

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM - PPGENF

EVELLYN DOS SANTOS PENHA

**PROCESSO DE TRANSIÇÃO EM PACIENTES ADULTOS DE UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA COM RISCO DE LESÃO DA PELE**

BRASÍLIA – DF

2020

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM - PPGENF

EVELLYN DOS SANTOS PENHA

PROCESSO DE TRANSIÇÃO EM PACIENTES ADULTOS DE UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA COM RISCO DE LESÃO DA PELE

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.
Área de Concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologia em Saúde e Enfermagem.
Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cristine Alves Costa de Jesus

BRASÍLIA – DF

2020

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

DEV93p

PENHA, EVELLYN DOS SANTOS
PROCESSO DE TRANSIÇÃO EM PACIENTES ADULTOS DE UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA COM RISCO DE LESÃO DA PELE / EVELLYN DOS
SANTOS PENHA; orientador CRISTINE ALVES COSTA DE JESUS. --
Brasília, 2020.
199 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2020.

1. Processo de enfermagem. 2. Lesão por pressão. 3.
Teoria da transição. 4. Diagnósticos de enfermagem. I. JESUS,
CRISTINE ALVES COSTA DE, orient. II. Título.

EVELLYN DOS SANTOS PENHA

PROCESSO DE TRANSIÇÃO EM PACIENTES ADULTOS DE UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA COM RISCO DE LESÃO DA PELE

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação
em Enfermagem da Universidade de Brasília.

20 de fevereiro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.^a Cristine Alves Costa de Jesus
Universidade de Brasília (UnB)
Presidente

Prof. Dr.^a Diana Lúcia Moura Pinho
Universidade de Brasília (UnB)
Membro efetivo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf.

Prof. Dr.^a Ana Lúcia da Silva
Universidade de Brasília (UnB)
Membro efetivo, externo ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf

Prof. Dr.^a Moema da Silva Borges
Universidade de Brasília (UnB)
Membro suplente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf

Dedico este trabalho à Deus, meu mentor de todas as horas, à minha madrinha amada Maria Santíssima, aos meus pais, meu porto seguro, ao meu esposo, meu amor desta e de outras vidas, aos meus irmãos, parceiros de vida, aos pacientes/familiares, pelo aceite da contribuição com a ciência.

AGRADECIMENTOS

À Deus por seu fortalecimento diário, inspiração para todas as minhas conquistas.

À Nossa Senhora por estar sempre com as mãos estendidas e passando na frente.

Ao meu amor Fábio pelo companheirismo, carinho, cuidado, incentivo, paciência e amor, em todos os momentos.

Aos meus pais, Edna e Basílio, pela dedicação de uma vida, ensinamentos, incentivo, exemplo de vida, de amor e superação e por sempre acreditarem em meu potencial.

Aos meus irmãos, Jáder e Jardel, companheiros de caminhada, que sempre posso contar e sempre estão na torcida da minha vida.

Às minhas cunhadas, Carla pelo seu apoio e incentivo desde a graduação, e Nágila, por todo o apoio.

À minha sogra Márcia pela torcida, mesmo que de longe, e por sua acolhida.

Aos familiares pelo apoio e compreensão de ausência nesse período, em especial a vó Eva por todas suas orações, aos tios Gorete e Duarte pelo acolhimento e ajuda em Brasília desde minha chegada, os primos Aline e Kitamura pelo incentivo e força em todas as etapas.

À excelente profissional, minha orientadora Dr^a Cristine Alves Costa de Jesus, por me ensinar novos caminhos e compartilhar de seu conhecimento com paciência, dedicação, sabedoria em todas as etapas do mestrado, contribuindo para minha evolução profissional.

Aos Funcionários da biblioteca, da Unidade de Terapia Intensiva, do Hospital Universitário de Brasília, da Universidade de Brasília que de forma direta ou indireta contribuíram para a pesquisa.

Ao Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília pelo ensino de qualidade e excelência que serviu de base para a execução desta pesquisa.

Aos pacientes/familiares por aceitarem participar desta pesquisa.

Aos meus irmãos de caminhada Lorena Veras, Erika Lorena, Mariana, André, Elaine pelo incentivo e ajuda nesse percurso. Às queridas amigas Luciane, Carol, Manu e Rochelle que tornaram mais amenos os momentos difíceis com suas conversas e gargalhadas.

Aos amigos dessa trajetória: Kamilla, Gizele, Euni, Danielle, Casandra, Thaís, Christina, pelo incentivo, apoio e troca de experiências.

A todos aqueles que contribuíram indireta ou diretamente para a construção, o desenvolvimento e a conclusão desta pesquisa.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.
(Carl Gustav Jung)

RESUMO

PENHA, E. S. **Processo de transição em pacientes adultos de unidade de terapia intensiva com risco de lesão da pele.** 2020. 199 páginas. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

Entre as lesões de pele frequentemente encontradas em pacientes críticos, destacam-se as Lesões por Pressão (LP), por ser um evento adverso. Os enfermeiros são profissionais importantes para esses pacientes/famílias que vivenciam esse processo de mudança. A passagem de uma condição estável para outra foi entendida como transição pela teórica de enfermagem Afaf Meleis. **Objetivo:** Avaliar os aspectos relacionados à integridade da pele em pacientes adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) fundamentado na teoria da transição. **Método:** Pesquisa de abordagem quantitativa observacional, predominantemente do tipo descritiva com delineamento transversal e abordagem longitudinal do tipo coorte prospectiva na avaliação do uso das escalas preditivas de risco de LP. A amostra foi composta por 60 pacientes internados em uma UTI de um hospital público de Brasília-DF. Foram realizadas duas etapas do processo de enfermagem, a coleta de dados e o diagnóstico de enfermagem, utilizando-se a Taxonomia da NANDA-I para os domínios Nutrição, Eliminação/Troca, Atividade/Repouso, Segurança/Proteção e Conforto, além da utilização das escalas de avaliação de risco para LP de Braden, Waterlow e Norton. **Resultados:** A análise dos dados contemplou a caracterização socioeconômico-demográfica e clínica. Foi possível observar os aspectos facilitadores e inibidores desse processo de mudança no status da saúde, através de condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade: os pacientes atribuíram um significado positivo à internação, o status socioeconômico não mostrou significância, tiveram apoio familiar/amigos e da equipe assistencial. Os padrões de resposta, a partir dos indicadores de processo e resultado identificaram que a maioria encontrava-se direcionada para o bem estar. Observou-se uma baixa incidência de LP, associado ao tempo de internação. Na comparação entre as três escalas, houve associação entre si, e a escala de Waterlow mostrou-se mais específica. Foram arrolados 651 diagnósticos de enfermagem, sendo 43 diagnósticos diferentes (27 diagnósticos com foco no problema e 16 diagnósticos de risco). Apresentaram frequências superiores a 40%: Mobilidade física prejudicada, Déficit no autocuidado para banho, Débito cardíaco diminuído, Dor aguda, Integridade tissular prejudicada, Risco de queda, Risco de infecção, Risco de tromboembolismo venoso e Risco de lesão por pressão. **Conclusão:** Foi possível caracterizar o paciente de UTI e os aspectos relacionados à integridade da pele fundamentado na teoria da transição. Desenvolveram-se reflexões sobre o cuidado com o paciente crítico que exige do enfermeiro assistência baseada em conhecimento científico e metodologias de trabalho, daí a importância do desenvolvimento de mais pesquisas na área. A internação em uma UTI, bem como o risco para o surgimento de LP podem representar processos de difícil enfrentamento, tanto de pacientes quanto de seus familiares, e os enfermeiros são mediadores dentro deste contexto.

Palavras-Chaves: Diagnósticos de enfermagem; Lesão por pressão; Processo de enfermagem; Teoria da transição.

SUMMARY

PENHA, E.S. **Transition process of adult patients in the Intensive Care Unit (ICU) with risk of skin lesions. 2020.** 199 of pages. Master's Dissertation. Department of Nursing, College of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2020.

Among skin lesions frequently found in patients considered to be in critical condition, Pressure Ulcers stand out, as they are considered an adverse event. Nurses are important professionals for patients and their family members who experience this process of adverse change and who run the risk of developing pressure ulcers. This change from a stable to severe condition was understood as a transition by the theorist Afaf Ibrahim Meleis. **Objectives:** To evaluate aspects related to the integrity of the skin in adult patients hospitalized in the Intensive Care Unit, based on the transition theory. **Method:** Quantitative observational research, predominantly of the descriptive type with a transversal approach. A longitudinal approach was used by the prospective cohort type in the evaluation of the use of predictive risk assessment scales of Pressure Ulcers. The samples consist of 60 patients hospitalized in an Intensive Care Unit of a public hospital in Brasília, Federal District. In order to collect the data, two phases in the nursing process were conducted. Beyond the Braden, Waterlow, and Norton risk assessment scales for Pressure Ulcers, data and medical diagnoses were conducted utilizing the NANDA-I taxonomy for the domains of Nutrition, Elimination/Change, Activity/Rest, Security/Protection, and Comfort. **Results:** The analysis of the data took into consideration both socioeconomic and clinical demographics. It was possible to observe the enabling and inhibiting aspects of this transition process through personal constraints of both community and society. Hospitalization was both statistically significant and positively correlated. Socioeconomic status was not statistically significant, as patients had support from family, friends, and the medical team. The response standards, aside from the procedural indicators and results, identified that the majority of individuals believed their well-being was prioritized. A low incidence of LP was observed, associated with short hospitalization. When comparing the three scales, there was an association between them, and the Waterlow scale was more specific. 651 nursing diagnoses were listed. There were 43 different diagnoses (27 diagnoses focused on the actual problems, 16 risk diagnoses). Highlighted were those occurring with a frequency above 40%. These include: impaired physical mobility; complications in bathroom self-care; reduction in cardiac output; acute pain; damaged tissue integrity; risk of decline, risk of infection, risk of Venous thromboembolism; and risk of pressure ulcers. **Conclusion:** It was possible to categorize the ICU patient and related aspects of skin integrity based on the transition theory. Also studied was the care of patients in critical condition who require medical assistance based on scientific knowledge and methods. However, further development and research is needed in this area. Hospitalization in an ICU, similar to the risk of the emergence of bedsores, can represent situations that are difficult to address, for patients and family members alike. Nurses are the mediators in this context.

Key Words: Nursing diagnostics; Pressure Ulcers; Nursing Process; Theory of Transition.

RESÚMEN

PENHA, E. S. Proceso de transición en pacientes adultos de la unidad de cuidados intensivos con riesgo de lesiones en la piel. 2020. 199 de hojas. Disertación (Máster) Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2020.

Entre las lesiones de piel encontradas a menudo en pacientes críticos, se destacan las lesiones por presión (LP), ya que es un evento adverso. Los enfermeros son profesionales importantes para esos pacientes / familias que experimentan este proceso de cambio. La transición de una condición estable para otra fue entendida como una transición por el teórico de enfermería Afaf Meleis. **Objetivo:** Evaluar los aspectos relacionados con la integridad de la piel en pacientes adultos ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en base a la teoría de la transición. **Método:** Pesquisa de enfoque de observación cuantitativa, predominantemente descriptivo con diseño transversal y enfoque de cohorte prospectivo longitudinal para evaluar el uso de escalas de riesgo predictivo para LP. La muestra consistió en 60 pacientes ingresados en una UCI de un hospital público en Brasilia-DF. Fueron realizadas dos etapas del proceso de enfermería, recolección de datos y diagnóstico de enfermería, utilizando la taxonomía NANDA-I para los dominios de Nutrición, Eliminación / Cambio, Actividad / Descanso, Seguridad / Protección y Confort, además del uso de escalas de evaluación de riesgos para LP de Braden, Waterlow y Norton LP. **Resultados:** El análisis de datos incluyó la caracterización socioeconómica-demográfica y clínica. Fue posible observar los aspectos facilitadores e inhibidores de este proceso de cambio en el estado de salud a través de restricciones personales, de la comunidad y sociedad: los pacientes asignaron un significado positivo a la hospitalización, el estado socioeconómico no fue significativo, tuvieron el apoyo de familiares / amigos y equipo de atención. Las normas de respuesta, fueron basados en indicadores de procesos y resultados, identificaron que la mayoría se encontraba dirigidos hacia el bienestar. Se observó una baja incidencia de LP, asociada a poco tiempo de con hospitalización. En la comparación entre las tres escalas, hubo una asociación entre si, y la escala de Waterlow se mostró más específica. Fueron enumerados 651 diagnósticos de enfermería, siendo 43 diagnósticos diferentes (27 diagnósticos centrados en problemas y 16 diagnósticos de riesgo). Presentaron frecuencias superiores a 40%: Movilidad física deteriorada, déficit de autocuidado para baño, disminución del débito cardíaco, dolor agudo, integridad tisular deteriorada, Riesgo de caídas, Riesgo de infección, Riesgo de tromboembolismo venoso y Riesgo de lesión por presión. **Conclusión:** Fue posible caracterizar el paciente de la UCI y los aspectos relacionados con la integridad de la piel basados en la teoría de la transición. Se desarrollaron reflexiones sobre el cuidado del paciente crítico que requiere del enfermero una asistencia basada en el conocimiento científico y las metodologías de trabajo, de ahí la importancia de desarrollar más investigaciones en el área. La hospitalización en la UCI, así como el riesgo de aparición de LP, pueden representar procesos de difíciles enfrentamiento para los pacientes y sus familias, y los enfermeros son mediadores en este contexto.

