instrumentos, os métodos e os processos específicos da área, ao ensinar, pesquisar, gerenciar e executar o cuidado de enfermagem, buscando a excelência de suas ações e de sua equipe, para alcançar a principal finalidade da profissão – a de prestar um cuidado

digno, sensível, competente e resolutivo, que contribua para solucionar, aliviar ou prevenir problemas de saúde, visando a uma vida saudável para as pessoas (GARCIA, 2017).

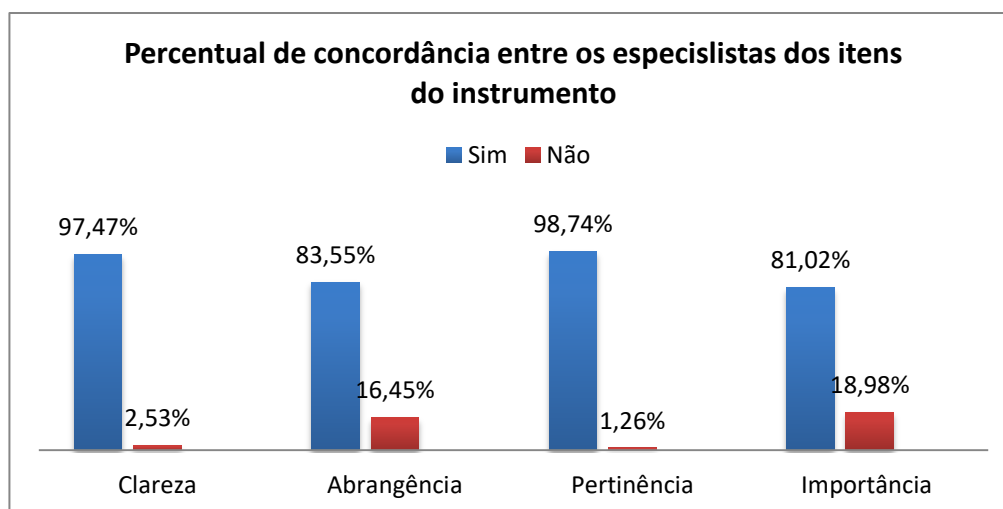
Na tentativa de aprimorar o protocolo, foi realizada outra fase de coleta de dados, que correspondeu a uma etapa do processo de validação de conteúdo, a fim de evitar erros de grafia e repetição de palavras e de ideias, para facilitar a compreensão dos usuários. Também foram retiradas as expressões consideradas inadequadas.

6.2.2 Segunda fase da validação de conteúdo das intervenções de enfermagem para o protocolo da CIPE® 2017 para prevenir lesões por pressão e tratar pessoas com risco de desenvolvê-la

Todos os especialistas que procederam à validação dos conteúdos foram convidados a participar dessa etapa, que ocorreu de abril a maio de 2019. O objetivo dessa validação foi de avaliar se o instrumento atendia aos critérios da objetividade, da simplicidade, da clareza, da precisão, da validade, da relevância e da interpretabilidade (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Os 30 especialistas participantes da etapa anterior receberam, por e-mail, um novo instrumento elaborado a partir das sugestões e uma nova carta-convite que continha os objetivos do estudo e da nova etapa. Obteve-se a participação de cinco especialistas, que avaliaram a aparência do instrumento quanto aos quesitos de apresentação do conteúdo do instrumento, a abrangência, a clareza, a pertinência e a importância das afirmativas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Para cada quesito, utilizou-se uma escala dicotômica de avaliação, como mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1- Percentual de concordância entre os especialistas dos itens do instrumento. João Pessoa - PB- 2019.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Embora tenha havido poucas considerações nessa etapa, algumas sugestões foram levantadas por alguns especialistas, como a IE ‘Obter dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos sobre o paciente e a lesão’. Um especialista considerou que essa intervenção não era importante para ser realizada pelo enfermeiro e que esses dados clínicos podem ser obtidos com as demais intervenções. Porém se considerou que seria uma informação relevante para planejar a assistência, inclusive para a alta, principalmente, para os dados sociodemográficos, já que por vezes é necessária à compra dos insumos pela família para continuação do tratamento, essa afirmativa permaneceu no instrumento porque obteve um IVC elevado de 0.80.

A afirmativa ‘Avaliar o estado nutricional do paciente’ não foi considerada clara nem pertinente ao instrumento, mesmo tendo atingido IVC superior a 0.80, pois, para o especialista, o enfermeiro não avalia aspectos como bioimpedância nem prega, mas a Resolução nº 567/2018 do COFEN, que regulamenta a atuação do enfermeiro nesta assistência, afirma que o profissional está apto a realizar a avaliação nutricional, considerando parâmetros como peso e altura, para determinar o índice de massa corporal (IMC), determinando possíveis pessoas com risco de desenvolver LP.

Foi recomendado que se retirassem os itens das afirmativas 69 a 73 que sugerem exemplos de algumas coberturas, mas são consideradas sugestões de uso. Então, caberá ao enfermeiro recomendar ou não sua utilização, a depender de sua avaliação e do julgamento crítico. O passo seguinte consistiu em criar um fluxograma com a representação esquemática do protocolo, juntamente com um guia para sua utilização.

*ETAPA 3- Elaboração do fluxograma de
utilização do protocolo da CIPE® 2017
para prevenir lesões por pressão e tratar as
pessoas acometidas por elas*

Nesta sessão, apresentam-se o fluxo de informações e as ações que subsidiam a avaliação do enfermeiro na prevenção e no tratamento de LP, com as possibilidades de tomar decisões e de fazer intervenções.

O uso de protocolos preventivos pode influenciar positivamente a prática de enfermagem e contribuir para uma prática segura e de boa qualidade. Para isso, é necessário escolher e implementar protocolos eficazes e fáceis de aplicar e conhecer os fatores de risco associados ao surgimento de lesões, para que a equipe de enfermagem identifique corretamente as intervenções a serem desenvolvidas individualmente e adote condutas assertivas.

O desenvolvimento de protocolos assistenciais tem ganhado espaço nas discussões sobre o planejamento hospitalar, pois se baseia em evidências científicas confiáveis, a fim de alcançar as melhores práticas. É um instrumento facilitador e norteador da prática de enfermagem, que colabora com o serviço e melhora a qualidade de vida das pessoas. Pode oferecer ao enfermeiro a oportunidade de desenvolver um processo de cuidar pautado em um conjunto de intervenções específicas, validadas e sensíveis à realidade local.

Os protocolos devem ser fáceis de usar, válidos, confiáveis e formais, e seu conteúdo baseado em evidências científicas. Devem ser corretamente utilizados e comprovadamente efetivos. Para isso, é necessário um rigor no processo de construção, adaptação à realidade local e implementação, além de seguimento por meio de indicadores de uso (processo) e efetividade (resultado) (PIMENTA *et al.*, 2015).

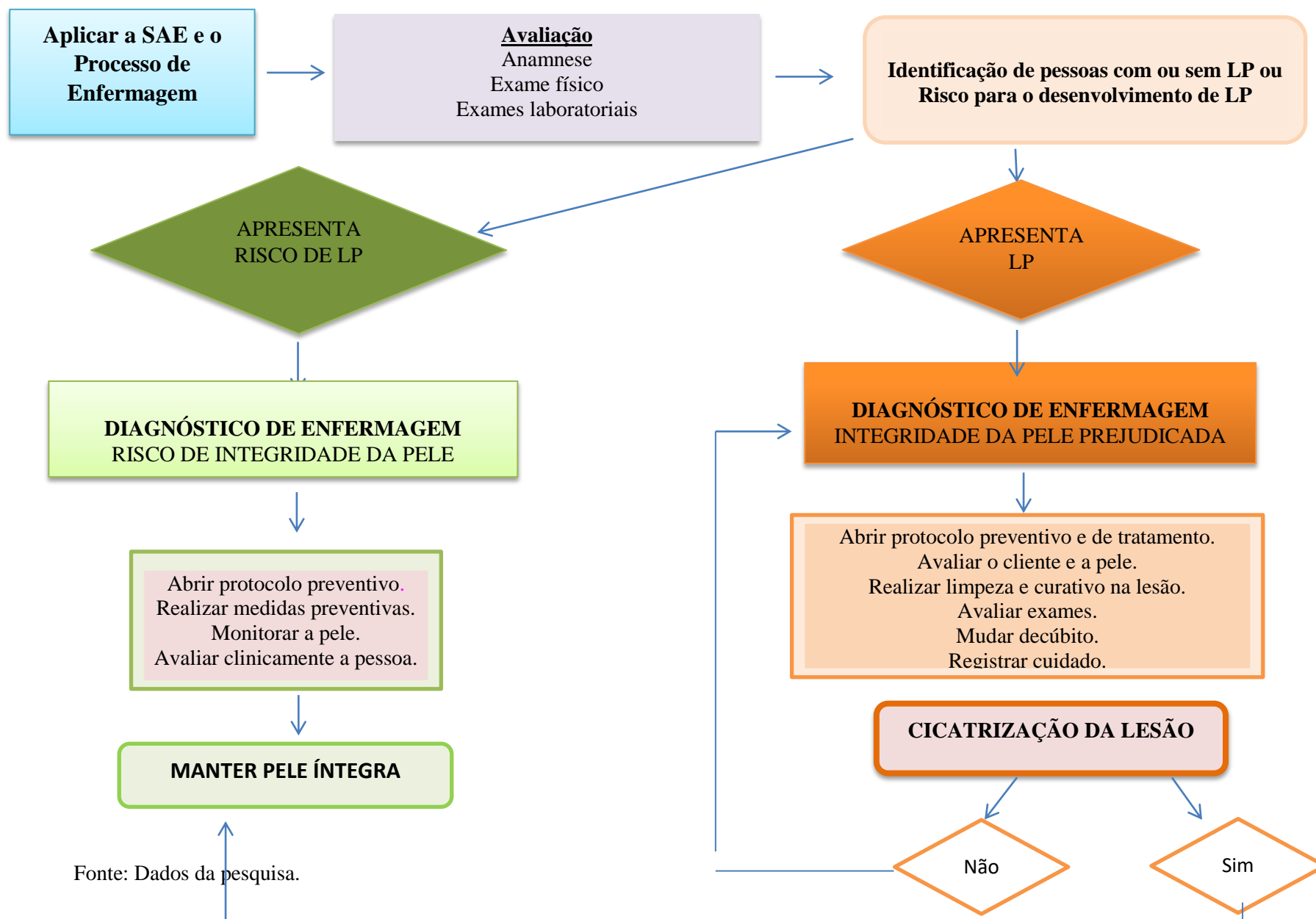
Os protocolos são instrumentos que possibilitam estabelecer uma abordagem diagnóstica e terapêutica, favorecem a coleta dos dados no gerenciamento e diminui a sobrecarga na documentação médica e de enfermagem. Sua implementação pode provocar um processo significativo de mudança para uma organização, principalmente quando as práticas dos profissionais diferem do que é recomendado. Essas práticas passam a ser mais científicas e sistematizadas quando o protocolo é seguido.

Os enfermeiros têm um grande destaque na elaboração e na implantação de protocolos, diretrizes clínicas e algoritmos relacionados às coberturas e aos produtos para prevenir e tratar LP. Porém isso deve ser feito associando conhecimentos, tecnologias e inovação à prática clínica com base em evidências científicas. Acredita-se que esses tipos de estudo podem provocar melhorias institucionais, principalmente no que se refere à qualidade da assistência com enfoque em mudanças nos processos e nos resultados da assistência (VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

Como são um motivo de preocupação nos serviços de saúde, as intervenções recomendadas nesta pesquisa podem ser adotadas por toda a equipe de enfermagem

envolvida no cuidado voltado para as pessoas com LP. Trata-se de estratégias de prevenção e tratamento confiáveis e cientificamente embasadas. Pensando nisso, elaborou-se um fluxograma do protocolo de intervenções de enfermagem para pessoas com LP atendidas no âmbito hospitalar, que demonstra suas etapas operacionais, conforme demonstrado na Figura 5.

Figura 5- Fluxograma de operacionalização do protocolo da CIPE® para prevenção e tratamento de pessoas com risco ou com LP. João Pessoa- PB, Brasil, 2019.



O fluxograma de atendimento à pessoa com LP precisa ser implantado na prática e revisado pelos enfermeiros. As pessoas com lesões já instaladas ou com risco de lesão por pressão são identificadas por meio de uma anamnese, exame físico, exames laboratoriais, história pregressa da saúde e da lesão e avaliação da pele e da lesão. Caso a pessoa não tenha lesões, a equipe precisa continuar monitorando a pele com medidas preventivas e fazendo sua avaliação clínica.