Palabras clave: Diagnósticos de enfermería; Lesión por presión; Proceso de enfermería; Teoría de la transición.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Escalas de avaliação de risco de LP e suas características.....	42
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Características da lesão por pressão.....	31
Figura 2 – Fatores extrínsecos e intrínsecos influentes na LP.....	34
Figura 3 - Locais de risco de acometimento de LP.....	34
Figura 4 – O processo de enfermagem modificado.....	43
Figura 5 – Domínios e as classes da Taxonomia II da NANDA-I	45
Figura 6 – Teoria de médio alcance da transição.....	51
Figura 7 – Fluxograma de participação do estudo.....	56
Figura 8 – Teoria de médio alcance da transição.....	128

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do perfil socioeconômico-demográfico da amostra de pacientes (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	70
Tabela 2 - Condições de queixa principal dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	72
Tabela 3 - Diagnóstico médico admissional dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	72
Tabela 4 - Quantidade de doenças pré-existentes dos pacientes da mostra e sua distribuição (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	73
Tabela 5 - Doenças pré-existentes dos pacientes da mostra e sua distribuição (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	74
Tabela 6 - Perfil de alergia e do uso de medicamento dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	75
Tabela 7 - Quantidade de medicamentos utilizados dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	75
Tabela 8 - Classificação de medicamentos utilizados dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.....	76
Tabela 9 - Hábitos de vida, atividade e repouso dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	77
Tabela 10 - Distribuição conforme o risco nutricional NUTRICIONAL RISCK SCREENIN (NRS) dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	78
Tabela 11 - Distribuição do local de procedência dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	78
Tabela 12 - Tempo de internação em dias internados na UTI/UCO dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	79
Tabela 13 - Caracterização das escalas de avaliação aplicadas aos pacientes da amostra (n=60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	84
Tabela 14 - Média dos escores (1º, 2º e 3º dias) das escalas de avaliação de risco de Lesão por Pressão aplicadas aos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	85

Tabela 15 - Classificação da avaliação de risco de Lesão por Pressão das escalas Braden Waterlow e Norton dos pacientes que desenvolveram lesão por pressão, considerando as 1ª, 2ª e 3ª avaliações – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	86
Tabela 16 - Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Braden e Norton no primeiro dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	87
Tabela 17 - Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Braden e Norton no segundo dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	87
Tabela 18 - Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Braden e Norton no terceiro dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	88
Tabela 19 - Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Braden e Waterlow no primeiro dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	89
Tabela 20 - Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Braden e Waterlow no segundo dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	89
Tabela 21 - Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Braden e Waterlow no terceiro dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	90
Tabela 22 - Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Norton e Waterlow no primeiro dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	91
Tabela 23 - Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Norton e Waterlow no segundo dia dos pacientes da amostra (n=60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	91
Tabela 24 - Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Norton e Waterlow no terceiro dia dos pacientes da amostra (n=60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	92
Tabela 25 - Tabela resumo do teste de Goodman-Kruskal referente a caracterização da comparação entre as escalas de avaliação do risco de LP dos pacientes da amostra (n=60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	92

Tabela 26 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema identificados na amostra conforme NANDA-I (n=60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	94
Tabela 27 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema identificados na amostra conforme domínios da NANDA-I (n=60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	95
Tabela 28 - Testes de Qui-quadrado entre ter Mobilidade física prejudicada e as escalas nos três primeiros dias de observação. (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	96
Tabela 29 - Relação entre o desenvolvimento de Lesão por Pressão e apresentar DE Mobilidade física prejudicada. (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	96
Tabela 30 - Associação entre o DE Déficit no autocuidado para banho e os valores nas escalas. (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	97
Tabela 31 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco identificados na amostra conforme NANDA-I (n=60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	97
Tabela 32 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco identificados na amostra conforme domínios da NANDA-I (n=60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	98
Tabela 33 - Distribuição das frequências das características definidoras para os diagnósticos de enfermagem com foco no problema dos pacientes da amostra com frequência superior a 40%, segundo a NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	99
Tabela 34 - Distribuição das frequências dos fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem com foco no problema dos pacientes da amostra com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I (n=60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	102
Tabela 35 - Distribuição das frequências das condições associadas para os diagnósticos de enfermagem com foco no problema dos pacientes da amostra com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	104
Tabela 36 - Distribuição das frequências dos fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem de risco dos pacientes da amostra com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	105
Tabela 37 -. Distribuição das frequências da população em risco para os diagnósticos de enfermagem de risco dos pacientes da amostra com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	107

Tabela 38 - Distribuição das frequências das condições associadas para os diagnósticos de enfermagem de risco dos pacientes da amostra com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019108

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição conforme a classificação do Índice de Massa Corporal dos pacientes da amostra (n=60) - Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	77
Gráfico 2 - Local de destino final dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	79
Gráfico 3 - Dados sobre a busca de informação da condição de saúde dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019	80
Gráfico 4 - Dados sobre percepção dos pacientes da amostra sentir-se diferente das outras pessoas (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.....	81
Gráfico 5 - Dados sobre possuir religião ou crença dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.....	81
Gráfico 6 - Compreensão dos pacientes da amostra relativos aos aspectos relacionados ao diagnóstico, tratamento e recuperação (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.....	82
Gráfico 7 - Dados sobre o saber dos pacientes da amostra relativo a identificação dos profissionais da assistência (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.....	82
Gráfico 8 - Dados sobre a preocupação dos pacientes da amostra relativa a situação cotidiana devido a hospitalização (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.....	82
Gráfico 9 - Dados sobre a atribuição da significância do processo de internação na UTI dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.....	83
Gráfico 10 - Dados sobre colaboração no alcance das metas do tratamento no processo de internação na UTI dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LP	Lesões por Pressão
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
EA	Eventos adversos
CISP	Classificação Internacional de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
SAE	Sistematização da assistência de enfermagem
EUA	Estados Unidos
EPUAP	<i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
NPUAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
PPPIA	<i>Pan Pacific Pressure Injury Alliance</i>
SOBEST	Associação Brasileira de Estomaterapia
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
SOBENDE	Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia
INSALUD	Instituto Nacional de Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
SUS	Sistema Único de Saúde
SES-DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
UnB	Universidade de Brasília
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
CRIH-DF	Central de Regulação e Internação Hospitalar
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
CID	Classificação Internacional de Doenças
AVD	Atividades de vida diária
APS	<i>American Pain Society</i>
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DF	Distrito Federal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PEA	População Economicamente Ativa
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis

ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
RA	Regiões Administrativas
AVC	Acidentes Vascular Encefálico
DE	Diagnósticos de Enfermagem
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
TEV	Tromboembolismo venoso
TEP	Tromboembolismo pulmonar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	22
1.1 OBJETIVOS	26
1.1.1 OBJETIVO GERAL	26
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
2.1 INTEGRIDADE DA PELE	27
2.1.1 Fisiopatologia da lesão por pressão	27
2.1.2 Incidência da lesão por pressão	28
2.1.3 Definições da lesão por pressão	30
2.1.4 Órgãos nacionais e internacionais	31
2.1.5 Terapêutica de enfermagem	32
2.1.6 Fatores de risco associados às lesões por pressão	33
2.1.7 Escalas preditivas das lesões por pressão	37
2.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	42
2.3 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF IBRAHIM MELEIS.....	46
MÉTODOS	53
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	53
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	54
4.3 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DA PESQUISA.....	55
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	55
4.5 COLETA DE DADOS	56
4.5.1 Procedimento de coleta de dados	57
4.5.2 Instrumento de coleta de dados	58
4.6 ANÁLISE DE DADOS	67
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	68
4.7.1 Riscos e benefícios	68
5. RESULTADOS	70
5.1 CARACTERIZAÇÃO PESSOAL, SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICA	70
5.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA PRÉ-EXISTENTE E DURANTE PERÍODO DE INTERNAÇÃO	72
5.3 ASPECTOS FACILITADORES E INIBIDORES SEGUNDO A TEORIA DA TRANSIÇÃO	80

5.4 IDENTIFICAÇÃO DOS PERFIS DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO APLICADAS AOS PACIENTES	83
5.4.1 Escalas de avaliação utilizadas na coleta de dados	84
5.4.2 Escalas de avaliação de risco para lesão por pressão	85
5.5 IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E SUA CARACTERIZAÇÃO	93
5.5.1 Diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes da amostra	93
5.5.2 Características definidoras dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema dos pacientes da amostra	99
5.5.3 Fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema dos pacientes da amostra	101
5.5.4 Condições associadas dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema dos pacientes da amostra	103
5.5.5 Fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem de risco dos pacientes da amostra	105
5.5.6 População em risco dos diagnósticos de enfermagem de risco dos pacientes da amostra	106
5.5.7 Condições associadas dos diagnósticos de enfermagem de risco dos pacientes da amostra	107
6. DISCUSSÃO	109
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES DO ESTUDO QUANTO AO PERFIL SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO	110
6.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS PRÉ-EXISTENTE E DURANTE PERÍODO DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES DO ESTUDO	115
6.3 ASPECTOS FACILITADORES E INIBIDORES SEGUNDO A TEORIA DA TRANSIÇÃO DOS PACIENTES DO ESTUDO.....	121
6.4 IDENTIFICAÇÃO DOS PERFIS DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO APLICADAS AOS PACIENTES	128
6.4.1 Índice de Katz	128
6.4.2 Escala visual/verbal da dor	129
6.4.3 Escala de Morse	130
6.4.4 Escalas de Braden, Waterlow e Norton	131

6.5 IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS, FATORES RELACIONADOS E FATORES DE RISCO DOS PACIENTES	138
6.5.1 Mobilidade física prejudicada	140
6.5.2 Déficit no autocuidado para banho	141
6.5.3 Débito cardíaco diminuído	142
6.5.4 Dor aguda	143
6.5.5 Integridade tissular prejudicada	144
6.5.6 Risco de queda	145
6.5.7 Risco de infecção	147
6.5.8 Risco de tromboembolismo venoso	147
6.5.9 Risco de lesão por pressão	148
7. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
8. REFERÊNCIAS	157
9. APÊNDICES	173
9.1 APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	173
9.2 APÊNDICE B INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	175
10. ANEXOS.....	182
10.1 ANEXO A TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE...	182
10.2 ANEXO B PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 2879665.....	183
10.3 ANEXO C PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 2964148.....	187
10.4 ANEXO D PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 2986923.....	191
10.5 ANEXO E ESCALAS UTILIZADAS NA PESQUISA.....	196

1 INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são consideradas ambientes de tratamento intensivo e cuidados complexos, pois, além da situação crítica em que o paciente está, existem fatores que prejudicam a sua estrutura psicológica, como perturbações ao seu padrão de sono/repouso, intervenções terapêuticas frequentes, isolamento, permanência no leito por um período prolongado, e medo da piora da doença ou da morte (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Nesse contexto de terapia intensiva, há ocorrência frequente de lesão por pressão (LP) devido à essa condição clínica de gravidade, além da realização de procedimentos, diminuição de mobilidade no leito, conexão de dispositivos médicos, perda ponderal de músculo e elevado tempo de internação (FERNANDES, TORRES, VIEIRA, 2008).

A lesão por pressão é considerada um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, podendo estar relacionada ao uso de dispositivos médicos ou a outro artefato (GONÇALVES *et al.*, 2017, p.3).

Entre os incidentes relacionados à assistência à saúde - acontecimentos que ocorrem durante a assistência ao paciente -, há os eventos adversos (EA), que são incidentes que causam danos à saúde e que constituem problemas de saúde pública, destacando-se as lesões por pressão (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017a).

De acordo com a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (CISP), da Organização Mundial da Saúde (OMS), os incidentes podem ser classificados como “incidentes sem nenhum dano”, que não apresentam sintomas e para os quais não se necessita de nenhum tratamento; “incidentes leves”, aqueles que apresentam sintomas leves, como perda de função ou danos mínimos, ou de curta duração, à saúde do paciente, necessitando de intervenções mínimas; “incidentes moderados”, que se caracterizam pela manifestação de sintomas moderados, como dano ou perda de função permanente ou de longo prazo, havendo necessidade de intervenção e aumento do tempo de internação; “incidentes graves”, que são os incidentes sintomáticos, que causam grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo, que necessitam de intervenção para suporte da vida, ou de intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida; o “óbito” é o incidente que, em curto prazo, causou ou acelerou a morte (COOPER *et al.*, 2017).

De acordo com os relatórios de EA notificados à Anvisa no período de janeiro de 2014 a maio de 2019, dos 330.536 incidentes notificados, 60.762 (18,3%) corresponderam às notificações de LP, sendo esse o terceiro tipo de evento mais frequentemente notificado pelos Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços de saúde do País. Quanto aos óbitos

notificados, 50 pacientes foram a óbito devido à LP. Já no Distrito Federal, de março de 2014 a junho de 2019, foram notificados 2.264 registros desse incidente, sendo três óbitos notificados (BRASIL, [entre 2014-2019]).

Segundo a OMS, a LP é uma das consequências mais comuns em pacientes hospitalizados, e uma das metas internacionais para a segurança é reduzir-se o risco de desenvolvê-la. Devido à frequência do aparecimento de LP durante a internação hospitalar, torna-se importante o gerenciamento do indicador de incidência de LP, conforme a Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). No Brasil, dos estudos existentes sobre incidência e prevalência de LP suas taxas variam de 2% a 66% (BRASIL, 2014; ZAMBONATO, ASSIS, BEGHETTO, 2013). Na literatura internacional, a prevalência de LP que varia de 4,0 a 49,0% e a incidência de 3,8 a 12,4% em ambiente de cuidados intensivos (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Algumas pesquisas tem mostrado que as lesões podem surgir entre o sexto e o décimo dia de admissão na UTI. Em pacientes no período pós-operatório, o predomínio de lesão se dá entre o quarto e o oitavo dia. Em um estudo de revisão integrativa indicou uma média para o surgimento das lesões que varia de 8 a 40 dias, tempo médio de 9,6 dias e de 18,43 dias (ALVES; BORGE; BRITO, 2014). Em uma pesquisa realizada em hospitais públicos e privados de Belo Horizonte - MG, durante três meses consecutivos em um hospital universitário, foi identificada uma incidência de LP de 39,8%, variando de acordo com a unidade hospitalar estudada, sendo de 41,0% no centro de terapia intensiva (GOMES *et al.*, 2010).

Desenvolver o conhecimento clínico por meio de novas pesquisas e identificar os fatores extrínsecos e intrínsecos em uma dada população através de pesquisa com processo metodológico objetiva colaborar para a melhoria do processo da terapêutica de enfermagem (ROCHA *et al.*, 2016).

Nesse sentido, as lesões abordadas nesta pesquisa estão relacionadas a diversos fatores de risco, sendo eles intrínsecos e extrínsecos. Entre os fatores intrínsecos, destacam-se déficit nutricional, instabilidade hemodinâmica, infecções, obesidade, incontinência urinária e fecal, caquexia, a perfusão tecidual, o uso de alguns medicamentos e as doenças crônicas (como diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares). Quanto aos extrínsecos, lençóis não estirados, baixa frequência de mudança de lençóis, pele úmida, fricção, sondas fixadas de forma inadequada, ausência das mudanças de decúbito e imobilidade no leito. Entre tais fatores, a pressão é considerada o principal fator causador de lesão, pois o seu efeito patológico no

tecido pode ser atribuído à intensidade da pressão, à sua duração e tolerância tecidual (ROLIM *et al.*, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Dessa forma, os profissionais devem ser capacitados quanto às práticas seguras para prevenção de incidentes, por meio da atualização do conhecimento, e os protocolos institucionais devem ser amparados nessas práticas, e devem receber atualização técnica científica frequente, por meio da educação permanente (BRASIL, 2017a).

O cuidado ao paciente crítico exige comprometimento do enfermeiro, uma atuação científica e sistemática, a fim de se garantir a qualidade do cuidado e o mínimo de riscos ao paciente. Para garantir um cuidado efetivo, o enfermeiro deve utilizar o conhecimento científico, fundamentando-se no processo de enfermagem baseado em um referencial oriundo da própria enfermagem (MCEWEN, WILLS, 2016).

Há vários anos, a enfermagem tem desenvolvido e reconhecido a importância dos referenciais teóricos para a fundamentação de sua prática. Assim, ressalta-se a importância das teorias de enfermagem, as quais explanam sistematicamente os eventos onde componentes e conceitos são identificados, inter-relacionados e propostos. Dependendo do nível dessas teorias, proposições são feitas para se descrever, explicar, prever e até prescrever a prática e a pesquisa. Cabe ressaltar que, sem as teorias, as atividades de enfermagem e suas intervenções seriam orientadas pela memória, tradição, alguma autoridade externa, palpites ou de forma aleatória. As teorias são descobertas ou inventadas para descrever, explicar, e entender fenômenos ou solucionar problemas (MCEWEN, WILLS, 2016).

Nesta pesquisa, abordou-se a teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis, que descreve, compreende, interpreta e/ou explica fenômenos específicos da enfermagem oriundos da prática. Sendo assim, a proposta geral da autora é que o enfermeiro seja capaz de preparar pessoas e famílias para transições com mudanças de processos, papéis ou estados gerando modificações de comportamento e uma nova definição de si no contexto social (LIMA, 2016; MELEIS, 2010; MCEWEN, WILLS, 2016).

Trata-se de uma teoria de médio alcance, que representa uma significativa fonte de pesquisa e um trabalho na enfermagem, porque contém um número limitado de conceitos, os quais são de âmbito mais restrito, as proposições são claras e podem ser derivadas de hipóteses testáveis (MELEIS, 2010).

A preocupação acerca da temática é de ampla magnitude e envolve tanto recursos financeiros quanto humanos, no que se refere à prevenção, ao tratamento e ao aprimoramento de tecnologias de cuidado de enfermagem (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Os enfermeiros são os principais cuidadores dos pacientes e de suas famílias. A internação em uma UTI, bem como o risco ou o surgimento de LP, podem representar processos de difícil enfrentamento tanto para os pacientes quanto para seus familiares. Esses profissionais atendem as mudanças e às demandas que as transições trazem para o cotidiano das pessoas internadas e seus familiares, sendo assim, os enfermeiros devem ser profissionais capazes de preparar os pacientes para as transições iminentes e facilitar o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas às experiências de saúde e doença (MELEIS, 2010).

Dessa forma, em relação especificamente à LP, o enfermeiro necessita de aperfeiçoamento constante de suas práticas, no intuito de se implantar medidas que visem identificar fatores de riscos para esse tipo de lesão e, assim, programar estratégias para sua prevenção, possibilitando a manutenção da integridade da pele do paciente, e prestando, assim, uma assistência integral, individualizada e planejada (LIMA *et al.*, 2017).

Embora as orientações para as práticas seguras para a prevenção e manejo precoce da lesão por pressão existam há mais de três décadas, a implementação das recomendações nas instituições de saúde dependem de uma forte liderança e do trabalho em equipe e precisam integrar aspectos clínicos, educacionais e gerenciais (BRASIL, 2017a).

A preocupação com a temática é ampla e envolve recursos materiais e humanos relacionados à prevenção, ao tratamento e ao aprimoramento de tecnologias na assistência da enfermagem. Assim, torna-se pertinente o desenvolvimento de estudos relacionados às medidas preventivas e ao cuidado sistematizado quanto a prevenção do incidente da LP (MATOS, DUARTE, MINETTO, 2010).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os aspectos relacionados à integridade da pele em pacientes adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva fundamentado na teoria da transição.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar os participantes de acordo com os dados pessoais, as variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas;
- Identificar os aspectos facilitadores e inibidores das condições da transição e os padrões de reação;
- Comparar as escalas de avaliação de risco para LP de Braden, Waterlow e Norton nos pacientes da pesquisa;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem dos Domínios Nutrição, Eliminação/Troca, Atividade/Repouso, Segurança/Proteção e Conforto da NANDA-I mais frequentes, em pacientes adultos de uma Unidade de Terapia intensiva;
- Descrever os componentes dos diagnósticos prevalentes, quais sejam: características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco e/ou condições associadas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 INTEGRIDADE DA PELE

2.1.1 Fisiopatologia da lesão por pressão

A pele e seus anexos formam um conjunto complexo de órgãos, originando o sistema tegumentar, que realiza muitas funções, como a proteção. A pele, também chamada de tegumento, encobre todo corpo, tem uma superfície de 1,2 a 2,2 metros quadrados e representa cerca de 7% do peso corporal de um adulto médio, possui uma espessura variável de 1,5 a 4,0 milímetros (mm) ou mais, sendo formada pela epiderme (camada mais externa) e a derme (camada subjacente, mais resistente e vascularizada) (MARIEB, HOEHN, 2009).

A integridade da pele trata-se de um conceito-chave da enfermagem, no qual haverá a alteração da epiderme e/ou derme, caracterizada pelo alteração na integridade da pele, área localizada quente ao toque, dor aguda, hematoma, matéria estranha perfurando a pele, sangramento e vermelhidão (NANDA, 2018).

Nesse contexto, uma lesão por pressão é um dano localizado na pele e no tecido mole, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado a um dispositivo médico, como resultado de pressão intensa, pressão prolongada ou pressão em combinação a fatores intrínsecos e extrínsecos (NPUAP, 2016b).

A ocorrência da LP indica uma lesão causada por uma pressão tecidual maior do que a pressão de perfusão capilar, por um tempo maior do que o necessário para o tecido se recuperar da isquemia originada. Assim, a fisiopatologia da LP pode ser caracterizada pelo binômio pressão x tempo (WADA, NETO, FERREIRA, 2010).

Assim, a pressão capilar influencia no desenvolvimento de LP. Sabe-se que, quando o sangue atinge os capilares, a pressão sanguínea diminui para aproximadamente 35 mmHg e, no final do leito capilar, para cerca de apenas 15 mmHg. Os capilares são frágeis e altas pressões podem rompê-lo e a maioria é muito permeável e, mesmo a baixa pressão capilar força líquidos contendo filtrado da corrente sanguínea para o espaço intersticial (MARIEB, HOEHN, 2009).

Dessa forma, principalmente em áreas de proeminências ósseas, ocorre a LP quando a pressão intersticial excede a pressão intracapilar, impedindo a passagem de nutrientes ao tecido. Quando essa isquemia tecidual, devido a pressão, se mantém por um tempo maior que a recuperação do tecido, ocorre a liberação de fatores inflamatórios. Essa pressão excessiva é

exercida sobre todos os tecidos: a pele, tecido celular subcutâneo, fáscia e músculo são afetados simultaneamente, entretanto, a resistência de cada tecido à isquemia é diferente (WADA, NETO, FERREIRA, 2010).

2.1.2 Incidência da lesão por pressão

As lesões por pressão representam um problema de saúde, principalmente nas unidades de terapia intensiva (ROGENSKI; KURCGANT, 2012). Considera-se a incidência de LP como um indicador de qualidade da assistência de enfermagem (CREMASCO *et al.*, 2009; MATOS, DUARTE, MINETTO, 2010).

Segundo a RDC nº 63/11 no artigo 8º, estabelece algumas estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como:

Mecanismos de identificação; orientações para a higiene das mãos; ações de prevenção e controle de EA; mecanismos para garantir segurança cirúrgica; orientações para administração segura de medicamentos e hemocomponentes; mecanismos para prevenção de quedas; mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão; e orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada (BRASIL, 2011, p. 3-4).

Para uma avaliação de risco e planejamento de medidas preventivas, utiliza-se de indicadores epidemiológicos, destaca-se, entre esses indicadores, a prevalência e a incidência (PEREIRA, 2008).

Incidência e prevalência referem-se a danos à saúde (doença), mas podem se referir a outro tipo de evento (PEREIRA, 2008).

A incidência refere-se ao número de casos novos de pacientes com LP em um determinado período, dividido pelo número de pessoas expostas ao risco de adquiri-la nesse período vezes 100, e mede a frequência ou a probabilidade de ocorrência de casos novos de doença na população (MOTA, 2012).

Segue o cálculo da incidência, sendo C a constante (PEREIRA, 2008, p.77):

$$\text{Taxa de incidência} = \frac{\text{nº de casos novos em um período}}{\text{nº de pessoas expostas ao risco nesse período}} \times C$$

A prevalência representa a proporção da população que apresenta uma dada doença, ou seja, é o número total de casos existentes de uma doença dividido pelo número de pessoas na população. Segue o cálculo da prevalência, sendo C a constante (PEREIRA, 2008, p.77):

$$\text{Taxa de prevalência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de casos existentes} \times C}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas na população}}$$

Em um estudo realizado no Centro de Terapia Intensiva Adulto de um hospital público do Distrito Federal, foram avaliados 27 pacientes, e observou-se uma incidência geral de LP de 37,3%, sendo 41,67% na UTI de Trauma e 33,34% na UTI Geral. O surgimento da maioria das lesões ocorreu na primeira semana de internação. A alta incidência evidenciada está relacionada ao alto risco que os pacientes avaliados possuem de desenvolver LP conforme a escala de avaliação do risco, e isso está associado à gravidade, à complexidade e ao grau de dependência dos pacientes (MATOS, DUARTE, MINETTO, 2010).

Em pesquisa realizada em unidades intensivas de um hospital universitário de Vitória-ES com 77 pacientes, no ano de 2013, identificou-se que 17 desenvolveram LP, o que corresponde a uma incidência de 22% (BORGHARDT *et al.*, 2016).

Em outro estudo realizado prospectivamente em três UTI de um hospital universitário de nível terciário, localizado no município de São Paulo-SP, com uma amostra de 74 pacientes, a incidência de LP foi de 31%, sendo a maioria (60,9%) observada na primeira semana de internação (CREMASCO *et al.*, 2009).

Em estudo realizado em 2014 na UTI de uma instituição privada do interior de São Paulo realizada com 23 participantes, houve uma incidência de 34,78% nos pacientes acompanhados, sendo a maior frequência de LP na região sacral (42,85%) a partir do terceiro dia de internação (GOTHARDO *et al.*, 2017).

Uma pesquisa realizada em UTI de um hospital público de médio porte de João Pessoa-PB, com uma amostra de 36 pacientes, demonstrou que 08 pacientes desenvolveram 11 lesões, apresentando uma incidência de 22,2% (SILVA *et al.*, 2013).