Se a pessoa apresentar risco ou a lesão, o enfermeiro deve identificar o diagnóstico **INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA/RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA** e direcionar a assistência para a cicatrização da lesão, com intervenções como: ‘Abrir protocolo preventivo’; ‘Avaliar clinicamente o cliente’; ‘Avaliar continuamente a pele’; ‘Realizar limpeza e curativos da lesão’; ‘Avaliar exames’; ‘Mudar decúbito’; ‘Aplicar o Processo de Enfermagem’; ‘Registrar cuidado’, dentre outras aqui listadas. Se, depois dos cuidados, a lesão cicatrizar, a equipe deve continuar com as medidas preventivas para evitar outras lesões. Porém, se a lesão ainda não tiver cicatrizado completamente, a assistência de enfermagem deve continuar, conforme as necessidades humanas da pessoa e a avaliação clínica do enfermeiro.

Ressalta-se que as fases de implementação e avaliação desse protocolo deverão ser realizadas em pesquisas posteriores. Assim, as intervenções poderão ser adicionadas ou retiradas depois de revisadas, de acordo com a necessidade de cada pessoa e serviço. A avaliação dos indicadores de resultados, a validação dos usuários e o plano de implementação serão apresentados e divulgados depois que os enfermeiros e a equipe de enfermagem passarem por um treinamento para utilizá-lo com a pessoa.

O uso do protocolo na prática clínica do enfermeiro pode ser um instrumento de grande valia para guiar sua assistência. Porém ele deve identificar corretamente os problemas de enfermagem reais ou potenciais que estejam provocando o desequilíbrio das necessidades básicas do indivíduo e assisti-lo integralmente para transformar desequilíbrios em equilíbrios e restabelecer-lhe a saúde.

Cuidar de pessoas com LP transcende o foco apenas na lesão, porque a assistência de enfermagem envolve todos os cuidados humanísticos e científicos aprendidos cognitivamente, com a finalidade de ajudar ou habilitar os indivíduos, a família ou a comunidade, a fim de receberem cuidados orientados para o desenvolvimento e a manutenção de condições favoráveis à vida e à morte. O cuidado de enfermagem é um conjunto de ações e interações direcionadas à pessoa através do contato físico e pessoal. É um processo contínuo,

coordenado e ininterrupto que os enfermeiros realizam para atingir o objetivo de seu cuidado - proporcionar bem-estar.

Os elementos do cuidado supõem um encontro entre pessoas (enfermeiros e pessoas), em que cada um detém elementos do processo de cuidado, envolvidas em uma transição intersubjetiva (estar com e fazer com), que ocorre em um tempo e um espaço e com uma finalidade determinada (bem-estar e recuperação). Esse processo se situa numa encruzilhada de um sistema de trocas. Toda situação de cuidados de enfermagem obriga os seres vivos a se encontrarem com o desconhecido, para que aprendam a compreendê-los e a procurar com eles o que possibilita continuar o percurso de sua vida.

Devido à complexidade e à transcendência desse cuidado, apresenta-se, a seguir, um guia para utilização do protocolo, que o enfermeiro poderá usar em sua prática clínica como norteador do cuidado. Esse guia não substitui o processo de raciocínio do enfermeiro, pois o parecer clínico e a tomada de decisão serão sempre essenciais para a prestação de cuidados individualizados e as respectivas famílias e não podem ser substituídos por qualquer instrumento. Seu uso pode melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados ao fornecer dados sistemáticos acerca dos cuidados de saúde.

A etapa a seguir apresentará a estruturação do protocolo da CIPE[®] para prevenir e tratar LP.

*ETAPA 4 - Estruturação do protocolo da CIPE®
2017 para prevenir lesões por pressão e tratar as
pessoas acometidas por elas*

Depois de validadas as afirmativas, estruturou-se o Protocolo da CIPE® para prevenir e tratar lesão por pressão, segundo o modelo teórico de Horta. O protocolo é composto de 74 intervenções de enfermagem, e sua aplicação deverá ser analisada segundo as necessidades do indivíduo. Assim, o enfermeiro deve utilizar seu raciocínio e julgamento clínico para tomar decisões.

A estruturação Protocolo da CIPE® para a prevenção de lesões por pressão e tratamento das pessoas acometidas por ela é composta por: 1) introdução; 2) aspectos legais; 3) grau de recomendação e força de evidência; 4) modelo teórico para estruturação do protocolo, baseado na NHB de Horta; e 3) a relação das afirmativas de intervenções de enfermagem distribuídas, segundo o modelo teórico.

**PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES
DE ENFERMAGEM DA CIPE® PARA
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE
PESSOAS COM LESÃO POR
PRESSÃO**

Este guia foi desenvolvido pela doutoranda Danielle Martins do Nascimento Oliveira, sob orientação da professora Dra. Marta Miriam Lopes Costa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Doutorado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Objetivo

Oferecer um guia para os enfermeiros contendo intervenções de enfermagem para a prevenção e tratamento de pessoas com lesão por pressão.

Descrição do método de coleta das evidências científicas

Revisão da literatura.

Conflito de interesse

Esta pesquisa não possui nenhum conflito de interesse.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de lesões por pressão (LPs) é considerado um problema de saúde pública, que necessita da intervenção de diferentes profissionais da área da saúde. Nesse sentido, é indicada uma intervenção multidisciplinar adequada, que visa diminuir os impactos causados na qualidade de vida da pessoa. No entanto, o alto custo do tratamento e o impacto negativo sobre o serviço a ser prestado têm limitado as práticas de saúde e representam um ponto de partida para políticas públicas de saúde adequadas.

As LPs resultam da pressão exercida sobre a pele, os tecidos ou as estruturas subjacentes geralmente sobre proeminências ósseas, com consequente diminuição de suprimento dos nutrientes para os tecidos. De etiologia multifatorial, são causadas por uma combinação de fatores extrínsecos e/ou intrínsecos, dentre eles, variáveis como força, cisalhamento, pressão, umidade, estado clínico, idade, imobilidade, nutrição, medicamentos, dentre outros (MEDEIROS *et al.*, 2016; CAMPANILI *et al.*, 2015).

Prevenir as LPs é uma das prioridades do Ministério da Saúde, uma das seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente e um dos principais eventos adversos encontrados nos serviços de saúde. Portanto o uso de protocolos de segurança, como a prevenção e o tratamento das LPs é imprescindível para evitar a ocorrência desses eventos nos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Por esse motivo, os profissionais de saúde precisam identificar os fatores de risco de desenvolvimento dessas lesões e planejar ações de caráter preventivo, a fim de melhorar a assistência. Programas de cuidado com a pele para prevenir e tratar lesões, baseados em diretrizes internacionais, podem contribuir para diminuir o número de lesões de pele, embora nem todos os fatores de risco sejam conhecidos, devido às especificidades de cada pessoa, de cada doença associada e de cada cenário de atenção (CAMPANILI *et al.*, 2015).

As LPs prolongam o tempo de internação, dificultam a recuperação da pessoa e aumentam o risco de desenvolver outras complicações, como infecções ou osteomielite. Devido ao grande sofrimento físico e emocional que imputam à pessoa, as LPs merecem atenção da equipe multiprofissional, no sentido de prevenir seu aparecimento ou favorecer o tratamento.

É necessário que o enfermeiro conheça os fatores de risco, a anatomia, a fisiologia e as etapas do processo de cicatrização para que seja feito um diagnóstico do tipo de lesão e sejam indicadas tecnologias adequadas para preveni-la e tratá-la. Ressalta-se que a prevenção e o

tratamento são dinâmicos e devem acompanhar as evoluções científica e tecnológica (MITTAG *et al.*, 2017).

Os cuidados de enfermagem são estabelecidos de acordo com as necessidades da clientela atendida, bem como de suas especificidades clínicas e devem ser fundamentados em assistência humanizada, contextualizada e integralizada. Torna-se necessário que o enfermeiro avalie clinicamente a pessoa e suas necessidades humanas afetadas.

O desenvolvimento de protocolos assistenciais em enfermagem atende os princípios legais e éticos da profissão, os preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), em suas três esferas de gestão, e da instituição onde será utilizado.

Este protocolo servirá como guia, mas não substitui o seu processo de raciocínio, pois o parecer clínico e a tomada de decisão serão sempre essenciais para a prestação de cuidados individualizados e às respectivas famílias e não podem ser substituídos por qualquer instrumento. O seu uso pode melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados ao fornecer dados sistemáticos acerca dos cuidados de saúde.

2 ASPECTOS LEGAIS

As intervenções sugeridas neste protocolo atendem os aspectos legais que regem a profissão. Está fundamentado nas legislações vigentes como:

- Lei 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem;
- Resolução 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem;
- Resolução 567/2018, que amplia a atuação do enfermeiro no tratamento de feridas;
- Resolução 564/2017, que aprova o novo Código de Ética da Enfermagem Brasileira.

3 GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA

Na Enfermagem, a PBE tem sido utilizada nos resultados de pesquisas na prática profissional e é definida como uma abordagem para o cuidado clínico e para o ensino, baseada no conhecimento e na qualidade da evidência, com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde e de diminuir os custos operacionais (PEDROLO *et al.*, 2009).

A melhor evidência é oriunda da pesquisa clínica relevante, focada na pessoa, para aprimoramento das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção. A PBE é um processo sistemático que envolve princípios interligados, dentre eles, destacam-se: cultivo do espírito investigativo, formulação da pergunta que guiará a revisão da literatura, realização de busca sistemática de literatura, seleção e avaliação crítica dos estudos mais relevantes, integração das melhores evidências à experiência do profissional, preferências e valores das pessoas e avaliação dos desfechos, que representam os resultados que se quer alcançar e mensurar o quanto se conseguiu alcançá-los e o modo de identificar a efetividade de uma intervenção, avaliar sua adequação e verificar a necessidade de mudanças (PIMENTA *et al.*, 2015).

A busca pelas melhores evidências é feita por meio de minuciosas buscas e análises das publicações. A pirâmide do nível de evidências que se apresenta na Figura 1 propõe a hierarquia de qualidade da informação para estudos clínicos. No topo da pirâmide, estão os estudos de melhor qualidade, que vai diminuindo à medida que se aproximam da base. Assim, temos ensaios clínicos randomizados, estudos de coorte, estudos de caso-controle, relato de caso, opinião de autoridades ou relatórios de comitês de especialistas (PIMENTA *et al.*, 2015).

Figura 1- Pirâmide do nível de evidências. João Pessoa- PB, 2019.



Fonte: Adaptado do *Centre for Evidence Based Medicine*.

Para os autores supracitados, a elaboração de protocolos baseados em evidências fundamenta-se em pesquisas clínicas. Avaliar a qualidade dos estudos requer dos profissionais conhecimentos sobre os diferentes tipos de pesquisa para selecionar os mais adequados e responder a pergunta. Nesse contexto, a revisão da literatura ganha destaque na pirâmide e é uma importante etapa na elaboração de protocolos.

A revisão integrativa da literatura é considerada um dos mais amplos métodos de pesquisa por possibilitar a inclusão simultânea de estudos experimentais e não experimentais para que o pesquisador compreenda plenamente o fenômeno em estudo. Além disso, pode combinar dados teóricos e da literatura empírica. Para sua realização, seguiram-se as seguintes etapas: definição da questão de pesquisa e objetivos da revisão integrativa, estabelecimento de critérios de seleção da amostra, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, discussão e apresentação dos resultados e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4 MODELO TEÓRICO PARA ESTRUTURAÇÃO DO PROTOCOLO

A fundamentação teórica deste estudo fundamentou-se no modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Aguiar Horta. As NHB são apresentadas e definidas como “estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais”. As necessidades são universais, mas variável de um indivíduo para outro, e sofre influência de fatores como a individualidade, idade, gênero, cultura, escolaridade, questões socioeconômicas, ciclo saúde-doença e ambiente físico.

Para a autora, a enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 2011).

As necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto, e se este se prolonga é causa de doença. A enfermagem tem um papel importante no atendimento de suas necessidades básicas do indivíduo, e como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao homem no atendimento de suas necessidades básicas (HORTA, 2011).

Horta considera que o enfermeiro necessita desenvolver sua metodologia de trabalho fundamentada no método científico, o **Processo de Enfermagem** conceituado como uma metodologia de trabalho, composta por ações sistematizadas e inter-relacionadas, cujo foco é a assistência ao indivíduo, família ou comunidade. Possui seis fases: Histórico de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Plano assistencial, Plano de cuidados ou Prescrição de enfermagem; Evolução e Prognóstico (HORTA, 2011).