Já em uma pesquisa realizada em três hospitais regionais de Mato Grosso observou-se incidências de 25%, 31,7% e 66,6%, observadas nos setores de clínica médica, cirúrgica, ortopedia e UTI. A amostra analisada contou com 65 pacientes que apresentavam mobilidade física prejudicada, que foram avaliados durante três meses consecutivos (COSTA, 2010).

Em outro estudo, de análise de artigos em países internacionais em ambiente de cuidados críticos, apresentou-se uma prevalência que variou entre 4% na Dinamarca e 49% na Alemanha e uma incidência que variou entre 3,8% e 12,4%, respectivamente. Houve uma grande variação na prevalência e na incidência das LP nesse perfil em UTI (SHAHIN, DASSEN, HALFENS, 2008).

Uma pesquisa realizada em UTI de um hospital cubano com uma amostra de 33 pacientes identificou incidência de LP de 9%, apresentando o desenvolvimento em 3 pacientes a partir do sétimo dia de internação (HINOJOSA, MOREIRA, GUERRA, 2010).

Há publicações que mostram uma prevalência de LP em hospitais do EUA de 15%, e incidência de 7%. Já no Brasil, evidencia-se uma incidência de 39,81% em um hospital geral universitário e em UTI há uma estimativa de 10,62% a 62,5% (OLKOSKI, ASSIS, 2016).

2.1.3 Definições da lesões por pressão

A *National Pressure Ulcer Advisory* trouxe a definição de lesão por pressão como:

[...] Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecido mole subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado a um dispositivo médico ou outro. A lesão pode se apresentar como pele intacta ou úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado de pressão ou pressão intensa e / ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole para pressão e cisalhamento também pode ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e condição do tecido mole (NPUAP, 2016a).

As definições dos estágios foram revisados pela NPUAP:

Lesão por pressão no estágio 1 é uma área localizada de eritema não branqueável da pele intacta. Lesão por pressão no estágio 2 é a perda de pele com espessura parcial com derme exposta, sendo que o leito da ferida está rosa ou vermelho, úmido, ou aparecendo como uma bolha (com exsudato seroso) intacta ou rompida, sendo que tecido de granulação, esfacelo e escaras não estão existentes e tecido adiposo e outros mais profundos também não. Lesão por pressão em estágio 3 refere-se à perda de pele em espessura total com existência de visualização do tecido adiposo na úlcera e no tecido de granulação, e a epíbóle (bordas enroladas) e esfacelos e escara podem estar presentes, sendo a profundidade variável e não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Na Lesão por pressão no estágio 4 existe a perda total da pele e dos tecidos com fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso expostos ou diretamente palpáveis na úlcera, e a epíbóle e escara podem estar presentes, sendo a profundidade variável. Há Lesão por pressão não classificável quando há perda da pele em sua espessura total e perda tissular interna e a extensão do acometimento não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação). A Lesão por pressão tissular profunda caracteriza-se por cor vermelha escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Há, ainda as novas lesões: Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico, resultante do uso de

dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos, geralmente o aspecto é o padrão ou forma do dispositivo; e a Lesão por pressão em membranas mucosas quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano (SOBEST, SOBENDE, 2019).

Também foram revisadas as ilustrações esquemáticas de cada um dos estágios, conforme a sequência da Figura 1.

Figura 1 - Características da lesão por pressão.



Fonte: Adaptado de NPUAP (2016b).

2.1.4 Órgãos nacionais e internacionais

Existem órgãos internacionais sem fins lucrativos como a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e a *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (PPPIA) que estudam e publicam recomendações para a

prevenção e o tratamento de LP com o intuito de melhorar seus resultados por meio de políticas públicas, educação e pesquisa possam ser usadas por profissionais de saúde em todo o mundo (EPUAP, 2019; NPUAP, 2019; PPPIA, 2019).

Esses órgãos, em 2014, publicaram a versão das Diretrizes Internacionais sobre Úlcera por Pressão, que são recomendações fundamentadas na literatura existente que contemplam contextos mundiais, inclusive o brasileiro (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014).

Além desses órgãos internacionais, existem os nacionais, entre os quais destaca-se a Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) - uma associação multidisciplinar vinculada à Comissão de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem Seção São Paulo (ABEn–Seção SP) cujos preceitos são aceitos mundialmente dentro da área da enfermagem em Estomoterapia - e a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) - uma entidade civil sem fins lucrativos também de cunho científico. Essas duas associações fizeram uma publicação com adaptação cultural da classificação das lesões por pressão do consenso NPUAP de 2016 (SOBEST, 2019; SOBENDE, 2019).

Determinou-se, em 13 de abril de 2016 que a terminologia “úlceras por pressão” seria substituída por “lesão por pressão” no Sistema Nacional de Avaliação de Lesões por Pressão do Painel Consultivo da Úlcera de Pressão segundo a NPUAP. Atualizou-se, ainda, a nomenclatura dos estágios do sistema de classificação, acrescentou-se novas definições de LP (lesões por pressão relacionadas com dispositivos médicos e lesões por pressão na membrana mucosa), removeu-se o termo “suspeito” da classificação de lesão tecidual profunda e também o uso de dos algarismos arábicos na nomenclatura dos estágios. Em uma reunião anterior, nos dias 8 e 9 de abril, em Chicago, foram apresentadas as definições de estadiamento atualizadas (NPUAP, 2016a).

2.1.5 Terapêutica de enfermagem

A assistência de enfermagem na prevenção de LP envolve intervenções relacionadas ao acompanhamento do paciente em risco de adquirir uma lesão, seja por meio da utilização de escalas de predição de risco, ou por meio do conhecimento dos fatores de risco e do entendimento da realidade de sua unidade (MEDEIROS, LOPES, JORGE, 2009).

Além da identificação dos fatores de risco, cabe à enfermagem o planejamento das ações preventivas para que haja qualidade na assistência prestada (MATOS, DUARTE, MINETTO, 2010).

Nesse sentido, a prevenção e o tratamento das lesões de pele devem acompanhar as evoluções científicas, tecnológicas e os estudos baseados em evidências científicas, para que se possa obter os melhores resultados no processo da sistematização da assistência de enfermagem (MITTAG *et al.*, 2017).

A prevenção é o método mais eficiente de se evitar as lesões por pressão e um passo importante é identificar os pacientes que estão em risco de desenvolvê-las (LOSPITAO-GÓMEZ *et al.*, 2017).

A equipe de enfermagem tem papel fundamental na prevenção e no tratamento da LP, assim como as políticas e medidas preventivas, o uso de escalas preditivas de avaliação de risco no intuito de manter preservada a integridade da pele. Desse modo, é importante que programas de educação permanente, tanto para os profissionais quanto para os pacientes e familiares, aconteçam com frequência, trabalhando-se aspectos relativos às medidas de prevenção, aos fatores predisponentes e ao tratamento de lesões existentes (OLKOSKI, ASSIS, 2016).

2.1.6 Fatores de risco associados às lesões por pressão

A LP é considerada um problema de saúde que envolve a equipe multiprofissional de uma UTI, especialmente a equipe de enfermagem, que trabalha continuamente na assistência e nos cuidados do paciente (MATOS, DUARTE, MINETTO, 2010).

A OMS classifica como um incidente nocivo (evento adverso) aquele que resulta em danos para um paciente (WHO, 2009a). Dentre os eventos adversos, estão os erros de medicação, quedas, retiradas não programadas de artefatos terapêuticos e lesão por pressão, sendo que esse último apresenta maior prevalência e correlação com os cuidados de enfermagem (TOFFOLETTO *et al.*, 2016).

As UTI destacam-se como locais propícios para o desenvolvimento de LP, uma vez que, internado sob tratamento intensivo, o paciente tem sua mobilidade reduzida, além de haver o agravamento dos tratamentos terapêuticos e de um número excessivo de dispositivos e tecnologias duras (ARAÚJO *et al.*, 2011).

A identificação do risco de cada paciente permite que estratégias de prevenção sejam elaboradas e implementadas, visando à redução da incidência de LP nas unidades hospitalares (ARAÚJO, MOREIRA, CAETANO, 2011). A Figura 2 demonstra alguns fatores de risco.

Figura 2 - Fatores extrínsecos e intrínsecos influentes na LP



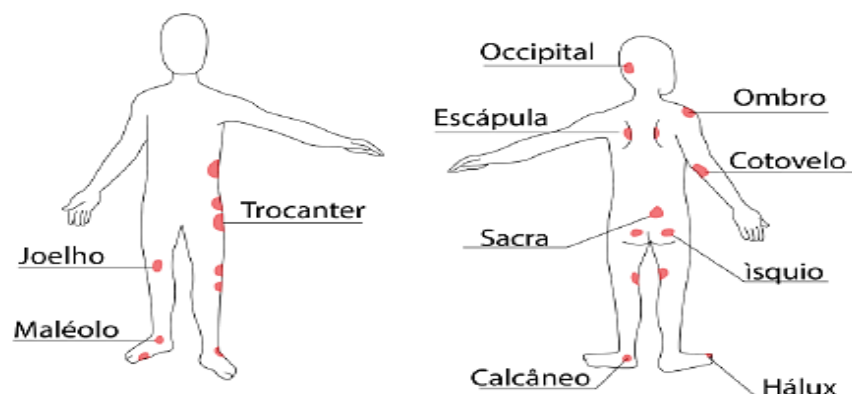
Fonte: Adaptado de Gonçalves *et al.* (2017), WUWHs (2016).

Quanto ao local de acometimento, Moro *et al.* (2007) observa que as LP têm maior prevalência na região sacral e nos calcâneos. Em outro estudo em UTI, o local de maior ocorrência de LP foi a região sacral, 60% das ocorrências, seguida do glúteo, 20% das ocorrências, sendo áreas que correspondem aos pontos de pressão no paciente em posição dorsal (MATOS, DUARTE, MINETTO, 2010).

Em um estudo realizado em hospitais do Mato Grosso, as lesões se localizaram nas regiões sacrococcígea (65,7%) e nos calcâneos (31,6%). Os estágios de desenvolvimento das lesões foram estágio I (44,7%) e estágio II (55,3%) (COSTA, 2010).

A Figura 3 demonstra os principais locais de acometimento das LP.

Figura 3 - Locais de risco de acometimento de LP



Fonte: Gonçalves *et al.* (2017, p.4).

Os fatores de risco para lesão por pressão predisõem o indivíduo a períodos prolongados de isquemia induzida por pressão, e que diminuem a capacidade de recuperação

tecidual da lesão isquêmica. Esse fenômeno de desenvolvimento de LP é multifatorial e envolve fatores intrínsecos e extrínsecos (WADA, NETO, FERREIRA, 2010).

Quanto aos fatores intrínsecos, esses relacionam-se às variáveis do estado físico do paciente, decorrentes do próprio indivíduo, que abrangem casos locais e sistêmicos para o risco. Os mais importantes são: idade, presença de morbidades como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, inconsciência, imobilização, perda de sensibilidade, função motora, incontinência urinária ou fecal, presença de espasmos musculares, déficits nutricionais, anemias, índice de massa corporal muito alto ou muito baixo, e doenças circulatórias (WADA, NETO, FERREIRA, 2010).

Já os fatores extrínsecos são aqueles decorrentes do ambiente, externos ao paciente. Entre esses, destacam-se a pressão de contato sobre a proeminência óssea, as forças de cisalhamento e a fricção (WADA, NETO, FERREIRA, 2010).

Fatores de risco relacionados com o aparecimento de LP incluem atrito em superfície, conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção de lesão por pressão, conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis, déficit no autocuidado, desidratação, forças de cisalhamento, hidratação da pele, hipertermia, incontinência, nutrição inadequada, pele com descamação, pele ressecada, período prolongado de imobilidade em superfície rija, pressão sobre saliência óssea, redução na mobilidade, sobrepeso, tabagismo e uso de lençóis com propriedade de redução da umidade insuficiente (NANDA, 2018).

A pressão é considerada o fator preponderante da LP, sendo que o efeito patológico no tecido pode ser atribuído à sua intensidade e à sua duração, além da tolerância tecidual. Além disso, outros fatores, como o cisalhamento, e inúmeros fatores intrínsecos podem estar associados ao desenvolvimento de LP (GONÇALVES *et al.*, 2017; WUWHS, 2016).

O desenvolvimento das LPs relaciona-se com fatores extrínsecos, destacando a pressão como fator mais importante. Além deste fator, destaca-se o cisalhamento e microclima. Este último refere-se às condições termodinâmicas da pele ou tecidos e as condições de umidade na superfície pele na interface com a superfície de suporte, assim, essas alterações podem alterar a tolerância dos tecidos, favorecendo o aparecimento de LP (SOARES *et al.*, 2018).

Alguns fatores intrínsecos podem ser observados, como o estado clínico, pois o organismo saudável suporta maior pressão. Alguns fatores podem interferir na condição clínica, como dor, hipotensão, insuficiência cardíaca, sedativos, insuficiência vasomotora, vasoconstrição periférica, incontinência urinária ou fecal. A idade também influencia na resistência à pressão, pois, quanto mais avançada a idade, mais a pele está fina e menos

elástica. A mobilidade é outro aspecto relevante, pois sem movimentação não há como aliviar a pressão. Em relação à deficiência nutricional, há prejuízo da elasticidade da pele, além da predisposição à anemia e à diminuição de oxigênio. O peso corporal é outro fator, pois há, ou não, exposição das proeminências ósseas mais vulneráveis (GOTHARDO *et al.*, 2017).