Garcia e Nóbrega (2009) consideram a importância da colaboração do Processo de Enfermagem proposto por Horta como o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional, ou um instrumento tecnológico de que se lança mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional.

O processo de enfermagem, direcionado por teorias e embasado no conhecimento prático e científico, é uma metodologia que favorece a implementação de saberes e fazeres no cuidado com as pessoas e demonstra a prática que já vem sendo realizada de forma sistematizada, organizada e explícita, uma vez que confere especificidade e evidência às

ações, pelo caráter valorativo, organizativo e resolutivo da assistência, ao servir de comprovação escrita das ações desenvolvidas. Sua utilização aumenta a satisfação e acentua o aperfeiçoamento profissional, evitando a monotonia que pode advir de uma prática repetitiva, voltada somente para a execução de tarefas. Fazer Enfermagem, aplicando seu conhecimento específico, significa ressaltar o exercício da autonomia do saber dos enfermeiros e fortalecer sua identidade profissional (SANTOS *et al.*, 2010; PIVOTO *et al.*, 2010).

Ao assistir à pessoa com LP ou com risco de desenvolvê-la é necessário que o profissional identifique corretamente os problemas de enfermagem reais ou potenciais que estejam provocando o desequilíbrio das necessidades básicas do indivíduo e o assista integralmente de forma a transformar desequilíbrios em equilíbrios, reestabelecendo a saúde do mesmo.

5 PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO E TRATAMENTO DE PESSOAS ACOMETIDAS POR ELAS

O fluxograma de atendimento à pessoa com LP precisa ser implantado na prática e revisado pelos enfermeiros. As pessoas com lesões já instaladas ou com risco de lesão por pressão são identificadas por meio de uma anamnese, exame físico, exames laboratoriais, história pregressa da saúde e da lesão e avaliação da pele e da lesão. Caso a pessoa não tenha lesões, a equipe precisa continuar monitorando a pele com medidas preventivas e fazendo sua avaliação clínica.

Se a pessoa apresentar risco ou a lesão, o enfermeiro deve identificar o diagnóstico **INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA/RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA** e direcionar a assistência para a cicatrização da lesão, com intervenções como: ‘Abrir protocolo preventivo’; ‘Avaliar continuamente a pele’; ‘Realizar limpeza e curativos da lesão’; ‘Avaliar exames’; ‘Mudar decúbito’; ‘Aplicar o Processo de Enfermagem’; ‘Registrar cuidado’, dentre outras aqui listadas. Se, depois dos cuidados, a lesão cicatrizar, a equipe deve continuar com as medidas preventivas para evitar outras lesões. Porém, se a lesão ainda não tiver cicatrizado completamente, a assistência de enfermagem deve continuar, conforme as necessidades humanas da pessoa e a avaliação clínica do enfermeiro.

Ressalta-se que as fases de implementação e avaliação desse protocolo deverão ser realizadas em pesquisas posteriores. Assim, as intervenções poderão ser adicionadas ou retiradas depois de revisadas, de acordo com a necessidade de cada pessoa e serviço. A avaliação dos indicadores de resultados, a validação dos usuários e o plano de implementação serão apresentados e divulgados depois que os enfermeiros e a equipe de enfermagem passarem por um treinamento para utilizá-lo com a pessoa.

O uso do protocolo na prática clínica do enfermeiro pode ser um instrumento de grande valia para guiar sua assistência. Porém ele deve identificar corretamente os problemas de enfermagem reais ou potenciais que estejam provocando o desequilíbrio das necessidades básicas do indivíduo e assisti-lo integralmente para transformar desequilíbrios em equilíbrios e restabelecer-lhe a saúde.

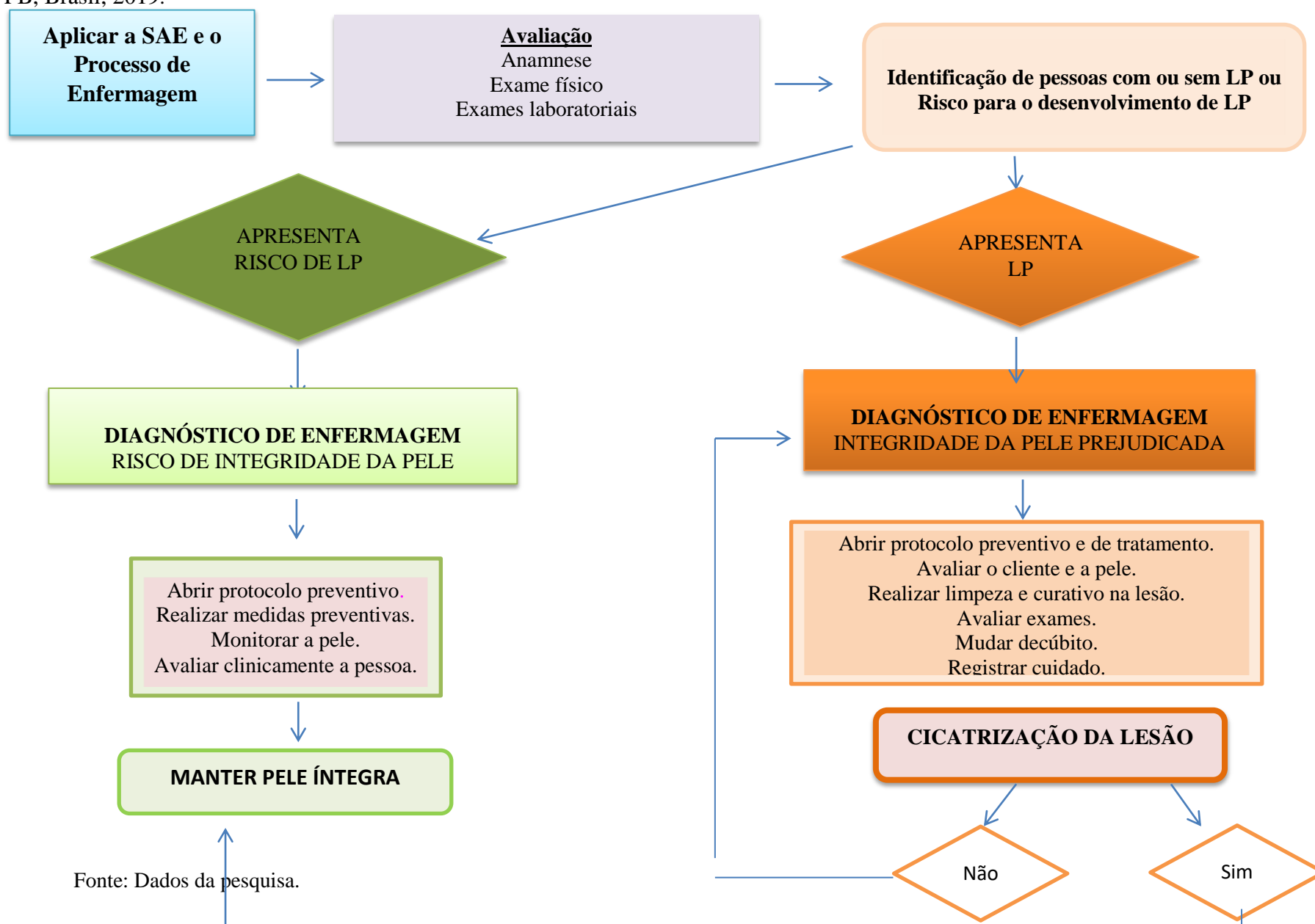
Cuidar de pessoas com LP transcende o foco apenas na lesão, porque a assistência de enfermagem envolve todos os cuidados humanísticos e científicos aprendidos cognitivamente, com a finalidade de ajudar ou habilitar os indivíduos, a família ou a

comunidade, a fim de receberem cuidados orientados para o desenvolvimento e a manutenção de condições favoráveis à vida e à morte. O cuidado de enfermagem é um conjunto de ações e interações direcionadas à pessoa através do contato físico e pessoal. É um processo contínuo, coordenado e ininterrupto que os enfermeiros realizam para atingir o objetivo de seu cuidado - proporcionar bem-estar.

Os elementos do cuidado supõem um encontro entre pessoas (enfermeiros e pessoas), em que cada um detém elementos do processo de cuidado, envolvidas em uma transição intersubjetiva (estar com e fazer com), que ocorre em um tempo e um espaço e com uma finalidade determinada (bem-estar e recuperação). Esse processo se situa numa encruzilhada de um sistema de trocas. Toda situação de cuidados de enfermagem obriga os seres vivos a se encontrarem com o desconhecido, para que aprendam a compreendê-los e a procurar com eles o que possibilita continuar o percurso de sua vida.

Devido à complexidade e à transcendência desse cuidado, apresenta-se, a seguir, um guia para utilização do protocolo, que o enfermeiro poderá usar em sua prática clínica como norteador do cuidado. Esse guia não substitui o processo de raciocínio do enfermeiro, pois o parecer clínico e a tomada de decisão serão sempre essenciais para a prestação de cuidados individualizados e as respectivas famílias e não podem ser substituídos por qualquer instrumento. Seu uso pode melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados ao fornecer dados sistemáticos acerca dos cuidados de saúde.

Figura 2- Fluxograma de operacionalização do protocolo da CIPE® para prevenção e tratamento de pessoas com risco ou com LP. João Pessoa-PB, Brasil, 2019.



A seguir será apresentado o Protocolo da CIPE para prevenção de lesões por pressão e tratamento de pessoas acometidas por elas. O mesmo é composto por 74 afirmativas direcionadas, e estruturado por necessidades humanas básicas, à luz do modelo teórico de Horta, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1- Intervenções de enfermagem para prevenir lesão por pressão e tratar pessoas acometidas por elas. João Pessoa- PB, 2019.

| INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENIR E TRATAR LESÃO POR PRESSÃO |
|---|
| NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Oxigenação |
|---|

| |
|------------------------------|
| Avaliar a perfusão tissular. |
|------------------------------|

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Nutrição |
|---|

| |
|-------------------------------|
| Avaliar a aceitação da dieta. |
|-------------------------------|

| |
|---|
| Avaliar o estado nutricional da pessoa. |
|---|

| |
|---|
| Usar indicadores nutricionais como: hemoglobina e hemoglobina glicada, albumina sérica, aporte de zinco, vitaminas B12 e D, proteína fracionada e ferritina para avaliação da pessoa. |
|---|

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Eliminação |
|---|

| |
|--|
| Desviar as fezes e a urina utilizando cateteres específicos a fim de manter a pele íntegra e seca. |
|--|

| |
|---|
| Prevenir e tratar incontinência urinária e fecal. |
|---|

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Sono e repouso |
|---|

| |
|--|
| Promover conforto e bem-estar da pessoa. |
|--|

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Mecânica corporal |
|--|

| |
|---|
| Orientar e mobilizar o cadeirante em posição sentada a cada 1 hora. |
|---|

| |
|--|
| Realizar mudança de decúbito da pessoa de 2 em 2 horas e checar. |
|--|

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Cuidado corporal |
|---|

Auxiliar o autocuidado.

- **Integridade cutâneo-mucosa**

Aplicar a escala para avaliação de risco de lesão por pressão até oito horas da admissão do cliente diariamente ou uma vez por semana, avaliando suas condições clínicas (Escala de Norton, Braden, Waterlow e Escala de Dependência de Cuidados).

Avaliar a evolução da cicatrização da ferida.

Avaliar a lesão (localização, extensão, tipo de tecido no leito da lesão e pele perilesional, tipo de exsudato, quantidade, dor, odor, bordas (deslocadas, enroladas, maceradas, eritematosas), diâmetro, túneis, presença de sangramento e profundidade).

Avaliar a pele da pessoa desde a admissão até a alta.

Avaliar e/ou proteger as proeminências ósseas.

Elevar a cabeceira da cama no máximo 30°.

Evitar deixar resíduos de sabão, pó ou creme em excesso em localizações anatômicas com dobras (quentes e úmidas) para evitar dermatites fúngicas.

Evitar desbridar necroses estáveis e duras em áreas como o calcâneo.

Identificar a etiologia e os fatores de risco para lesões por pressão através da aplicação de escala de predição de risco e avaliação clínica do enfermeiro.

Manter a pele limpa e hidratada.

Evitar massagear áreas com sinais de ulceração.

Observar na lesão: áreas cavitárias, tunelizadas e fistuladas para adequada limpeza e preenchimento com coberturas apropriadas.

Observar o aparecimento de hiperemia, abrasão, flictenas, depressões, ruptura ou feridas na pele.

Prevenir dermatites associadas à incontinência, para evitar o contato com urina e fezes, higienizar após eliminações e utilizar cremes de barreira se necessário.

Proteger a pele com colchões e/ou dispositivos aliviadores de pressão nas pessoas com lesão por pressão ou em risco de desenvolver lesão por pressão.

Proteger a pele perilesional.

Realizar desbridamento na lesão na presença de tecido desvitalizado como esfacelos, necrose.

- **Regulação térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular e vascular**
-

Avaliar o aparecimento de edema.

Controlar a glicemia.

- **Locomoção**
-

Incentivar a mobilização espontânea quando possível.

- **Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa**
-

Avaliar a necessidade de analgesia antes do curativo, conforme prescrição.

Atentar para as queixas da pessoa.

Obter dados sobre a dor, utilizando escalas (intensidade, fatores de melhora, fatores de piora, características da dor).

- **Terapêutica**
-

Avaliar a necessidade de utilizar microcorrente e/ou laserterapia no tratamento das lesões.

Avaliar exames laboratoriais da pessoa.

Avaliar o uso de medicamentos que influenciam a cicatrização, como imunossupressores, corticosteroides, quimioterápicos, radioterápicos, anticoagulantes e agentes vasopressores.

Avaliar, em lesão tissular profunda, a necessidade de placa de hidrocolóide, curativos à base de hidrofibra ou de filme transparente de poliuretano não estéril, ácidos graxos essenciais ou outra cobertura, conforme a avaliação

Avaliar, em lesões estágio 1, a necessidade de placa de hidrocoloide ou ácido graxo essencial ou protetores cutâneos, conforme a avaliação,

Continuação

Avaliar, em lesões estágio 2, a necessidade de por ex., placa de hidrocolóide ou malha não aderente estéril, curativos de moderada absorção conforme a avaliação da lesão, membrana com tecnologia nanocristalino com eliminação de largo espectro de microorganismo,

Considerar a utilização de soluções de limpeza com agentes surfactantes e/ou antimicrobianos (por exemplo: sabonetes à base de PHMB) para limpar lesões por pressão com resíduos, infecções confirmadas, suspeitas de infecção ou suspeitas de níveis elevados de colonização bacteriana.

Elaborar um plano de cuidado para tratar ou prevenir lesão por pressão de forma individualizada.

Escolher o tipo de dispositivo para fixação/suporte (como esparadrapos/ micropore, faixa crepe, filme transparente ou bota de proteção).

Evitar colocar esparadrapo em pele frágil.

Irigar as lesões com soro fisiológico 0,9% ou solução salina.

Manter a ferida e a pele adjacente limpas e utilizar cobertura semioclusiva para proteger da contaminação por urina ou fezes.

Manter lesão hidratada na presença de tecido de granulação de acordo com a avaliação do enfermeiro.

Monitorar os sinais vitais.

Obter dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos sobre a pessoa e a lesão.

Participar, em conjunto com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, da escolha de materiais, medicamentos e equipamentos necessários à prevenção e ao cuidado com as feridas.

Realizar coleta por meio da cultura de material para identificar o agente microbiano, quando necessário.

Realizar curativo diariamente ou sempre que necessário.

Solicitar à pessoa permissão para acompanhar a evolução da lesão através de registro fotográfico.

Usar coberturas apropriadas para a manter a umidade.

Utilizar coberturas para feridas de espessura total com produtos de preenchimento.

Continuação

Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4 com esfacelo, papaína ou hidrogel com alginato de cálcio e sódio, curativo hidropolímetro ou collagenase, conforme a avaliação.

Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4 com grande quantidade de exsudato e sem infecção, alginato de cálcio e sódio, e com infecção, usar, por exemplo, alginato de cálcio e sódio com prata, curativo com apresentação de espumas com alta absorção, conforme a avaliação.

Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4 com necrose de coagulação ou de liquefação sem sangramento, papaína; collagenase com ou sem clorafenicol se houver sangramento e necrose mista, usar, por exemplo, hidrogel com alginato de cálcio e sódio), conforme a avaliação.

Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4 com tecido de granulação e sem sangramento, papaína 3%; e com ou sem sangramento ou sensibilidade à papaína, usar, por exemplo, malha não aderente ou estéril ou hidrogel com alginato de cálcio e sódio).

Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4, com ferida complexa desbridada, terapia por pressão negativa ou alginato de cálcio e sódio com prata ou outra cobertura, conforme a avaliação.

Utilizar o sistema RYB (vermelho, amarelo ou preto) para escolher o desbridamento a ser realizado na lesão.

Utilizar o sistema TIME (tecido, infecção ou inflamação, manutenção do meio úmido e epitelização) para escolher o melhor tratamento.

Utilizar placas de hidrocoloides ou filme transparente em áreas de pressão como medidas preventivas nas pessoas com risco de desenvolver lesão por pressão.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

- **Segurança**

Evitar arrastar a pessoa no leito durante sua mobilização.

Evitar o cisalhamento/ fricção.

Instituir protocolo de prevenção para lesão por pressão nas pessoas em risco de desenvolver ou que já apresentem lesão por pressão.

Manter as roupas de cama limpas, secas e bem esticadas.

Observar os sinais flogísticos de infecção na lesão.

Continuação

Utilizar superfície de apoio para movimentar a pessoa no leito, como rolo, almofadas, travesseiros e lençol.

Utilizar técnica asséptica durante a realização do curativo.

- **Comunicação**

Estimular a comunicação mantendo relação de confiança.

Registrar, no prontuário da pessoa, o aspecto da lesão, as soluções, as coberturas e os produtos utilizados para limpar o leito da lesão e a área perilesional e o período de troca do próximo curativo e avaliar resultados obtidos.

- **Aprendizagem**

Realizar educação permanente da equipe, em relação à prevenção de lesão por pressão.

Orientar a família e a pessoa sobre a terapia aplicada e cuidados no domicílio.

Orientar a família e as pessoas com lesão sobre os cuidados no domicílio depois da alta hospitalar.

Orientar as pessoas, os familiares e os cuidadores sobre o uso de protocolos, diretrizes e políticas de prevenção das lesões por pressão.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Esse protocolo servirá como um importante instrumento norteador da prática clínica dos enfermeiros, pois pode favorecer a implantação da sistematização da assistência de enfermagem e o Processo de Enfermagem, disseminar a utilização e a implantação da CIPE® e beneficiar a pessoa/ família ao prestar uma assistência holística e de boa qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa alcançou seu objetivo de construir e validar um protocolo da CIPE® para prevenir e tratar lesão por pressão, à luz das necessidades humanas básicas, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde e apoiado por evidências científicas. Foi realizado o mapeamento da literatura com a terminologia, e observou-se que a validação de conteúdos por especialistas com larga experiência teórica e prática em feridas, com Alfa de *Cronbach*, índice de validação de conteúdo e p-valor elevados, identificou intervenções relevantes para a prática clínica, o que se configura como uma boa qualidade da validação e confiabilidade do instrumento. E permitiu que as intervenções de enfermagem validadas com os enfermeiros permitiram a construção de um protocolo de assistência de enfermagem.

O protocolo, que foi concluído com 74 intervenções de enfermagem desenvolvidas para prevenir e tratar lesão por pressão, acompanha um fluxograma e um guia instrucional e pode auxiliar o enfermeiro na assistência ao paciente. Esse instrumento é um guia para a prática clínica e não substitui o raciocínio clínico e terapêutico.

Espera-se que esse protocolo possa contribuir para melhorar a prática profissional dos enfermeiros, porque possibilita norteá-la e, conseqüentemente, proporcionar uma assistência segura e de boa qualidade para o paciente, que seja um instrumento facilitador, para implantar uma abordagem sistematizada e individualizada e contribuir para o uso de uma linguagem unificada da profissão, para a visibilidade do cuidado de enfermagem, para minimizar a dor e o sofrimento, prevenir e cicatrizar as lesões e melhorar a vida do paciente.

Durante seu desenvolvimento, houve algumas dificuldades no processo de validação, como: resistência de alguns profissionais em colaborar com a pesquisa (talvez associado à sua extensão), demora para devolver o instrumento e falta de conhecimento sobre a CIPE®.

Devido ao limite dos prazos, não foi desenvolvido o pré-teste do instrumento construído. Porém se almeja que, em pesquisas futuras, isso aconteça para que se observe, na prática, se as afirmativas se aplicam à realidade clínica do paciente e do serviço. O desenvolvimento deste estudo concebeu um aprendizado positivo, que propiciou uma assistência mais científica e menos intuitiva. Acredita-se que a utilização do protocolo contribua para melhorar os cuidados de enfermagem e estimular o desenvolvimento de uma linguagem padronizada.

Espera-se que esta pesquisa desperte o interesse da equipe de enfermagem, de pesquisadores, de discentes e de docentes da área, para que continuem construindo protocolos para outras pessoas, na perspectiva de contribuir com a Enfermagem mundial. Espera-se, ainda, que, na prática, o uso dessas afirmativas de intervenções de enfermagem para prevenir

e tratar as pessoas com LP seja eficaz e proporcione uma melhoria na qualidade da assistência que é prestada a essa clientela, reduza seu sofrimento e diminua os danos que lhe são causados. No ensino, estima-se que este protocolo possa contribuir na formação de novos enfermeiros, sistematizando suas práticas e difundindo a CIPE[®] enquanto sistema de classificação unificador da linguagem.

O presente protocolo será entregue às instituições de saúde como forma de agradecer a abertura de espaço para o desenvolvimento desta pesquisa, também será realizada uma capacitação junto aos enfermeiros dos setores para orientar a sua utilização na prevenção e tratamento das pessoas com lesões por pressão, visando a melhoraria do cuidado prestado e a garantia de uma assistência segura e de qualidade. Finda-se compreendendo que estimular a pesquisa na enfermagem, é também avançar a ciência da enfermagem, é compreender que um cuidado cientificamente embasado delimita o que é próprio da disciplina.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Adriana *et al.* Avaliação e prevenção da úlcera por pressão pelos enfermeiros de terapia intensiva: Conhecimento e prática. **J Nurs UFPE on line [Internet]**., Recife, v. 8, n. 2, p. 229-239, fev., 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.4688-38583-1-RV.0802201401>. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9666/9696> Acesso em: 25 de jan 2019.

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, July 2011. DOI:

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

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

ALFARO-LeFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ALMEIDA, Edmar Rocha *et al.* Report about the construction of a nursing protocol in child care in primary care. **J Nurs UFPE on line [Internet]**., [S.l.], v. 10, n. 2, p. 683-691, Feb., 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201640>. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11006>. Acesso em: 22 mar 2019.

AMANTE, Lúcia *et al.* A interface entre o ensino do processo de enfermagem e sua aplicação na prática assistencial. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**., v. 12, n. 1, p. 201-7, 2010. DOI:

<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i1.9538>. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a25.pdf> . Acesso em: 25 jan 2019.

ANDRADE, Lidiane Lima de *et al.* Diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 448-455, Apr. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200025>.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 aug. 2019.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde - 2016. Brasília: ANVISA; 2016.

ASCARI, Rosana Amora *et al.* Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. **Braz J Surg Clin Res [online]**, v. 6, n.1, p. 11-6, mar./mai. 2014. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/279718506_ULCERA_POR_PRESSAO_UM_DESAFIO_PARA_A_ENFERMAGEM. Acesso em: 06 aug. 2019.

AYELLO, Elizabeth *et al.* Survey results from Canada and some Latin America countries: 2016 National Pressure Ulcer Advisory Panel changes in terminology and definitions. **Advances in skin & wound care**, v. 30, n. 2, p. 71-76, Feb. 2017. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1097/01.ASW.0000511443.83861.d1>. Disponível em

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28106635>. Acesso em: 06 aug. 2019.

BAVARESCO, Taline; LUCENA, Amália de Fátima. Nursing Intervention Classifications (NIC) validated for patients at risk of pressure ulcers. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1109-1116, Dec. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600013>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 fev. 2019.

BELLUCCI JUNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-757, Oct. 2012. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500006>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

BENEVIDES, Jéssica Lima *et al.* Nursing strategies for the prevention of pressure ulcers in intensive therapy: integrative review. **J Nurs UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 5, p:1943-1952, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201725> Disponível em: <file:///D:/Downloads/23344-45174-1-PB.pdf> Acesso em: 25 jan 2019.

BRANDAO, Marcos Antônio Gomes *et al.* Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 577-

581, Apr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200577&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 aug. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa CONEP. **Resolução no 466/12**, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. [Internet]**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 25 nov 2018]. Disponível: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf

BROEIRO, Paula. Prática baseada em evidência e seus limites. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 31, n. 4, p. 238-240, aug. 2015. DOI:

<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11549>. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732015000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 oct. 2019.