Em um estudo de validação de conteúdo, alguns fatores de risco foram considerados “muito importantes” por enfermeiros especialistas no cuidado à pele: imobilidade, visto que, quanto menor a movimentação, maior o tempo de pressão na pele e, conseqüentemente, maior isquemia tecidual; pressão, cisalhamento e fricção em conjunto com fatores intrínsecos, como imobilidade, déficit nutricional, baixa perfusão e oxigenação tecidual, reduzem o fornecimento sanguíneo aos tecidos; umidade principalmente relacionada a urina e fezes predispõe a maceração e ulceração; desnutrição devido à diminuição do tecido adiposo, que pode levar à ruptura da pele e à dificuldade de cicatrização; percepção sensorial em decorrência de doenças neurológicas ou devido a medicação analgésica e sedativa. Considerou-se que as forças externas (pressão, cisalhamento e fricção) tem influência nos fatores relacionados anteriormente (SANTOS, ALMEIDA, LUCENA, 2016).

Outros fatores foram tidos como “importantes” pelos especialistas, sendo eles: circulação prejudicada, em que a redução da pressão do capilar diminui a irrigação sanguínea periférica que pode estar relacionada a doenças cardiovasculares periféricas, doenças hepáticas, anemias, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, insuficiência renal e respiratória, uso de medicamentos; diminuição da perfusão e oxigenação tecidual, em que há redução da taxa de metabolismo do tecido e conseqüente hipoxemia e disfunção orgânica; edema, devido ao aumento da permeabilidade vascular e diminuição da drenagem linfática, há comprometimento da circulação tecidual e aumento da pressão sobre os vasos sanguíneos, diminuindo-se o fluxo e oxigenação, o que causa predisposição para lesão tecidual; obesidade, que provoca uma diminuição da vascularização da pele devido ao tecido adiposo formado; anemia, que acarreta uma diminuição de oxigênio para as células responsáveis pela cicatrização dos tecidos (fibroblastos) e conseqüente redução de formação de colágeno e susceptibilidade do tecido para isquemia e necrose; prematuridade, pois a pele ainda é frágil e os sistemas estão em formação; baixo nível de albumina sérica, que ocasiona alteração na pressão oncótica e formação de edema, dificultando a difusão de oxigênio e nutrientes aos tecidos; envelhecimento, pois há várias alterações predisponentes, entre elas, diminuição das glândulas sudoríparas e sebáceas, vascularização, alterações hemodinâmicas e atrofia muscular; e o tabagismo, devido à nicotina, que provoca vasoconstrição (SANTOS, ALMEIDA, LUCENA, 2016).

Considera-se que os pacientes críticos são altamente vulneráveis ao desenvolvimento desse tipo de lesões de pele, LP, e que há fatores de risco específicos, conforme a doença de base e condições associadas, pois sua etiologia é multifatorial. Dentre esses, tem-se a pressão extrínseca associada à idade avançada, o déficit nutricional, a umidade, a imobilidade no leito, a perfusão tecidual diminuída, o uso de drogas vasoativas, a sedação e as comorbidades como diabetes mellitus e doença vascular (CAMPANILI *et al.*, 2015).

Em condições normais, a pressão capilar na terminação arterial da pele gira em torno de 32 mmHg, enquanto na venosa é de aproximadamente 12 mmHg. Existem situações que podem comprometer a perfusão da pele durante a internação na UTI, como redução da pressão sanguínea decorrente de alterações cardiovasculares, síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), choque séptico, choque hemorrágico por uso de fármacos, manutenção da pressão externa maior que 32 mmHg por um tempo prolongado em mesas rígidas ou em camas hospitalares, sem adequada superfície de suporte; estabilidade hemodinâmica com elevação da pressão externa sob o corpo ou estabilidade hemodinâmica com pressão externa contínua (CAMPANILI *et al.*, 2015).

O dimensionamento da equipe de enfermagem conforme a demanda de cuidados é importante nesse processo, pois o excesso da carga de trabalho pode piorar o de risco para LP quando associada a gravidade do paciente, podendo haver valorização de procedimentos e cuidados prioritários para estabilização das alterações fisiológicas em detrimento da realização de cuidados preventivos para LP (CREMASCO *et al.*, 2009).

As lesões de pele, com destaque para a LP, devido à sua clínica ocorrente e etiologia multifatorial, tornam-se um desafio para profissionais da saúde que cuidam de pacientes críticos, levando a internação prolongada e aumento nos custos do tratamento, o que influencia tanto a qualidade de vida do paciente e quanto a qualidade do cuidado oferecido (CAMPANILI *et al.*, 2015).

2.1.7 Escalas preditivas da lesão por pressão

Diante desse contexto de internação de paciente em UTI e dos processos de enfermagem, considera-se como padrão inicial de prevenção de lesão de pele a identificação de pacientes suscetíveis ao desenvolvimento de LP, que pode ser realizada por meio de escalas que auxiliam o profissional a reconhecer os fatores que levam ao aparecimento dessas lesões (PEGENAUTE *et al.*, 2005).

As escalas de avaliação de risco para LP tem o intuito de auxiliar na avaliação de risco na prática clínica, entretanto, elas não são testes de diagnóstico que predizem quem vai desenvolver ou não alguma lesão. Os itens que representam fatores importantes para o aparecimento, como o grau de mobilidade, geram pontuações que são somadas e a soma resultante é utilizada como indicador para o risco de LP, conforme a classificação de cada escala (KOTTNER, DASSEN, 2010).

As escalas são ferramentas que sistematizam a avaliação e identificam o risco de desenvolvimento, permitindo a aplicação de medidas preventivas e a otimização de recursos materiais e humanos (LOSPITAO-GÓMEZ *et al.*, 2017).

Alguns pacientes apresentam maior risco de desenvolver lesões por pressão, por isso, é preciso identificá-los para se realizar medidas de prevenção. Diante do exposto, constata-se que a lesão por pressão tem sido considerada um indicador de qualidade da assistência prestada ao paciente por parte dos serviços de saúde (MATOS, DUARTE, MINETTO, 2010; OLKOSKI, ASSIS, 2016).

Algumas escalas são mundialmente utilizadas, como Norton, Norton MI, Waterlow, Cubbin & Jackson, Braden e EMINA, e, para a avaliação de risco, recomenda-se a utilização de escalas com validade e confiabilidade comprovada (LOSPITAO-GÓMEZ *et al.*, 2017). Com o intuito de auxiliar os profissionais a identificar e avaliar os riscos que um paciente tem de desenvolver LP durante seu período de internação, diversos autores em nível mundial desenvolveram inúmeras escalas. Destacam-se a de Norton, Gosnell, Waterlow e Braden, sendo esta a mais amplamente utilizada uma vez que foi submetida a diversos estudos e testes de confiabilidade (LOSPITAO-GÓMEZ *et al.*, 2017; MATOS, DUARTE, MINETTO, 2010).

Na prática, o enfermeiro deverá realizar uma avaliação criteriosa e periódica do paciente crítico em risco de desenvolvimento de LP, sendo importante o acesso a instrumentos preditivos. Dessa forma, vários autores criaram instrumentos de avaliação da ocorrência de LP, destacando-se os mais usuais no Brasil, como a escala de Braden, Norton e Waterlow (ARAÚJO, ARAÚJO, CAETANO, 2011; BORGHARDT *et al.*, 2015).

Desde o início dos anos 60, em todo o mundo, foram desenvolvidas mais de 20 escalas, sendo apenas algumas validadas e utilizadas. Assim, no intuito de assegurar a qualidade da assistência, protocolos e instrumentos tem sido construídos. Segundo a literatura existente, entre as escalas de avaliação que predizem a ocorrência de LP, as mais conhecidas e utilizadas são as três anteriormente citadas - Norton, Waterlow e Braden (PEGENAUTE *et al.*, 2005; ARAÚJO *et al.*, 2011). Embora não sejam de origem brasileira, essas escalas têm

sido validadas na língua portuguesa para sua aplicação no contexto brasileiro (ROCHA *et al.*, 2016).

O maior entendimento sobre os instrumentos utilizados para se avaliar o risco de desenvolvimento de LP e sua aplicabilidade poderá contribuir para prevenir essas lesões em pacientes críticos, tornando a equipe de enfermagem capacitada para realizar avaliação adequada das condições da pele e, a partir dela, implementar cuidados. Uma estratificação regular e precoce baseada no risco de se desenvolver LP é fundamental para a adoção de medidas terapêuticas adequadas para a redução dos fatores predisponentes e otimização do estado geral do paciente (SANTOS, NEVES, SANTOS, 2013).

As escalas de avaliação de risco para LP foram elaboradas seguindo-se o pioneiro estudo que apresentou a escala de Norton, em 1962. A escala de Braden foi desenvolvida por Barbara Braden, em 1984, nos Estados Unidos, como ferramenta de triagem para um estudo de pesquisa, e a escala de Waterlow foi criada na Inglaterra em 1985 pela enfermeira Judy Waterlow, baseada na de Norton, sendo que cada uma dessas escalas tem seu lugar e sua pertinência no processo de prevenção de LP. Salienta-se a relevância de estudos direcionados para a avaliação de pacientes e instrumentos que colaborem com a atuação da enfermagem na prevenção da LP, além disso, as escalas são úteis, complementam-se e trazem benefícios na avaliação sistemática do paciente (BORGHARDT *et al.*, 2015).

A escala de Braden foi introduzida nos EUA, foi testada pela Dra. Nancy Bergstrom e por seus colegas, sendo que os resultados dessa pesquisa foram publicados em 1987. Ela é um instrumento composto de seis subescalas: percepção sensorial, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento os quais medem determinantes clínicos de exposição à tolerância da pele para a pressão. O score total varia de 6 a 23, sendo que quanto menores os escores, maior o risco para formação de LP, ao passo que escores altos significam menos risco para tal formação (BERGSTROM *et al.*, 1987; BORGHARDT *et al.*, 2015; BRADEN, 2012; JÚNIOR *et al.*, 2017; KOTTNER, DASSEN, 2010).

Assim, sendo a pontuação máxima desta escala 23 e a mínima 6; as faixas de classificação de risco são: 15 a 18, risco leve; 13 a 14, risco moderado; 10 a 12, alto risco; e abaixo de 9, elevado risco (GOMES *et. al.*, 2011).

Evidencia-se a vulnerabilidade do paciente admitido em uma UTI quando se faz a correlação entre gravidade do seu caso durante o período de internação e a Escala de Braden, sendo que, quanto maior a correlação, eleva-se o risco de desenvolvimento de LP (MATOS, DUARTE, MINETTO, 2010).

Além da avaliação do risco através de instrumentos como a Escala de Braden, fatores relativos ao próprio paciente ou ao contexto no qual está inserido, como a gravidade do seu caso e a carga de trabalho de enfermagem, tornam-se importante para a detecção precoce e a realização de intervenções necessárias (CREMASCO *et al.*, 2009).

Em um estudo realizado na China, evidenciou-se uma melhora na taxa de notificação de LP e a diminuição da taxa de sua ocorrência após uma campanha com a equipe de enfermagem, pois havia pouco conhecimento sobre a escala de Braden, e com isso também a adesão quanto ao uso da referida escala. Assim, após o programa educacional, houve melhora da capacidade da equipe de enfermagem avaliar os riscos referentes a lesão por pressão, com a diminuição de sua ocorrência (FENG *et al.*, 2016).

Já a escala de Norton, os autores, McLaren e Exton-Smith, estudando problemas de enfermagem em pacientes geriátricos, identificaram vários fatores de risco, que são os cinco parâmetros avaliados: condição física; nível de consciência; atividade; mobilidade; incontinência. Sendo cada um dos fatores de risco dividido em vários níveis, pontuados com valores de 1 a 4, sendo que a soma dos cinco níveis produzem escores de 5 a 20 pontos, na qual quanto menor o escore maior será o risco. Assim, resultado menor ou igual a 14 pontos indica risco e escore menor que 12, alto risco. Assim, considera-se que escores entre 5-10 como elevado risco de desenvolver LP, 11-15 moderado risco e 16-20 baixo risco (SILVA, 1998; LOPES, SANTOS, 2002; SOUSA *et. al.*, 2007).

A partir da escala de Norton, várias outras escalas foram desenvolvidas (Gosnell, EMINA, Norton MI), como mencionado anteriormente, embora outros autores tenham usado critérios diferentes para desenvolver suas próprias escalas, como Waterlow e Cubbin-Jackson. A escala Norton-MI é mais conhecida na Espanha, adaptada da escala Norton pelo Instituto Nacional de Saúde (INSALUD) em 1996, e juntamente com a escala EVARUCI, escala mais específica para a terapia intensiva, foram avaliadas em um estudo desenvolvido na UTI de um hospital universitário em Madri. Ambas as escalas são válidas para predizer o risco de desenvolvimento de LP em pacientes críticos, mesmo que a escala Norton MI não considere fatores de risco específicos na UTI, como faz a escala EVARUCI. Torna-se importante comparar os resultados das escalas no estudo com outras já validadas e em uso nos diversos cenários (LOSPITAO-GÓMEZ *et al.*, 2017).