BORGHARDT, Andressa Tomazini *et al.* Pressure ulcers in critically ill patients: incidence and associated factors. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 460-467, June 2016.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690307i>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300460&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

BOUSSO, Regina Szytli *et al.*. Conceitos e Teorias na Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 141-145, Feb. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100018>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100141&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2018.

CAMARGO, Fernanda Carolina *et al.* Prática baseada em evidências: competências entre enfermeiros novatos e preceptores em hospital de ensino. **Rev. Rene Online**, v. 19, : e33405, jan. - dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181933405>. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33405/pdf_1. Acesso em: 23 July 2019.

CAMPANILI, Ticiane Carolina Gonçalves Faustino *et al.* Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe, p. 7-14, Dec. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

CAMPOS, Suellen Fabiane *et al.* Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. **Rev. Nut.**, vol. 23, n. 5, pp.703-714, oct. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000500002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S1415-52732010010500004. Acesso em: 20 July 2019.

CARVALHO, Maiúme Roana Ferreira *et al.* Construção e validação de algoritmo para tratamento da lesão por pressão. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 10, p.: 4171-4183, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201722> Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231180/25157> Acesso em: 25 Jan 2015.

CASTRO, Maria Cristina Freitas de *et al.* Subconjunto terminológico CIPE® para pacientes em cuidados paliativos com feridas tumorais malignas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 340-346, June 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600047>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000300340&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 oct. 2019.

CAVALCANTE, Maria Lígia Silva Nunes *et al.* Indicadores de saúde e a segurança do idoso institucionalizado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 602-609, Aug. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500009>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400602&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.
CIPE. Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE)®: versão 2017. GARCIA, T. R. (Org.). Porto Alegre: Artmed, 2017.

CLARK, Florence *et al.* Implementing trials of complex interventions in community settings: the USC-Rancho Los Amigos pressure ulcer prevention study (PUPS). **Clin Trials**, v. 11, n. 2, p.:218-29, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1740774514521904>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3972348/>. Acesso em: 25 Jan 2015.

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli *et al.*. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, Mar. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. [citado em 05 mai 2019]. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.htm>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE – em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e da outras providências. Brasília. Disponível em: <www.portalcofen.com.br>. Acesso em: 08 mar. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 564**, de 06 de novembro de 2017. Reformulação do Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília. Disponível em: <<http://www.notadez.com.br/content/normas.asp?id=36907>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 567**, de 29 de janeiro de 2018. Regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/RESOLU%C3%87%C3%83O-567-2018.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

CRONBACH, L. J. **Coefficient alpha and the internal structure of test**. Psychometrika. 1951.

CUBAS, M.R.; SILVA, S.H.; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 12, n.1, p. 186-94, 2010. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>. Acessado em 02 apr. 2020.

CUNHA, Cristiane Martins *et al.* Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 14, n. 47, p. 75-83, 2016. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol14n47.3391>. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3391. Acesso em: 25 fev 2019.

CUNHA, Diequison Rite da *et al.* Development and validation of an algorithm for laser application in wound treatment. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2955, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1998.2955>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100396&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

DE ALMEIDA, Ana Fabia Salgado *et al.* Influência De Fármacos Sobre A Formação De Úlceras Por Pressão: Revisão Integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 1,

p. 118-124, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v5i1.681>. Disponível em: <file:///D:/Downloads/681-4344-1-PB.pdf> Acesso em: 23 July 2019.

DIAS, Raphael Igor da Silva Corrêa *et al.* Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 316-322, Sept. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500030005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000300316&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Feb. 2019.

EBERHARDT, Thaís Dresch *et al.* Measurement of the area of venous ulcers using two software programs. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2862, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1673.2862>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100445&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Feb. 2019.

EPUAP. European Pressure Ulcer Advisory Panel And National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. **Jama**, v. 268, n. 17, p. 2420, 1992.

FAWCETT, Jacqueline. **Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories**. 3 ed. FA Davis Company, 2000.

FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart and Lung*, v. 16, n. 6, p. 625-9, nov., 1987.

FERREIRA, Josefa Danielma *et al.* Ações preventivas para úlcera por pressão em idosos com declínio funcional de mobilidade física no âmbito domiciliar. **Estima**. v. 14, n.1, p.:36-42, 2016. DOI: 10.5327/Z1806-3144201600010006. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/118>. Acesso em: 25 jan 2019.

FERREIRA, Adriano Menis *et al.* Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 211-219, June 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

GALVÃO, Nariani Souza *et al.* Aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes com úlcera por pressão internados em uma instituição hospitalar. **Rev. Estima**, v. 13, n.3, 2015. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/106>. Acesso em: 18 mar. 2018.

GALVÃO, Cristina Maria *et al.* Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, June 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300014>. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

GARCIA, Telma Ribeiro; NOBREGA, Maria Miriam Lima da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 816-818, Mar. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100026>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

GONCALVES, Marcelle Castro dos Santos *et al.*. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 115-124, Feb. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000100115&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Feb. 2020.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

INOUE, Kelly Cristina; MATSUDA, Laura Misue. Cost of dressings for prevention of sacral pressure ulcers. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 641-645, Aug. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690404i>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400641&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

LEAL, Maria Teresa **A CIPE® e a visibilidade da enfermagem**: mitos e realidade. Lisboa: Lusociência, 2006.

LEITE, Sarah de Sá *et al.* Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1635-1641, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0648>. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001635&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Feb. 2019.

LIMA, Nadjia Erlanda Pires *et al.* Laser therapy low intensity in wound care and practice nurses/Laserterapia de baixa intensidade no tratamento de feridas e a atuação da enfermagem/Terapia de láser de baja intensidad en el tratamiento de heridas. **Ver. Enferm. UFPI**, v. 7, n. 1, p. 50-56, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26694/2238-7234.7150-56>. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6223/pdf>. Acesso em: 23 July 2019.

LIMA, Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa *et al.* Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 181-189, Apr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700028>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000200181&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jan. 2020.

LOPES, Camila Mendonça de Moraes *et al.* Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2704, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100395&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

LOPES DE FIGUEIREDO, M.; BONATO ZUFFI, F. Atención a pacientes con úlcera venosa: percepción de los enfermeros de Estrategia de Salud Familiar. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 11, n. 28, p. 137-146, oct. 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 25 Feb. 2019.

LOUDET, Cecilia Inés *et al.* Reducing pressure ulcers in patients with prolonged acute mechanical ventilation: a quasi-experimental study. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 39-46, Mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20170007>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000100039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

MALLAH, Zeinab *et al.* The effectiveness of a pressure ulcer intervention program on the prevalence of hospital acquired pressure ulcers: controlled before and after study. **Appl. Nurs. Res.**, v. 28, n. 2, p. 106-113, May 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.07.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189714001128?via%3Dihub>. Acesso em: 20 July 2019.

MARTINS, Matilde Delmina da Silva *et al.* Úlceras de pressão na face em doentes submetidos a ventilação não invasiva hospitalizados em cuidados intermédios. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser IV, n. 10, p. 103-111, set. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16015>. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 Jul. 2019.

MASLOW, Abraham H. **Motivation and personality**. 2. ed. New York, Harper & Row, 1970, 369p.

MATOZINHOS, Fernanda Penido *et al.* Factors associated with the incidence of pressure ulcer during hospital stay. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03223, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016015803223>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100421&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Feb. 2020.

MATTIA, Daiana de; ANDRADE, Selma Regina de. Cuidados de enfermagem na transfusão de sangue: um instrumento para monitorização do paciente. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e2600015, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002600015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200308&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

MAZZO, Alessandra *et al.* Teaching of pressure injury prevention and treatment using simulation. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, e20170182, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0182>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100701&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MEDEIROS, Ana Beatriz de Almeida *et al.* Associação dos fatores socioeconômicos e clínicos e o resultado integridade tissular em pacientes com úlceras. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, e54105, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/1590/1983-1447.2016.01.54105>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100405&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

MEDEIROS, Luan Nogueira *et al.* Prevalence of pressure ulcers in intensive care units. **J Nurs UFPE on line [Internet]**. Recife, v. 11, n. 7, p.: 2697-2703, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i7a23442p2697-2703-2017>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23442/19144>. Acesso em: 25 Jan 2019.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: Development and progress**. Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

MELNYK, Bernadete; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. **A guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.

MENDES, Karina Dal Sasso *et al.*. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

MENDONÇA, Paula Knoch *et al.* Ocorrência e fatores de risco para lesões por pressão em centros de terapia intensiva. **J Nurs UFPE on line [Internet]**. Recife, v. 12, n. 2, p.:303-11, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a23251p303-311-2018>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23442/19144>. Acesso em: 23 July 2019.

MITTAG, Barbara Franco *et al.* Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem. **Estima**, v.15 n.1, p. 19-25, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700010004>. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/447>. Acesso em: 25 Feb. 2019.

MOHANA, João Miguel. **O mundo e eu** (No. 234.2). Livraria Agir, 1964.

MOORE, Zena; COWMAN, Seamus. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.*; v. 2, p: CD006471, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006471.pub3>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24497383>. Acesso em: 25 jan 2019.

MORAES, Geridice Lorna Andrade *et al.* Effect of a pressure ulcer prevention protocol in elderly. *J Nurs UFPE on line [Internet]*. Recife, v.9, n.4 ,p. 8044-53, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i4a10558p8044-8053-2015>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10558/11485> Acesso em: 25 jan 2019.

MORAES, Juliano Teixeira *et al.* Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, p.2292-2306, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.1423> Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423/1111>. Acesso em: 25 jan 2019.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **NPUAP pressure injury stages**. Washington, DC: NPUAP, 2016. Disponível em: <https://npiap.com/page/PressureInjuryStages>. Acesso em: 10 may 2019.

NOGUEIRA, Luciana Gomes Furtado; NOBREGA, Maria Miriam Lima da. Construction and validation of nursing diagnoses for individuals with diabetes in specialized care. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 54-60, Feb. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100054&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 feb. 2019.

NOGUEIRA, Denise Lima *et al.* Nursing process: a tool for the care to the elderly person with Alzheimer's disease. **J Nurs UFPE on line [Internet]**. Recife, v. 5, n. 6, p. 1518-1525, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.1262-12560-1-LE>. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/cc1a/f273fdecdd1cce120fd030640b1222e8ac1ae.pdf?_ga=2.201043946.514300714.1582602595-1993290170.1582602595. Acesso em: 23 july 2019.

NONINO, Fernanda de Oliveira Lima *et al.* A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa de enfermagem: uma revisão da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 872-877, Dec. 2008 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000600013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 july 2019.

OLIVEIRA, Andrea Carvalho de *et al.* Carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de eventos adversos na terapiaintensiva: revisão sistemática. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 683-694, Aug. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400683&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 july 2019.

OLIVEIRA, Karina Díaz Leyva de; HAACK, Adriana; FORTES, Renata Costa. Terapia nutricional na lesão por pressão: revisão sistemática. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 562-570, Aug. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981->

[22562017020.160195](https://doi.org/10.22562017020.160195). Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000400562&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 July 2019.

OLIVEIRA, Danielle Martins *et al.*, William. Intervenções de enfermagem para pacientes com lesão por pressão* nursing interventions for pressure ulcer patients. **J Nurs UFPE on line [Internet]**. Recife, v. 13, n. e240237, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240237>. Disponível em: [file:///D:/Downloads/240237-151253-1-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/240237-151253-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 10 May 2019.

OLKOSKI, Elaine; ASSIS, Gisela Maria. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 363-369, June 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160050>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200363&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

PACHA, Heloisa Helena Ponchio *et al.* Lesão por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva: estudo de caso-controle. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 3027-3034, Dec. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0950>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000603027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 June 2019.

PALAGI, Sofia *et al.* Laser therapy in pressure ulcers: evaluation by the Pressure Ulcer Scale for Healing and Nursing Outcomes Classification. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 826-833, Oct. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500826&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

PEARSON, Alan; SOARES, Cassia Baldini. Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro Afiliado do Instituto Joanna Briggs. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 277-278, Apr. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200001>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jan. 2020.

PEDREIRA, Rhaine Borges Santos *et al.* Validade de conteúdo do Instrumento de Avaliação da Saúde do Idoso. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 158-177, June 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3455>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082016000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Feb. 2019.

PEDROLO, Edivane *et al.* A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 760-63, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i4.16396>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16396>. Acesso em: 24 Feb. 2019.

PEREIRA, Maria do Carmo Campos *et al.* Pressure injury incidence in a university hospital/Incidência de lesão por pressão em um hospital universitário. **Revista de**

Enfermagem da UFPI, v. 6, n. 1, p. 33-39, 2017. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i1.5771>. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5771/0>

PIMENTA, C; A. de M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9^a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

QUEIROS, Paulo Joaquim Pina. O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160079, 2016.

DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160079>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300101&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 July 2019.

QUEIROZ, Ana Carolina de Castro Mendonça *et al.* Pressure Ulcers In Palliative^[7]home Care Patients: Prevalence And Characteristics. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 264-271, Apr. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200264&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

ROSPENDOWISKI, Karina *et al.* Adaptação cultural para o Brasil e desempenho psicométrico do “Evidence-Based Practice Questionnaire”. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 405-411, Oct. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400068>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

SALDANHA, Elisandra de Araújo *et al.* Diagnósticos de enfermagem e modelo teórico de Roy em pacientes prostatectomizados. **Rev. RENE**, v. 14, n. 4, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3543>. Acesso em: 02 jan 2019.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes *et al.* Consistência interna do self-reporting questionnaire-20 em grupos ocupacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, 6, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006100>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100205&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

SANTOS, Isabel Cristina Ramos Vieira *et al.* Desbridamento cirúrgico e a competência legal do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 184-192, Mar. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100022>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 July 2019.

SEHNEM, Graciela Dutra *et al.* Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado de enfermagem a indivíduos portadores de feridas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 839 - 846, 27 nov. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i1.20949>. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20949> Acesso em 20 July 2019.

SILVA, Rudval Souza da *et al.* Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas em cuidados paliativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 25, n.e2914, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1862.2914>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2914.pdf. Acesso em 20 July 2019.

SOUZA, Ana Cláudia de *et al.* Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, Sept. 2017. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-962220170003000649&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 feb. 2019.

SVING, Eva *et al.* Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention. A cross-sectional study. **Int J Nurs Stud**. v. 51, n. 5, p.: 717-725, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.09.007>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24144274>. Acesso em: 25 jan 2019.

TEIXEIRA, Anne Kayline Soares *et al.* Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação. **Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, São Paulo, v. 15, n. 3, 2017. DOI: DOI: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1806-3144201700030006>. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/545>. Acesso em: Acesso em 20 jun. 2019.

TIBES, Chris Mayara *et al.* Processamento de imagens em dispositivos móveis para classificar lesões por pressão. **J Nurs UFPE on line [Internet]**. Recife, v. 10, n. 11, p: 3840-3847, 2016. DOI: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201604. Available from: [file:///D:/Downloads/11464-26440-1-PB%20\(4\).pdf](file:///D:/Downloads/11464-26440-1-PB%20(4).pdf). Acesso em: 25 jan 2019.

TOFFOLETTO, Maria Cecilia *et al.* Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1039-1045, dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0199>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601039&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 jun. 2019.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile M. – **Teóricas de Enfermagem e sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª ed. Loures: Lusiciência, 2004.

VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti; CALIRI, Maria Helena Larcher. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170001, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170001>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100201&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 July 2019.

WAGNER-COX, Pamela *et al.* Use of Noncontact Low-Frequency Ultrasound in Deep Tissue Pressure Injury: A Retrospective Analysis. **J Wound Ostomy Continence Nurs**. v. 44, n. 4, p. 336-342, jul/aug. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000342>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28549050>. Acesso em: 20 July 2019.

WALKER, Lorraine Olszewski; AVANT, Kay Coalson. **Strategies for theory construction in nursing**. 5th ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall; 2011.

WEGNER, Wiliam *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160068, 2016.

DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300212&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 june 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. APPS web-based registration mechanism open.

Geneva; 2012. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/>. Acesso em: 2 jun 2019.

YAP, Tracey *et al.* An Evidence-Based Cue-Selection Guide and Logic Model to Improve Pressure Ulcer Prevention in Long-term Care. **J Nurs Care Qual**. v. 31, n. 1, p. 75-83, Jan./Mar/ 2016. DOI doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000128>. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26066791>. Acesso em: 25 jan 2019.

APÊNDICES

APENDICE A

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENIR LP E TRATAR A PESSOA ACOMETIDA PELA MESMA

Prezado colega, contamos com sua colaboração no sentido de identificar as intervenções de enfermagem aplicáveis à pessoa com Lesão por Pressão. Sua ajuda é muito importante para melhorar a assistência prestada a este indivíduo e a qualidade de vida do mesmo.

I- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

1.Data de nascimento: 2. Idade: ☐ 21-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-60 ☐ > 60

3.Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

4.Nome da Instituição pertencente (ATUAL):

5.Graduação em Enfermagem (Instituição):

Ano: 6.Possui Pós-graduação: ☐ Pós-doutorado ☐ Doutorado ☐

Mestrado Especialização ☐ Residência

7. Instituição de formação (maior titulação):

8.Tempo de experiência profissional: Assistência: ☐ Ensino: ☐

7. É especialista em feridas? ☐ Sim ☐ Não

8. Tem experiência profissional no cuidado às pessoas com feridas? ☐ Sim ☐ Não

8.1. Se sim, qual área? _____

8.2. Quanto tempo? ☐ 0-5 anos ☐ 5-10 anos ☐ 10-15 anos ☐ 15-20 anos ☐ > 20 anos

8.3. Possui conhecimento sobre o processo de enfermagem ou linguagem diagnóstica de enfermagem? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual área? _____

8.4. Possui conhecimento sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE[®] ? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual área? _____

II- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA CIPE[®] APLICÁVEIS À PESSOA COM LESÃO POR PRESSÃO OU COM RISCO DE DESENVOLVÊ-LA

Leia atentamente os enunciados de intervenções de enfermagem para LPP apresentados na primeira coluna, e marque com um X, na coluna correspondente. Se você concorda que elas são **Aplicáveis, Parcialmente aplicáveis, Pouco aplicáveis, Não se aplicam** às pessoas com lesão por pressão e sugestões. Em caso de discordância, apresente se possível, sugestões para alterações utilizando a quinta coluna ou no final do instrumento.

| INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA CIPE [®] PARA PACIENTE COM LPP | Aplicável | Parcialmente aplicável | Pouco aplicável | Não se aplica | Sugestões |
|--|-----------|------------------------|-----------------|---------------|-----------|
| 1. Auxiliar no autocuidado | | | | | |
| 2. Avaliar a adesão ao regime dietético | | | | | |
| 3. Avaliar a cicatrização da ferida | | | | | |
| 4. Avaliar a necessidade de suplemento nutricional | | | | | |
| 5. Avaliar a necessidade de tratar lesão com esfacelo com exsudato com infecção com cobertura antimicrobiana, carvão ativado com prata, hidrofibra com prata, alginato de cálcio com prata, prata nanocristalina | | | | | |
| 6. Avaliar a necessidade de tratar lesão com tecido de granulação sem exsudato (papaína 2 ou a 4%, hidrogel, hidrogel com alginato, AGE, petrolato | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 7. Avaliar a necessidade de usar curativos de espuma de silicone | | | | | |
| 8. Avaliar a necessidade de usar de tratamento tópico em necrose de coagulação, com escarotomia antes da papaína, papaína, hidrogel, hidrogel com alginato, colagenase | | | | | |
| 9. Avaliar a necessidade de usar laser no tratamento das lesões | | | | | |
| 10. Avaliar a necessidade de usar pressão negativa nas lesões | | | | | |
| 11. Avaliar a pele | | | | | |
| 12. Avaliar a percepção sensorial | | | | | |
| 13. Avaliar a perfusão tissular | | | | | |
| 14. Avaliar as condições de saúde da pessoa | | | | | |
| 15. Avaliar exames da pessoa | | | | | |
| 16. Avaliar o uso de medicamentos | | | | | |
| 17. Controlar a glicose sanguínea | | | | | |
| 18. Elevar a cabeceira da cama até 30° | | | | | |
| 19. Estimular a comunicação | | | | | |
| 20. Evitar arrastar a pessoa no leito, utilizar meios elevatórios (rolo, almofadas, travesseiros e lençol) | | | | | |
| 21. Evitar fricção | | | | | |
| 22. Gerenciar regime dietético | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 23. Hidratar a pele com cremes à base de ácidos graxos essenciais | | | | | |
| 24. Higienizar as mãos | | | | | |
| 25. Identificar a etiologia e os fatores de risco para lesões por pressão | | | | | |
| 26. Individualizar o cuidado | | | | | |
| 27. Irrigar as lesões | | | | | |
| 28. Manter a integridade da pele | | | | | |
| 29. Manter a pele limpa e seca | | | | | |
| 30. Manter as roupas de cama limpas, secas e bem esticadas | | | | | |
| 31. Mobilizar a pessoa com auxílio | | | | | |
| 32. Monitorar os sinais vitais | | | | | |
| 33. Orientar a família e pessoa sobre regime terapêutico | | | | | |
| 34. Orientar quanto aos cuidados no domicílio | | | | | |
| 35. Orientar sobre a cicatrização da lesão | | | | | |
| 36. Orientar sobre a ingestão de líquidos | | | | | |
| 37. Ouvir a pessoa | | | | | |
| 38. Prevenir infecção | | | | | |
| 39. Promover um ambiente agradável durante as refeições | | | | | |
| 40. Proporcionar conforto | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 41. Proteger as proeminências ósseas | | | | | |
| 42. Proteger pele perilesional | | | | | |
| 43. Proteger/evitar complicações adversas da pressão exercida sobre o leito, com coxins de proteção e colchões redutores de pressão | | | | | |
| 44. Realizar a limpeza da ferida (tecido desvitalizado- esfregaço- Solução salina+ antisséptico/ uso de antisséptico), (tecido de granulação – jato- limpeza a jato, Solução salina+ antisséptico/ uso de antisséptico) e (tecido epitelizado- soro fisiológico | | | | | |
| 45. Realizar a limpeza da ferida em tecido desvitalizado, na presença de exsudato, com Solução salina ou produtos de limpeza de feridas | | | | | |
| 46. Realizar a limpeza da ferida em tecido epitelizado com soro fisiológico | | | | | |
| 47. Realizar cuidados com a ferida | | | | | |
| 48. Realizar desbridamento na lesão com tecido desvitalizado (necrose, esfacelo com exsudato, esfacelo sem exsudato) | | | | | |
| 49. Realizar educação permanente da equipe | | | | | |
| 50. Realizar massagem corporal, exceto as proeminências ósseas | | | | | |
| 51. Realizar o controle da umidade nas fraldas | | | | | |
| 52. Realizar o manejo da dor | | | | | |
| 53. Realizar o tratamento na lesão ferida aguda (tecido desvitalizado- necrose, esfacelo com exsudato, esfacelo sem exsudato- necessidade de desbridamento), (tecido tgranulação – exsudato seroso hemorrágico- exsudato purulento- exsudato ausente uso de curativo primário avaliado pelo enfermeiro)- tecido epitelizado (hidratação e curativo primário | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| avaliado pelo enfermeiro) | | | | | |
| 54. Realizar o tratamento na lesão ferida crônica (tecido desvitalizado- necrose, esfacelo com exsudato, esfacelo sem exsudato- necessidade de desbridamento), (tecido granulação – exsudato seroso hemorrágico- exsudato purulento- exsudato ausente uso de curativo primário avaliado pelo enfermeiro)- tecido epitelizado (hidratação e curativo primário avaliado pelo enfermeiro) | | | | | |
| 55. Realizar terapia com exercícios | | | | | |
| 56. Realizar uma alimentação saudável, rica em vitaminas e proteínas | | | | | |
| 57. Registrar o cuidado. | | | | | |
| 58. Tratar a incontinência urinária e fecal | | | | | |
| 59. Tratar lesão com esfacelo com exsudato sem infecção (papaína 10%, alginato, de cálcio, hidrogel com alginato, hidropolímero | | | | | |
| 60. Tratar lesão com esfacelo sem exsudato com hidrogel com alginato, hidrogel ou papaína | | | | | |
| 61. Tratar lesão com tecido de granulação sem exsudato com papaína 2 ou a 4%, hidrogel, hidrogel com alginato, AGE ou petrolato) | | | | | |
| 62. Tratar lesão com tecido granulação com hidratação e curativo primário avaliado pelo enfermeiro | | | | | |
| 63. Tratar lesão em tecido epitelizado com hidratação | | | | | |
| 64. Trocar a pessoa de posição a cada 2 horas na cama | | | | | |
| 65. Trocar o curativo | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 66. Usar placas de hidrocolóide e soluções hidratantes da pele como medida preventiva em lesões | | | | | |
| 67. Usar placas de hidrocolóide e soluções hidratantes da pele como medida preventiva em lesões | | | | | |
| 68. Usar tratamentos tópicos | | | | | |
| 69. Usar travesseiros, almofadas, rolos para evitar o excesso de pressão com proeminência óssea | | | | | |
| 70. Utilizar escalas como Norton, Braden e Waterlow, e a Escala de Dependência de Cuidados para identificar risco de lesão por pressão | | | | | |
| 71. Utilizar fotografias para acompanhar a cicatrização da lesão | | | | | |
| 72. Utilizar técnica asséptica no curativo | | | | | |
| 73. Utilizar terapias para ajudar no processo de cicatrização | | | | | |
| 74. Utilizar um papagaio ou comadre, conforme a necessidade da pessoa | | | | | |

| |
|--|
| Sugestões de Intervenções de enfermagem para a pessoa com Lesão por pressão |
| |
| |
| |
| |

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ESPECIALISTAS

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DA CIPE® PARA O PACIENTE COM LESÃO POR PRESSÃO”** e está sendo desenvolvida por DANIELLE MARTINS DO NASCIMENTO OLIVEIRA, do Curso de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Prof(a) DRA. MARTA MIRIAM LOPES COSTA.

Os objetivos do estudo são construir e validar um protocolo assistencial da CIPE® para pacientes com lesão por pressão. A finalidade deste trabalho é contribuir para favorecer a implementação do Processo de Enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem, assim como a utilização de uma linguagem unificada para a documentação da prática profissional, e melhorar a assistência ofertada ao paciente com lesão por pressão.

Solicitamos a sua colaboração para a sua colaboração para essa etapa da pesquisa de validação de conteúdo, no sentido de apontar se os enunciados de intervenções de enfermagem têm significado para a sua prática clínica no cuidado com seu paciente com lesão por pressão, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa poderá apresentar riscos mínimos aos participantes, sendo eles o possível constrangimento emocional em se opor a participar da pesquisa, como também em responder aos itens do questionário que se referem a informações de sua de seu cuidado, mas os benefícios em melhorar a qualidade de assistência prestada, visando uma melhora no seu quadro de saúde. Sendo assim entende-se que a proposta deste estudo superará esse(s) risco(s).

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir do

mesmo, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento e não possuo conflito de interesse nesta pesquisa.

João Pessoa, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) 83- 988122460. Telefone: 83- 30216518 ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail:comitedeetica@hulw.ufpb.br Campus I – Fone: 32167964.

APÊNDICE C

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENIR LP E TRATAR A PESSOA ACOMETIDA PELA MESMA

Prezado colega, solicitamos que você avalie cada um dos itens das intervenções de enfermagem no sentido de identificar o conteúdo semântico quanto à clareza, pertinência, importância e aparência do item. Sua ajuda é muito importante para melhorar a assistência prestada a este indivíduo e a qualidade de vida do mesmo.

I- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

1. Idade: ☐ 21-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-60 ☐ > 60
2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
3. Nome da Instituição pertencente (ATUAL):
4. Nível de instrução: ☐ Pós-doutorado ☐ Doutorado ☐ Mestrado ☐ Especialização ☐ Residência ☐ Graduação
5. Tempo de experiência profissional: Assistência: ☐ Ensino: ☐
6. Quanto tempo? ☐ 0-5 anos ☐ 5-10 anos ☐ 10-15 anos ☐ 15-20 anos ☐ > 20 anos
7. É especialista em feridas? ☐ Sim ☐ Não
8. Tem experiência profissional no cuidado a pessoas com feridas? ☐ Sim ☐ Não

II- AVALIAÇÃO SEMÂNTICA DAS AFIRMATIVAS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA CIPE[®] PARA PREVENIR LP E TRATAR A PESSOA ACOMETIDA PELA MESMA

Leia atentamente os enunciados de intervenções de enfermagem para LPP apresentados na primeira coluna, e marque com um X, na coluna correspondente. Compreende-se **Clareza** como a expressão textual clara, de fácil compreensão, precisa e inteligível par o leitor. **Pertinência** é caracterizada pela relevância de um propósito adequado ou apropriado. **Aparência** é a configuração exterior caracterizado pelo aspecto do item. **Importância** é se o item tem caráter essencial e determinante. Grata por sua colaboração.

| INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA CIPE® PARA PREVENIR LP E TRATAR A PESSOA ACOMETIDA PELA MESMA | Clareza | | Importância | | Pertinência | | Aparência | |
|---|---------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-----------|-----|
| | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não |
| 1. Aplicar a escala para avaliação de risco de lesão por pressão até oito horas da admissão do cliente, diariamente ou uma vez por semana, avaliando suas condições clínicas (Escala de Norton, Braden, Waterlow e Escala de Dependência de Cuidados). | | | | | | | | |
| 2. Atentar para as queixas da pessoa. | | | | | | | | |
| 3. Auxiliar o autocuidado. | | | | | | | | |
| 4. Avaliar a aceitação da dieta. | | | | | | | | |
| 5. Avaliar a evolução da cicatrização da ferida. | | | | | | | | |
| 6. Avaliar a lesão (localização, extensão, tipo de tecido, tipo de exsudato, quantidade, tecido, no leito da lesão, pele perilesional, dor, odor, bordas (deslocadas, enroladas, maceradas, eritematosas), diâmetro, túneis, presença de sangramento e profundidade). | | | | | | | | |
| 7. Avaliar a necessidade de analgesia antes do curativo, conforme prescrição. | | | | | | | | |
| 8. Avaliar a necessidade de utilizar microcorrente e/ou laserterapia no tratamento das lesões. | | | | | | | | |
| 9. Avaliar a pele da pessoa desde a admissão até a alta. | | | | | | | | |
| 10. Avaliar a perfusão tissular. | | | | | | | | |
| 11. Avaliar e/ou proteger as proeminências ósseas. | | | | | | | | |
| 12. Avaliar o aparecimento de edema. | | | | | | | | |
| 13. Avaliar o estado nutricional da pessoa. | | | | | | | | |
| 14. Avaliar o grau de dependência da pessoa. | | | | | | | | |
| 15. Avaliar o uso de medicamentos que influenciam a cicatrização, como imunossupressores, corticosteroides, quimioterápicos, radioterápicos anticoagulantes e agentes vasopressores. | | | | | | | | |
| 16. Avaliar os exames laboratoriais da pessoa. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 17. Avaliar, em lesão tissular profunda, a necessidade de placa de hidrocolóide, curativos à base de hidrofibra ou de filme transparente de poliuretano não estéril, ácidos graxos essenciais ou outra cobertura, conforme a avaliação | | | | | | | | |
| 18. Avaliar, em lesões estágio 1, a necessidade de placa de hidrocoloide ou ácido graxo essencial ou protetores cutâneos, conforme a avaliação, | | | | | | | | |
| 19. Avaliar, em lesões estágio 2, a necessidade de por ex., placa de hidrocolóide ou malha não aderente estéril, curativos de moderada absorção conforme a avaliação da lesão, membrana com tecnologia nanocristalino com eliminação de largo espectro de microorganismo, | | | | | | | | |
| 20. Colocar colchão pneumático em todos as pessoas desde a admissão. | | | | | | | | |
| 21. Considerar a utilização de soluções de limpeza com agentes surfactantes e/ou antimicrobianos (por exemplo: sabonetes à base de PHMB) para limpar lesões por pressão com resíduos, infecções confirmadas, suspeitas de infecção ou suspeitas de níveis elevados de colonização bacteriana. | | | | | | | | |
| 22. Controlar a glicemia. | | | | | | | | |
| 23. Desviar as fezes e a urina utilizando cateteres específicos a fim de manter a pele íntegra e seca. | | | | | | | | |
| 24. Elaborar um plano de cuidado para tratar ou prevenir lesão por pressão de forma individualizada. | | | | | | | | |
| 25. Elevar a cabeceira da cama no máximo 30°. | | | | | | | | |
| 26. Escolher o tipo de dispositivo para fixação/ suporte (como esparadrapos/ micropore, faixa crepe, filme transparente ou bota de proteção). | | | | | | | | |
| 27. Estimular comunicação. | | | | | | | | |
| 28. Evitar arrastar a pessoa no leito durante sua mobilização. | | | | | | | | |
| 29. Evitar colocar esparadrapo em pele frágil. | | | | | | | | |
| 30. Evitar deixar resíduos de sabão, pó ou cremes em excessos em localizações anatômicas com dobras (quentes e úmidas) para evitar dermatites fúngicas. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 31. Evitar desbridar necroses estáveis e duras em áreas como o calcâneo. | | | | | | | | |
| 32. Evitar massagear áreas com sinais de ulceração. | | | | | | | | |
| 33. Evitar o cisalhamento/ fricção. | | | | | | | | |
| 34. Identificar a etiologia e os fatores de risco para lesões por pressão através da aplicação de escala de predição de risco e avaliação clínica do enfermeiro. | | | | | | | | |
| 35. Incentivar a mobilização espontânea quando possível. | | | | | | | | |
| 36. Instituir protocolo de prevenção para lesão por pressão nas pessoas em risco de desenvolver ou que já apresente lesão por pressão. | | | | | | | | |
| 37. Irrigar as lesões com soro fisiológico 0,9% ou solução salina. | | | | | | | | |
| 38. Manter a ferida e a pele adjacente limpas e utilizar cobertura semioclusiva para proteger da contaminação por urina ou fezes. | | | | | | | | |
| 39. Manter a pele limpa e hidratada. | | | | | | | | |
| 40. Manter as roupas de cama limpas, secas e bem esticadas. | | | | | | | | |
| 41. Manter lesão hidratada na presença de tecido de granulação de acordo com a avaliação do enfermeiro. | | | | | | | | |
| 42. Monitorar os sinais vitais. | | | | | | | | |
| 43. Observar na lesão: áreas cavitárias, tunelizadas, fistulada para adequada limpeza e preenchimento com coberturas apropriadas. | | | | | | | | |
| 44. Observar o aparecimento de abrasão, flictenas (bolhas), depressões ou feridas na pele. | | | | | | | | |
| 45. Observar os sinais flogísticos de infecção na lesão. | | | | | | | | |
| 46. Observar presença de hiperemia na pele, principalmente nas áreas de proeminências ósseas. | | | | | | | | |
| 47. Obter dados sobre a dor, utilizando escalas (intensidade, fatores de melhora, fatores de piora, características da dor). | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 48. Obter dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos sobre a pessoa e a lesão. | | | | | | | | |
| 49. Orientar a família e a pessoa sobre a terapia aplicada. | | | | | | | | |
| 50. Orientar a família e as pessoas com lesão sobre os cuidados no domicílio após a alta hospitalar. | | | | | | | | |
| 51. Orientar e mobilizar o cadeirante em posição sentada a cada 1 hora. | | | | | | | | |
| 52. Orientar sobre o uso de protocolos, diretrizes e políticas de prevenção das lesões por pressão as pessoas, os familiares e os cuidadores. | | | | | | | | |
| 53. Participar, em conjunto com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, da escolha de materiais, medicamentos e equipamentos necessários à prevenção e ao cuidado com as feridas. | | | | | | | | |
| 54. Prevenir dermatites associadas à incontinência, para evitar o contato com urina e fezes, higienizando após eliminações e utilizando cremes de barreira, se necessário. | | | | | | | | |
| 55. Promover conforto e bem-estar da pessoa. | | | | | | | | |
| 56. Proteger a pele com colchões e/ou dispositivos aliviadores de pressão nas pessoas com lesão por pressão ou em risco de desenvolvê-la. | | | | | | | | |
| 57. Proteger a pele perilesional. | | | | | | | | |
| 58. Realizar coleta por meio da cultura de material para identificar o agente microbiano, quando necessário. | | | | | | | | |
| 59. Realizar curativo diariamente ou sempre que necessário. | | | | | | | | |
| 60. Realizar desbridamento na lesão na presença de tecido necrosado, como esfacelo, necrose. | | | | | | | | |
| 61. Realizar educação permanente da equipe, em relação à prevenção de lesão por pressão. | | | | | | | | |
| ⁶² . Realizar mudança de decúbito da pessoa de duas em duas horas. | | | | | | | | |
| 63. Registrar, no prontuário da pessoa, aspecto da lesão, soluções, coberturas utilizadas e produtos utilizados para limpeza do leito da lesão e da área perilesional e período de troca do próximo curativo. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 64. Solicitar à pessoa permissão para acompanhar a evolução da lesão através de registro fotográfico. | | | | | | | | |
| 65. Usar coberturas apropriadas para manter a umidade. | | | | | | | | |
| 66. Usar indicadores nutricionais como: hemoglobina e hemoglobina glicada, albumina sérica, aporte de zinco, vitaminas B12 e D, proteína fracionada e ferritina para avaliação da pessoa. | | | | | | | | |
| 67. Utilizar coberturas antibacterianas impregnadas de prata (espuma ou alginato com prata) em lesões com infecção. | | | | | | | | |
| 68. Utilizar coberturas para feridas de espessura total com produtos de preenchimento. | | | | | | | | |
| 69. Utilizar medidas de controle para incontinência urinária e fecal. | | | | | | | | |
| 70. Utilizar o sistema RYB (vermelho, amarelo ou preto) para escolher o desbridamento a ser realizado na lesão. | | | | | | | | |
| 71. Utilizar o sistema TIME (tecido, infecção ou inflamação, manutenção do meio úmido e epitelização) para escolher o melhor tratamento. | | | | | | | | |
| 72. Utilizar placas de hidrocoloides ou filme transparente em áreas de pressão como medidas preventivas nas pessoas com risco de desenvolver lesão por pressão. | | | | | | | | |
| 73. Utilizar superfície de apoio para movimentar a pessoa no leito, como rolo, almofadas, travesseiros e lençol. | | | | | | | | |
| 74. Utilizar técnica asséptica durante a realização do curativo. | | | | | | | | |
| 75. Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4 com esfacelo, papaína ou hidrogel com alginato de cálcio e sódio, curativo hidropolímetro ou collagenase, conforme a avaliação. | | | | | | | | |
| 76. Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4 com grande quantidade de exsudato e sem infecção, alginato de cálcio e sódio, e com infecção, usar, por exemplo, alginato de cálcio e sódio com prata, curativo com apresentação de espumas com alta absorção, conforme a avaliação. | | | | | | | | |
| 77. Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4 com necrose de coagulação ou de liquefação sem sangramento, papaína; collagenase com ou sem clorafenicol se houver sangramento e necrose mista, usar, por exemplo, hidrogel com alginato de cálcio e sódio), conforme a avaliação. | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 78. Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4 com tecido de granulação e sem sangramento, papaína 3%; e com ou sem sangramento ou sensibilidade à papaína, usar, por exemplo, malha não aderente ou estéril ou hidrogel com alginato de cálcio e sódio). | | | | | | | |
| 79. Utilizar, em lesões estágio 3 ou 4, com ferida complexa desbridada, terapia por pressão negativa ou alginato de cálcio e sódio com prata ou outra cobertura, conforme a avaliação. | | | | | | | |