A escala de Waterlow baseou-se na de Norton, foi introduzida no Reino Unido em 1985, mas com um maior número de itens, além de ser a única que apresenta avaliação da pele. Para sua aplicação, são observados os seguintes critérios: relação peso/altura (Índice de Massa Corporal - IMC), avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência,

mobilidade, apetite e medicações. Além de outros fatores de risco especiais: subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia (acima de duas horas) e trauma abaixo da medula lombar. Seu escore é de maior risco quanto mais alto for a pontuação: em risco (escore de 10 a 14), alto risco (escore de 15 a 19) e risco muito alto (escore maior ou igual a 20) (KOTTNER, DASSEN, 2010; ROCHA, BARROS, 2007).

As escalas de Braden e Waterlow são mundialmente usadas em UTI e a validade dessas escalas, em termos de sensibilidade, especificidade e de sua validade preditiva, tem sido mostrada em vários estudos. Um estudo realizado na UTI de um hospital universitário na Alemanha comparou a confiabilidade entre a avaliação dos enfermeiros utilizando a escala de Braden e Waterlow e a avaliação subjetiva do risco de lesão por pressão através de uma escala analógica visual de 10 cm, por considerarem que há evidências limitadas em relação à confiabilidade entre os avaliadores (KOTTNER, DASSEN, 2010).

Os coeficientes de confiabilidade entre avaliadores indicam um alto grau de erro de medição referentes às pontuações observadas. Comparada à avaliação escala analógica visual e à escala de Waterlow, a escala de Braden teve melhor desempenho. O grau e a direção dos coeficientes de correlação obtidos indicam que houve relações entre os escores de Braden, Waterlow e VAS, indicando que algo semelhante foi medido. A associação negativa pode ser explicada pelas direções opostas das pontuações. Entretanto, a precisão relativa dos três instrumentos foi baixa para recomendá-los na assistência dessa avaliação, sendo que eles mediram parcialmente os mesmos fatores, mostrando a heterogeneidade nas estimativas dos riscos. Mesmo diante dos resultados, indica-se o uso de escalas de avaliação de risco para se aumentar a conscientização dos fatores de risco na prática clínica, além de se ter um padrão para a avaliação e documentação do risco (KOTTNER, DASSEN, 2010).

O Quadro 1 resume as escalas, com suas características avaliadas e sua respectiva classificação conforme escore.

Quadro 1 – Escalas de avaliação de risco de LP e suas características

Escala	Característica avaliada	Classificação	Escore
Braden	Percepção sensorial	Risco muito alto	6 a 9
	Atividade	Risco alto	10 a 12
	Mobilidade	Risco moderado	13 a 14
	Nutrição e fricção	Baixo risco	15 a 18
	Cisalhamento	Sem risco	19 a 23
Waterlow	Relação peso/altura (IMC)	Em risco	10 a 14
	Avaliação visual da pele	Alto risco	15 a 19
	Sexo/idade	Altíssimo risco	≥ 20
	Continência,		
	Mobilidade		
	Apetite		
	Medicações		
	Subnutrição do tecido celular		
	Déficit neurológico		
	Tempo de cirurgia		
Trauma abaixo da medula lombar			
Norton	Condição física	Elevado	5-10
	Nível de consciência	Moderado	11-15
	Atividade	Baixo	16-20
	Mobilidade		
	Incontinência.		

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Zimmermann *et al.* (2018), evidenciaram a dificuldade de escolha de uma escala de risco ideal, devido ao aspecto multifatorial do desenvolvimento da lesão. Eles demonstraram que escalas genéricas, como a escala de Braden, têm baixa especificidade, pois não contemplam alguns aspectos da condição clínica. Assim, alguns itens não são contemplados nessa escala, como idade, condições da pele e peso corporal (SILVA, 1998).

A escala de Norton não contempla a fricção e o cisalhamento, a idade do paciente, condições de pele e fator nutricional, conforme citados nas literaturas como fatores de risco (SILVA, 1998; LOPES, SANTOS, 2002; SOUSA *et. al.*, 2007).

Já a escala de Waterlow avalia o Índice de Massa Corporal - IMC), avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, apetite e medicações. Além de outros fatores de risco especiais: subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia e trauma abaixo da medula lombar (KOTTNER, DASSEN, 2010; ROCHA, BARROS, 2007).

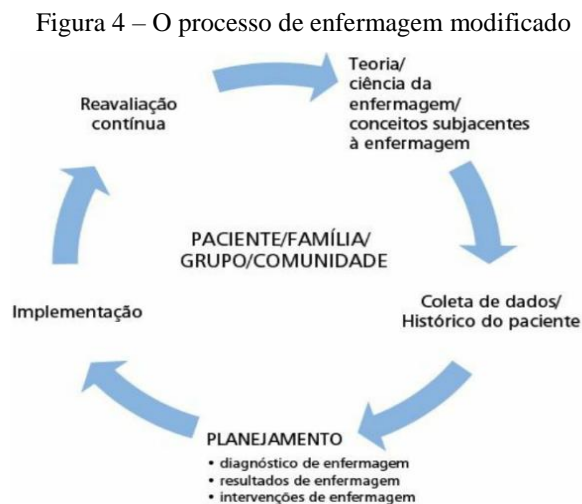
2.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) pode ser entendida como um conjunto de ações, baseadas em julgamento científico, que intentam alcançar uma finalidade.

Existem vários modos de se sistematizar, por exemplo, os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o processo de enfermagem (CARVALHO, BACHION, 2009).

Dentro desse contexto, o processo de enfermagem, que costuma ser descrito como gradual, envolve a avaliação do paciente por meio da coleta de dados, do diagnóstico de enfermagem, do planejamento, do estabelecimento de resultados, da intervenção e da reavaliação contínua (NANDA-I, 2018).

A assistência aos cuidados de saúde é realizada por muitos tipos de profissionais da saúde, incluindo enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, entre outros. Cada profissão pode ter uma linguagem comum empregada para descrever e classificar seus conhecimentos. Nesse sentido, destaca-se o processo de enfermagem, fundamentado nas teorias da área, no qual os enfermeiros atuam com julgamento clínico sobre as respostas humanas a problemas de saúde e/ou processos da vida e usam a Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Esse juízo científico envolve avaliação crítica e a tomada de decisão de forma sistemática e organizada, sendo o pilar da escolha das intervenções de enfermagem (NANDA-I, 2018; ARAÚJO *et al.*, 2011). Na Figura 4, é possível observar o modelo do processo de enfermagem:



Fonte: NANDA-I (2018, p.58)

A criação da organização profissional conhecida como NANDA (do inglês, *North American Nursing Diagnosis Association*) teve influência da década de 1970, em que enfermeiros nos Estados Unidos começaram a diagnosticar e assistir fatores relacionados aos pacientes e familiares diferentes do que diagnosticavam os médicos. A NANDA mudou seu projeto e tornou-se uma organização internacional, em 2002, modificando seu nome para

NANDA *International Inc.*, sendo então designada NANDA-I. Trata-se de uma entidade organizada para o desenvolvimento da terminologia de diagnósticos de enfermagem, e tem redes internacionais em países como Brasil, Colômbia, Equador, Itália, México, Nigéria-Gana, Peru, Portugal, entre outros. Esta taxonomia, NANDA-I, oferece uma maneira de classificar e categorizar áreas de preocupação de um enfermeiro, ela possui 244 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes (NANDA-I, 2018).

Um diagnóstico de enfermagem pode ser focado em um problema (um julgamento clínico em relação a uma resposta indesejável), em um risco potencial (um julgamento clínico relativo a suscetibilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade), ou em um estado de promoção da saúde (um julgamento clínico em relação a motivação e o desejo de aumentar o bem-estar). A base de um diagnóstico de enfermagem é o raciocínio clínico, o qual está relacionado ao julgamento clínico para analisar a resposta humana frente a condições de saúde/processos de vida, ou vulnerabilidade (NANDA-I, 2018).

Os domínios da taxonomia II, da atual literatura da NANDA-I, são: Promoção da saúde, Nutrição, Eliminação e Troca, Atividade/Repouso, Percepção/Cognição, Autopercepção, Papéis e Relacionamentos, Sexualidade, Enfrentamento/Tolerância ao estresse, Princípios da vida, Segurança/Proteção, Conforto e Crescimento/Desenvolvimento (NANDA-I, 2018).

As avaliações de enfermagem são o início para a determinação dos diagnósticos de enfermagem, que deve ter uma estrutura de avaliação útil e baseada em evidências para a prática, assim, os enfermeiros tratam respostas humanas a problemas de saúde e/ou processos de vida e usam a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (NANDA-I, 2018).

Cada diagnóstico de enfermagem tem um título e uma definição clara, geralmente tem duas partes: o descritor, ou modificador, e o foco, ou conceito-chave. Por exemplo: Padrão respiratório (foco) ineficaz (modificador). Apenas o título ou uma lista de títulos é insuficiente, deve-se conhecer os “indicadores diagnósticos”, ou seja, dados usados para diagnosticar e distinguir um diagnóstico do outro (NANDA-I, 2018).

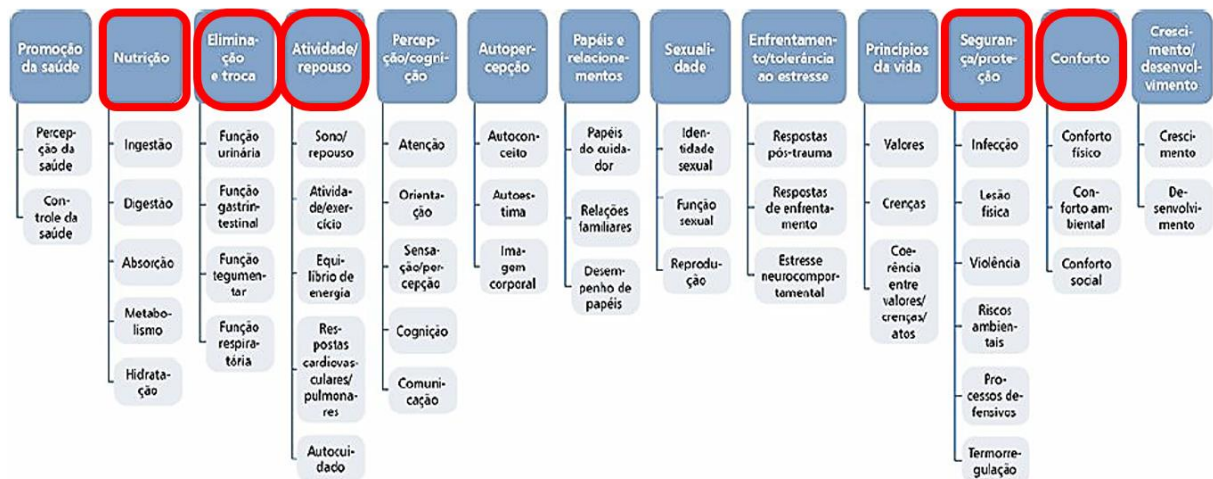
Esses indicadores incluem características definidoras, que são indicadores objetivos ou subjetivos (sinal ou sintoma), que se agrupam como manifestações de um diagnóstico. Fatores relacionados são causas ou fatores contribuintes, geralmente identificados na história do paciente, por exemplo, etiologias, circunstâncias, fatos ou influências. Já os fatores de risco são determinantes que aumentam a vulnerabilidade (NANDA-I, 2018).

Assim, a estrutura de um diagnóstico de enfermagem inclui o título do diagnóstico e os fatores relacionados evidenciados por características definidoras. Além dessas designações,

na publicação mais recente da NANDA-I, de 2018, houve a introdução de dois novos termos: “populações em risco”, que são os grupos suscetíveis a determinada resposta humana (característica demográfica, história de saúde/família, estágio de crescimento/desenvolvimento ou exposição a eventos/experiência), e “condições associadas”, que são diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos (NANDA-I, 2018).

Os domínios e as classes da Taxonomia II da NANDA-I estão representados conforme a Figura 5. Nesta figura, estão destacados em vermelho os domínios de Nutrição, Eliminação/Troca, Atividade/Repouso, Segurança/Proteção e Conforto da NANDA-I, tendo em vista o foco da pesquisa.

Figura 25– Domínios e as classes da Taxonomia II da NANDA-I.



Fonte: NANDA-I (2018, p.76)

A avaliação de um paciente costuma gerar diversos diagnósticos, assim, deve-se priorizar a observação do que for mais relevante para que se possa saber quais serão as prioridades dos cuidados. As próximas etapas no processo de enfermagem incluem a identificação dos resultados e as intervenções de enfermagem. O uso da terminologia da NANDA-I permite aos enfermeiros uma comunicação padronizada entre si e com outros profissionais da saúde (NANDA-I, 2018).

Cabe destacar que os domínios de Nutrição, Eliminação/Troca, Atividade/Repouso, Segurança/Proteção e Conforto da NANDA-I se destacam por conter diagnósticos intimamente relacionados aos aspectos que permeiam a integridade da pele e medidas de prevenção de lesões.

Diante desse contexto, insere-se a problemática da incidência de lesões por pressão em pacientes de UTI, que deve ser pautada na Sistematização da Assistência de Enfermagem na Prática Baseada em Evidências através do desenvolvimento de novas pesquisas, envolvendo prevenção e tratamento associados aos riscos inerentes ao paciente crítico. A prática guiada pelo conhecimento científico possibilita a adoção de condutas preventivas e implementação de protocolos que ajudam na uniformização da assistência de enfermagem (MATOS, DUARTE, MINETTO, 2010).

Realizar o agrupamento das informações a partir da respostas humanas requer conhecimento de uma variedade de teorias e modelos de enfermagem. Logo, com um cuidado voltado para as reais necessidades do paciente, pode-se alcançar o seu estado de bem-estar (GUIMARÃES, SILVA, 2016; NANDA-I, 2018).

2.3 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF IBRAHIM MELEIS

O uso de teorias pode ser considerado um fator determinante na autonomia da enfermagem enquanto ciência e na fundamentação de suas ações, modificando as tendências existentes na sua história, e buscando outras ciências para embasar a sua prática (LIMA *et al.*, 2017).

As teorias são categorizadas conforme seu nível de argumentação, o mais global é o filosófico ou metateórico, que trata da geração do conhecimento e do debate acerca da natureza da teoria. Na sequência, a grande teoria, que é um conjunto de conceitos generalistas. Já as teorias de médio alcance contém um número limitado de conceitos, há proposições claras e podem ser derivadas de hipóteses testáveis. E, por fim, a teoria prática, em que há uma meta definida, irá explicar as modalidades práticas (MCEWEN, WILLS, 2016).

Na classificação da teoria de médio alcance, há a Teoria das Transições, que apresenta o enfermeiro como indivíduo capaz de preparar pessoas e famílias para transições com mudanças de processos, papéis ou estados, gerando modificações de comportamento e uma nova definição de si no contexto social (MELEIS, 2018).

As teorias de médio alcance são caracterizadas por uma área mais limitada e com menos abstração do que as grandes teorias, abordam fenômenos ou conceitos específicos refletindo a prática. Assim, as teorias de médio alcance possuem estruturas para compreender situações complexas, como clientes vulneráveis, os processos e as respostas às transições (MELEIS, 2010).

Faz-se necessário, então, conhecer a trajetória profissional da idealizadora da teoria de médio alcance do estudo denominada Teoria das Transições, e o contexto de inserção que influenciam suas ideias e embasamentos teóricos e filosóficos até a construção da teoria.

Afaf Ibrahim Meleis nasceu na Alexandria, no Egito, em 22 de março de 1942, licenciou-se na Universidade de Alexandria, fez pós-graduação no Estados Unidos (EUA), na Universidade de Califórnia, em Los Angeles, um Mestrado em Enfermagem em 1964, e outro em Sociologia em 1966, e Doutorado em Psicologia Médica e Social em 1968. O desenvolvimento da Teoria das Transições iniciou na década de 1960 quando a pesquisadora ainda cursava o doutorado em Los Angeles. (MELEIS, 2018).

A Teoria das Transições é uma teoria interacionista, que expressa o sentido de início, meio e fim, já que foca o cuidado humano na interação entre enfermeiro e indivíduo. Teve sua origem com os questionamentos acerca da natureza das transições nas experiências humanas vivenciadas e, em 1985, junto com a enfermeira Norma Chick, da Universidade de Nova Zelândia, Meleis descreveu a transição como um conceito para a enfermagem. Nesse contexto, foram realizadas pesquisas sobre as experiências de transição em diferentes situações: o tornar-se mãe, a experiência da menopausa, o diagnóstico de doença congênita no filho, a migração transnacional e o tornar-se cuidador da família (MELEIS, 2010; MELEIS 2012).

Considera-se *transição* como um conceito central da enfermagem, um conceito múltiplo, que abrange os elementos de processo, tempo e percepção. Tal conceito foi descrito por Meleis juntamente com a enfermeira Norma Chick, em 1985. Ele se relaciona com as ideias de tempo e movimento, passagem de um estado, fase, condição, de lugar para outro, ou *status* de vida para outro. A distância entre o começo e o fim pode ser curta ou longa, e, nesse processo de transição, o fim de uma situação pode ou não ter as mesmas características de seu início (MELEIS, 2010; ALLIGOOD, 2013).

Uma transição refere-se a uma mudança no estado de saúde, nas relações, expectativas ou nas habilidades, envolve tanto os padrões de respostas desenvolvido ao longo do tempo, quanto o resultado das interações com o meio, e sua conclusão advém do sentido da pessoa ter atingido um período de menor interrupção ou maior estabilidade relativo ao que já passou, e a mudança na definição do *self* (MELEIS, 2010).

As transições estão ligadas aos acontecimentos do ciclo vital, relacionam-se com a assistência de enfermagem, quanto a prevenção e intervenção nas situações, pois os seres humanos são ativos, têm percepções e atribuem significados às situações de saúde e doença. Outras disciplinas, além da enfermagem, também podem se concentrar na transição,

entretanto a contribuição da enfermagem objetiva a sensação de bem-estar. Dessa forma, a transição na enfermagem é um foco a ser considerado, pois o enfermeiro auxilia indivíduos a vivenciarem as diversas situações e a se adequarem a seus efeitos (MELEIS, 2010; LIMA *et al.*, 2016; MCEWEN, WILLS, 2016).

Os seres humanos sempre enfrentam muitas mudanças ao longo da vida, que desencadeiam processos internos, e os enfermeiros são os profissionais que assistem essas pessoas que passam por uma transição e se relacionam com o processo saúde-doença. Além disso, esses profissionais lidam com os ambientes que apoiam ou dificultam as transições pessoais, comunitárias, familiares ou populacionais (MELEIS, 2010).

Os enfermeiros são os principais cuidadores dos pacientes e dos familiares que estão vivenciando as experiências de saúde e doença. São eles que ajudam e facilitam nas alterações que as transições trazem para o cotidiano dos seres, são os intermediadores do processo de aprendizagem das novas habilidades relacionadas às experiências da saúde. Logo, as transições têm influência na prática profissional ao orientar o enfermeiro a descrever as necessidades dos indivíduos nesse processo, por meio de uma visão ampla, com prevenção, promoção e intervenção terapêutica de cuidados (LIMA *et al.*, 2016; MELEIS, 2010).

Desse modo, a Teoria das Transições descreve e prioriza as interações entre enfermeiros e pacientes, uma vez que esses profissionais se preocupam com as experiências das pessoas submetidas a transições, sendo que a saúde e o bem-estar são os resultados almejados. Logo, a meta terapêutica da enfermagem é conceituar e abordar os problemas potenciais encontrados pelas pessoas durante as experiências transitórias e desenvolver intervenções preventivas e terapêuticas que deem apoio ao paciente nessas ocasiões (MCEWEN, WILLS, 2016).

A noção de transição pode ser aplicada retrospectivamente para ajudar o enfermeiro a entender como uma pessoa se sente em relação ao resultado de sua experiência, e como ela respondeu a esse processo, fazendo parte do entendimento da saúde holística. É inevitável que, em um determinado momento, a atenção seja focalizada em alguns aspectos da pessoa em detrimento de outros. Na prática, não há maneira de podermos atender a pessoa como um todo simultaneamente, mas podemos reconhecer a coexistência de muitas dimensões pessoais (MELEIS, 2010).

Assim, essa transição de percepções exige que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere seu comportamento e, assim, mude sua definição de si mesmo em seu contexto social. Uma série de transições de papéis está relacionada ao ciclo de saúde e doença e deve ser levada em conta pelo enfermeiro devido à sua posição estratégica (MELEIS, 2010).

O papel, como conceito, é útil na compreensão do comportamento pessoal, pois a resposta humana não é uma simples questão de reação estímulo-resposta, mas o resultado de uma interação entre indivíduo, estrutura social e cultura. Neste estudo, o conceito de papel seria o comportamento, o sentimento, as respostas resultantes da interação do ego com a sociedade (MELEIS, 2010).

As mudanças na saúde e na doença dos pacientes criam um processo de transição, e as pessoas nessa vivência tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afetar sua saúde. Nesse contexto, a vulnerabilidade está relacionada a experiências de transição, interações e condições ambientais que expõem os indivíduos a prováveis danos, recuperações problemáticas, ou enfrentamentos difíceis. Exemplos de transições que podem tornar os pacientes vulneráveis são experiências de doenças, como diagnóstico, procedimentos cirúrgicos, reabilitação e recuperação; transições de desenvolvimento e expectativa de vida, como gravidez, parto, paternidade, menopausa, envelhecimento e morte, e transições sociais e culturais como migração, aposentadoria e cuidado familiar. Com isso, a redução dos riscos de vulnerabilidade que afetam a saúde do cliente pode ser melhorada por meio do entendimento do processo de transição (MELEIS, 2010).

Os componentes do modelo teórico para a análise das transições e estabelecimento da terapêutica de enfermagem incluem tipos e padrões das transições, propriedades de experiências, condições facilitadores e inibidores, padrões de resposta (indicadores de processo e de resultados) e terapêutica de enfermagem (MELEIS, 2010).

Os tipos de transições que os enfermeiros encontram no trabalho com pacientes e familiares foram identificados como transições de desenvolvimento - como o início da adolescência, o tornar-se consciente da identidade sexual, as mudanças no ciclo vital -, transições de saúde e doença - processos de recuperação, alta hospitalar e diagnóstico de doença crônica, mudança do estado de bem-estar para o estado de doença -, transições situacionais - transições educacionais, viuvez, realocação para lar de idosos, cuidado familiar e imigração, relacionam-se a mudança de papéis - e organizacionais - mudanças de liderança, implementação de novas políticas ou a implementação de um novo currículo. Quanto aos padrões de transição, deve-se considerar se o paciente está passando por uma única transição ou por múltiplas, nesse caso, considera-se se elas são sequenciais ou simultâneas. As transições são complexas e multidimensionais, e várias propriedades das experiências de transição podem ser identificadas, sendo inter-relacionadas: conscientização, engajamento, mudança e diferença, intervalo de tempo, pontos críticos e eventos. Pode-se observar o quadro resumo da Teoria da Transição na Figura 3 (MELEIS, 2010).

A consciência, enquanto propriedade, relaciona-se com a percepção e o reconhecimento de uma experiência de transição, e reflete naquilo que o indivíduo sabe sobre processos e respostas e sobre o retorno de suas percepções. Ressalta-se que a ausência dessa consciência poderia significar que um indivíduo não tenha iniciado sua experiência, mas isso não impede o seu início. A outra propriedade relaciona-se com o envolvimento no processo, assim, o nível de engajamento de uma pessoa que está ciente de mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais será diferente daquele de uma pessoa que não tem consciência de tais mudanças (MELEIS, 2010).

As transições são o resultado de mudanças, mas nem todas as mudanças estão relacionadas à transição. Torna-se necessário reconhecer e elencar os efeitos e significados das mudanças, considerando-se a natureza, a temporalidade, a importância percebida ou a severidade, as normas familiares e sociais, além das expectativas pessoais. A mudança pode envolver eventos críticos ou desequilibradores, rupturas em relacionamentos e rotinas, ideias, percepções e identidades. Além da mudança, tem-se o confronto com o diferente, em que as expectativas são variadas e individualizadas com reflexões satisfeitas, e nem sempre “para pior”, podendo haver a concepção de “sentir-se diferente”, ou “vendo o mundo e os outros de maneiras diferentes”. Desse modo, ao observar as experiências de transição, pode ser útil para os enfermeiros considerarem o nível de conforto e domínio de um paciente na resposta com a mudança e a diferença (MELEIS, 2010).

A outra propriedade é o período de tempo em que se observa o fluxo e o movimento das fases de mudança ao longo do tempo que o indivíduo passa. Tem-se também como propriedade ponto crítico e eventos, pois muitas vezes as transições estão associadas a um evento marcador identificável; como nascimento, morte, cessação de menstruação, ou diagnóstico de uma doença, e cada ponto crítico requer atenção, conhecimento e experiência do enfermeiro que acompanha cada caso (MELEIS, 2010).

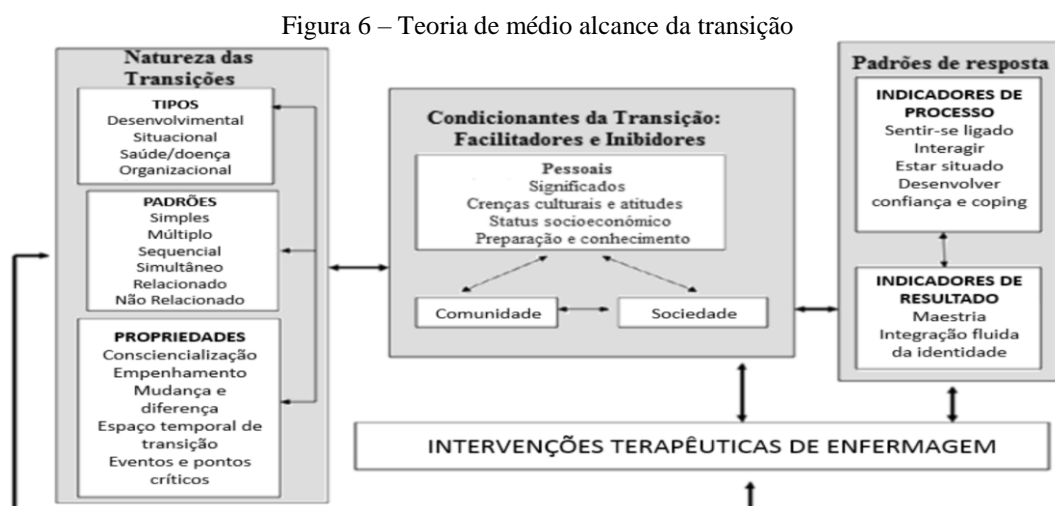
As condições sob as quais ocorrem as transições são influenciadas pelas percepções e pelos significados que os pacientes dão às situações de saúde e doença. No intuito de compreender as experiências, é necessário entender as condições pessoais, comunitárias e ambientais que facilitam ou dificultam o progresso em direção a uma transição saudável e aos seus resultados. Em alguns estudos a condição econômica aparece como inibidora nesse processo de transição quando se considera o baixo nível socioeconômico associado à maior probabilidade de sintomas psicológicos. A preparação e o conhecimento sobre o que esperar durante uma transição e sobre as estratégias que podem ser utilizadas tendem a facilitar a experiência (MELEIS, 2010).