[illegible]

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ESPECIALISTAS

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **‘CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DA CIPE® PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA PESSOA COM LESÃO POR PRESSÃO’** e está sendo desenvolvida por DANIELLE MARTINS DO NASCIMENTO OLIVEIRA, do Curso de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Prof(a) DRA. MARTA MIRIAM LOPES COSTA.

Os objetivos do estudo são construir e validar um protocolo assistencial da CIPE® para pacientes com lesão por pressão. A finalidade deste trabalho é contribuir para favorecer a implementação do Processo de Enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem, assim como a utilização de uma linguagem unificada para a documentação da prática profissional, e melhorar a assistência ofertada às pessoas com lesão por pressão ou com risco de desenvolvê-la.

Solicitamos a sua colaboração para a sua colaboração para essa etapa da pesquisa de validação de conteúdo, no sentido de apontar se os enunciados de intervenções de enfermagem têm significado para a sua prática clínica no cuidado às pessoas com lesão por pressão ou com risco de desenvolvê-la, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa poderá apresentar riscos mínimos aos participantes, sendo eles o possível constrangimento emocional em se opor a participar da pesquisa, como também em responder aos itens do questionário que se referem a informações de sua de seu cuidado, mas os benefícios em melhorar a qualidade de assistência prestada, visando uma melhora no seu quadro de saúde. Sendo assim entende-se que a proposta deste estudo superará esse(s) risco(s).

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) 83- 988122460. Telefone: 83- 30216518 ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail:comitedeetica@hulw.ufpb.br Campus I – Fone: 32167964.

APÊNDICE E**CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS**

Prezado(a) Senhor(a),

Sou Danielle Martins do Nascimento Oliveira, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob orientação da Prof.^a Dr.^a Marta Miriam Lopes Costa.

Estamos desenvolvendo um estudo intitulado “**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DA CIPE® PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA PESSOA COM LESÃO POR PRESSÃO**”, O objetivo do estudo é construir e validar um protocolo assistencial da CIPE® para o paciente com lesão por pressão. Este estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/ UFPB, com parecer de nº 2.965.744.

Conhecedora de sua experiência profissional e ciente de sua valiosa contribuição nessa etapa de nosso estudo, venho convidá-lo(a) a emitir seu julgamento sobre o conteúdo **SEMÂNTICO** desse instrumento. Neste mesmo e-mail, você vai acessar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o instrumento de caracterização dos especialistas e validação de enunciados de intervenções de enfermagem baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®.

Tendo em vista a necessidade premente de cumprir o cronograma definido, solicito, por gentileza, que o material seja devolvido dentro do prazo máximo de 7 dias após a data de apresentação.

Cientes de sua relevante contribuição, agradecemos (eu e minha orientadora) sua colaboração em nosso estudo.

Caso não aceite participar desse estudo favor responder esse email¹ nos informando.

Atenciosamente,

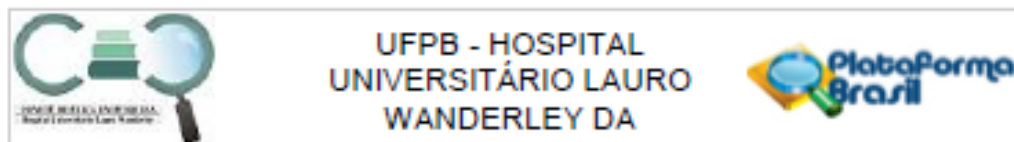
Danielle Martins do Nascimento Oliveira (Pesquisadora).

¹Email: danimartins84@hotmail.com. Endereço: Rua: Juarez Távora, 3255, apto 202. Torre. João Pessoa-PB.

ANEXOS

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DA CIPE® PARA O PACIENTE COM LESÃO POR PRESSÃO

Pesquisador: DANIELLE MARTINS DO NASCIMENTO OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96366318.8.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

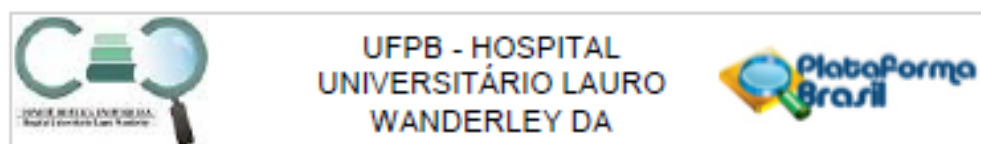
Número do Parecer: 2.965.744

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa em sua SEGUNDA versão, com respostas às pendências emitidas em parecer de nº 2.892.010. O estudo é oriundo do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da UFPB, para fins de doutoramento de DANIELLE MARTINS DO NASCIMENTO OLIVEIRA, sob a orientação da Prof. Marta Miriam Lopes Costa.

Resumo: As Lesões por Pressão (LPPs) são consideradas um problema de saúde pública, devido à sua alta incidência, impactos na qualidade de vida do paciente nas suas diversas dimensões físicas, emocionais e sociais, além do alto custo do tratamento. A compreensão acerca dos cuidados com essas lesões é importante para tomada de decisão e intervenção multiprofissional e representa um ponto de partida para políticas públicas de saúde adequadas. O presente estudo tem como objetivo Construir e validar um Protocolo da CIPE® para pacientes com lesões por pressão. Trata-se de uma pesquisa metodológica de caráter quali-quantitativa, que será realizada construção e validação de um protocolo, que seguirá os passos preconizados pela OMS. O estudo será realizado em hospitais da rede estadual e municipal, localizados na cidade de João Pessoa/PB, de referência no cuidado aos pacientes com lesões. A origem do protocolo será a Universidade Federal da Paraíba, e o objetivo será construir e validar um protocolo da CIPE® para paciente com lesão por pressão. A população que fará parte do grupo de desenvolvimento deste Instrumento será composta de enfermeiros assistenciais e docentes com experiência em feridas. A amostra

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.050-900
 UF: PB Município: JOÃO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.905.744

será do tipo não-probabilística de forma intencional e por conveniência, a ser incluídos 100 enfermeiros e 50 pacientes com lesão. As etapas do estudo serão Revisão da literatura das intervenções de enfermagem para o paciente com Lesão por Pressão, Validação de conteúdo e por consenso das intervenções de enfermagem para o protocolo da CIPE® 2017 para lesão por pressão e implementação e avaliação do Protocolo da CIPE® 2017 para o paciente com LPP. Para viabilizar o processo de validação dos Instrumentos, será utilizada a escala Intervalar de Likert, disposta em uma escala de dois pontos, na qual os peritos devem assinalar os pontos definidos pelos pesquisadores em relação à adequação dos itens do Instrumento. Considerar-se-ão os enunciados de intervenções e atividades de enfermagem como validados quando alcançarem altos níveis do alfa de Cronbach. As afirmativas de intervenções e suas atividades podem ser adicionadas, excluídas ou revisadas, segundo a necessidade. Para a análise dos dados, estes serão organizados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2007 e analisados com o auxílio dos programas SPSS e do software R versão 2.14. Os dados de caracterização dos especialistas serão analisados por meio de estatística descritiva e calculadas as proporções, média e mediana das variáveis. Para a análise das definições conceituais e operacionais, será aplicado o teste binomial ao item com o objetivo de verificar se a proporção de especialistas que consideraram o item adequado foi maior ou igual ao valor preestabelecido, de 85%. Neste caso, o item será considerado adequado se o teste não apresentar significância estatística ($p > 0,05$) em relação à proporção de 85%. As afirmativas de intervenção de enfermagem consideradas aplicáveis a este paciente irão compor o protocolo. Este será entregue ao enfermeiro para ser utilizado em sua prática assistencial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

•Construir e validar um Protocolo da CIPE® para pacientes com lesões por pressão.

Objetivos Específicos

•Mapear na literatura intervenções de enfermagem no cuidado aos pacientes com lesão por pressão com a CIPE® 2017;

•Realizar a validação de conteúdo e por consenso do protocolo com enfermeiros juizes;

•Executar a validação clínica dos enunciados do Protocolo CIPE® para pacientes com lesões por pressão;

•Estruturar um protocolo de intervenções de enfermagem para uso dos enfermeiros no manejo das LPPs;

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.050-900
 UF: PB Município: JOÃO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 2.925.744

•Elaborar um guia para utilização do protocolo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Informações da pesquisadora:

Riscos previsíveis: O estudo pode oferecer desconforto de origem psicológica, uma vez que o sujeito da pesquisa será submetido a questionários contendo informações sociodemográficas e clínicas relacionadas à pacientes com lesão por pressão. Para minimizar esse risco, a coleta de dados será realizada individualmente, em um local reservado e em horário pactuado com a equipe de plantão, não interferindo no serviço hospitalar, alimentação, sono e repouso do voluntário da pesquisa. Entretanto, caso o sujeito da pesquisa sofra algum dano comprovadamente em decorrência deste estudo assume-se o compromisso de interromper imediatamente a pesquisa, e se necessário, será garantido ao participante do estudo acompanhamento e assistência imediata e/ou integral a ser fornecida pela equipe de saúde da instituição em que o paciente está internado, bem como dos pesquisadores de coleta de dados.

Benefícios

Entre os ganhos deste trabalho, ressalta-se o despertar da comunidade científica e profissionais envolvidos na avaliação e tratamento de paciente com lesão por pressão, bem como a aplicação do processo de enfermagem durante o cuidado e a disseminação da CIPE® enquanto sistema de classificação que contribui para unificar a linguagem da enfermagem para documentação da prática profissional. Além disso, possibilitará a compreensão holística do cuidado nesses pacientes, identificando precocemente os fatores de risco para o desenvolvimento das LPP. Destaca-se também a busca reduzir a dor, sofrimento e complicações, melhorando a qualidade de vida, ao promover a cicatrização das lesões.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo sob análise apresenta proposta relevante para o campo da Enfermagem, cujos resultados contribuirão para a prática assistencial direcionada ao processo de enfermagem aplicado à pessoa com lesão por pressão.

No parecer anterior (nº 2.892.010) emitido pelo CEP/HULW, foram apontadas as seguintes pendências:

(1). Definir o TCLE que será aplicável aos juizes (adequar as informações declaradas no termo direcionadas a esses participantes; observar também as declarações contidas no quarto parágrafo por não serem aplicáveis aos mesmos) e aos pacientes que participarão do estudo (utilizar linguagem clara e acessível à compreensão dos mesmos, evitando termos técnicos e específicos a

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7984 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com