Os padrões de resposta surgem dos comportamentos observáveis e não observáveis durante o processo de transição que, mesmo disfuncionais, não são ocorrências aleatórias. Os comportamentos incorporam padrões que refletem a estrutura, os processos intrapsíquicos, e o contexto sociocultural no qual estão envolvidos (MELEIS, 2010).

Os resultados almejados das intervenções dos enfermeiros nesses processos de transição que são experimentados por seus clientes são a saúde e o bem-estar. Assim, uma transição saudável é caracterizada por padrões de resposta através de indicadores de processo e de resultado. Considera-se o primeiro, os indicadores de processo, como aspectos de sentir-se conectado e interagindo (uso de redes sociais, parentes ou conhecidos para informação, contato com os profissionais), de situar-se (entendimento de movimento unidirecional de um lugar para outro), e de se desenvolver confiança e enfrentamento (atitudes que são progressivas, conhecimento acumulado das experiências vividas). Essas dimensões refletem a natureza do processo de transição, conforme demonstrado resumido na Figura 3 (MELEIS, 2010).

Já os indicadores de resultado referem-se ao domínio de novas habilidades (maestria) necessárias para gerenciar uma transição e o desenvolvimento de uma identidade dinâmica e integrativa, visto que uma finalização saudável de uma transição é determinada pela maneira como os indivíduos dominam as habilidades e comportamentos necessários para gerenciar suas novas experiências, e isso se desenvolve ao longo do tempo com a experiência. Cada transição tem seu significado, sua singularidade, complexidades e múltiplas dimensões (MELEIS, 2010).

A Figura 6 apresenta os principais aspectos que envolvem a teoria de Meleis; esse quadro foi definido para articular e refletir as relações entre os componentes de uma transição (MELEIS, 2010).



Fonte: MELEIS (2010, p.56)

A terapêutica de enfermagem objetiva aprimorar a compreensão dos processos e das experiências dos seres humanos em transição, deve preocupar-se com as experiências individuais dos clientes e de suas famílias sendo, assim, capaz de promover respostas saudáveis ao momento. Assim, as intervenções de enfermagem são consideradas ações intervencionais contínuas durante todo processo de transição (MELEIS, 2010).

A meta da terapêutica da enfermagem é conceituar e abordar os problemas potenciais encontrados pelas pessoas durante as experiências transitórias e desenvolver intervenções preventivas e terapêuticas que deem apoio ao paciente nessas ocasiões (MCEWEN, WILLS, 2016).

A prática de enfermagem baseada no modelo de transição seria contrária às intervenções terapêuticas destinadas somente à cura, pois um objetivo para a enfermagem é que o paciente se torne capaz de lidar com o problema de saúde atual, e também esteja preparado para manter e promover a saúde no futuro. A prestação de cuidados exige continuidade nas relações entre os prestadores de serviços de saúde e os pacientes (MELEIS, 2010).

Nesse sentido, torna-se necessário que os profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro, entendam os conceitos relativos à teoria das transições e utilizem em sua prática, visto que seus pacientes passam por algum processo de transição ao longo da vida (GUIMARÃES, SILVA, 2016).

Necessita-se de mais pesquisas para se reconhecer os níveis e a natureza da vulnerabilidade em diferentes pontos durante as transições, podendo ser orientadas por essa teoria de médio alcance (MELEIS, 2010).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, observacional, predominantemente do tipo descritiva com delineamento transversal. Para a avaliação do uso das escalas preditivas de risco de LP, adotou-se a abordagem longitudinal, do tipo coorte prospectiva.

Os estudos quantitativos podem ser divididos em duas categorias: estudos descritivos e analíticos. Os estudos descritivos baseiam-se na pesquisa empírica, cuja finalidade é delinear ou interpretar características de fatos ou fenômenos, e avaliar variáveis principais, utilizando-se de métodos formais e empregando técnicas como entrevistas, questionários, formulários e procedimentos de amostragem. Os estudos analíticos estão vinculados a questões científicas, ou seja, hipóteses, que relacionam eventos (ARAGÃO, 2011; PEREIRA, 2008; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Nos estudos quantitativos, existe diferença entre pesquisa experimental e não experimental. Na primeira, os pesquisadores realizam uma intervenção ou tratamento, geralmente chamados de ensaios clínicos. Já na pesquisa não experimental, há coleta de dados sem introduzir tratamentos; são chamados estudos observacionais. Estes incluem a pesquisa descritiva, com estudos que resumem o estado do fenômeno, consistindo em observar, descrever e documentar aspectos de uma situação, e os estudos correlacionais, que examinam as relações entre variáveis, mas não envolvem intervenção. Às vezes, o modelo do estudo é correlacional descritivo. Dessa forma, os pesquisadores buscam descrever relações entre variáveis, sem inferir conexões causais. Os estudos observacionais com modelo de coorte (às vezes chamados de modelo prospectivo) começam com uma causa presumida e, depois, seguem em direção a um efeito presumido (POLIT; BECK, 2019).

Os delineamentos de pesquisa referem-se a escolhas sobre quando e com que frequência os dados serão coletados, e se diferenciamos na maneira como se correlacionam com o tempo, sendo eles estudos transversais e longitudinais (POLIT; BECK, 2019).

Na modalidade transversal ou seccional, fazem caracterização pela observação direta dos indivíduos em determinada oportunidade. A causa e o efeito são detectados simultaneamente, permitindo, na análise, identificar os grupos de interesse e investigando, assim, a associação entre exposição e doença. Permite o estudo de muitas variáveis em um dado momento (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

A modalidade de coorte, o qual foi utilizada para avaliação das escalas, pode ser classificada em prospectiva e retrospectiva. Na primeira, o investigador acompanha a investigação presencialmente, e a amostra é formada no presente e pode seguir em direção ao futuro – primeiro a causa e depois o efeito. O pesquisador tem conhecimento, detecta ou observa a exposição nas pessoas que serão objeto de acompanhamento, antes de acontecer os desfechos clínicos, e a vigilância subsequente informa a incidência desses efeitos. O seguimento das pessoas pode ser feito ativamente, por meio da busca pelo próprio projeto, ou passivamente, por registros rotineiros já existentes (PEREIRA, 2008).

Já os estudos longitudinais envolvem a coleta de dados várias vezes durante um período estendido. Estudam mudanças ao longo do tempo, para estabelecer a sequência dos fenômenos. Na pesquisa em enfermagem, os estudos longitudinais são, com frequência, estudos de acompanhamento de uma população clínica (POLIT; BECK, 2019).

4.2. LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na UTI de uma instituição pública federal que realiza atendimento exclusivamente de forma gratuita, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O hospital do estudo é uma instituição geral que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência. A unidade selecionada para estudo oferta para a Central de Regulação e Internação Hospitalar (CRIH-DF) cinco leitos de UTI adulto e seis leitos de UTI coronariana, mas dispõe, no total, de 19 leitos de UTI, sendo dez leitos gerais e nove coronarianos. Recebe pacientes do pronto atendimento, do centro cirúrgico, das clínicas (médica e cirúrgica) e de outros hospitais, quando regulados pela secretaria de saúde. No momento em que esta pesquisa foi realizada, no setor, tinham sido implementados o processo de enfermagem e a aplicação da escala de Braden no processo de identificação de risco para lesão de pele (HUB, 2019; EBSERH, 2019).

Destacam-se neste hospital, por meio da implantação de protocolos, alguns indicadores elaborados para segurança do paciente, com o objetivo de reduzir a probabilidade de ocorrência de eventos adversos resultantes da exposição aos cuidados em saúde. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) realiza o monitoramento desses indicadores em todas as áreas de internação do hospital, desde áreas críticas, como UTI e pronto-socorro, até enfermarias, e também em áreas fechadas (centros cirúrgico e obstétrico), sendo eles: cirurgia segura, identificação do paciente, avaliação de risco de queda, avaliação do risco de LP e higienização das mãos (HUB, 2019).

4.3. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A proposta de estudo se delineou a partir das seguintes questões:

- a. Quais os Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes relacionados aos domínios vinculados à integridade da pele de pacientes internados em uma UTI, à luz da teoria da transição?
- b. Quais das escalas preditivas de risco para desenvolver LP podem ter melhor condição para indicar o paciente que oferece maior risco?

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com os objetivos estabelecidos, a população foi composta por pacientes internados na UTI, provenientes de outro serviço de saúde ou do próprio hospital, como centro cirúrgico, pronto-socorro, hemodinâmica e clínica médica.

Foram critérios de inclusão: idade superior ou igual a 18 anos, estar internado na UTI por no mínimo 24 horas, não apresentar LP na admissão e demonstrar plenas condições mentais – portanto conscientes e orientados –, para responder o questionário na primeira avaliação. Os participantes aceitaram a participação como sujeito da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), após esclarecimento dos objetivos e métodos da pesquisa (Apêndice A).

Foram excluídos da amostra pacientes com diagnóstico médico de morte encefálica, que estivessem definidos como cuidados paliativos, possuísse alguma incapacidade para tomada de decisão na primeira avaliação e contassem com menos de três avaliações consecutivas pela pesquisadora, no que se referiu à utilização das escalas de risco de LP.

Foi realizado um estudo preliminar, a partir dos dados obtidos nos registros do plano diretor estratégico da instituição em estudo, da média de internação, por mês, no período de janeiro a dezembro de 2016, que foi de 21 pacientes por mês (HUB, 2017). Com base nesse estudo prévio, considerou-se a seleção por amostragem probabilística, mensurada pelo cálculo descrito por Barbetta (2008), tendo sido utilizadas as seguintes fórmulas:

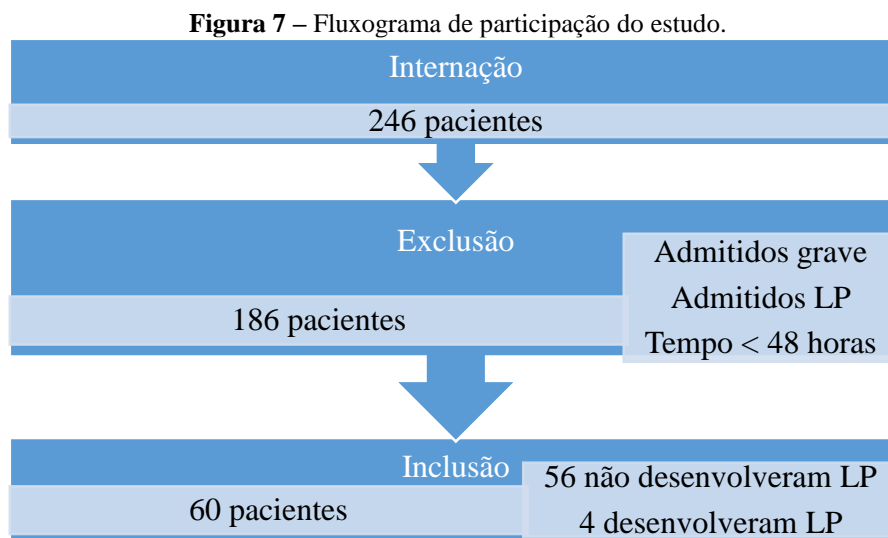
$$n_0 = (z^2 \times p \times q) / e^2$$

$$n = n_0 / (1 + n_0 / N)$$

Legenda: E corresponde ao erro amostral, cujo valor é 0,05 (5%); N corresponde à população-alvo; z é 1,96, pois é o referencial a 95% de confiança; p = 0,05 (5%) prevalência de forma geral, q = 1 – p.

Inicialmente foi estimada amostra mínima de 19 participantes a cada mês observado. Estimou-se tempo mínimo de observação de 3 meses, que foi estendido para 5 meses, em decorrência de flutuações na amostra.

Durante o período de coleta de dados, foram internados 246 pacientes, conforme mostra o fluxograma na Figura 7. Ao final, a pesquisa contou com amostra de 60 pacientes que atenderam os critérios de inclusão no estudo e participaram da amostra. Entre os participantes que não fizeram parte do estudo, sete não aceitaram participar da pesquisa e 179 não atendiam os critérios de inclusão: 28 foram admitidos em estado grave, sem condições mentais de responder à entrevista, cinco foram óbitos, 110 ficaram em um tempo inferior a 48h na unidade, 24 foram admitidos com lesão por pressão e 12 dos pacientes que estavam na unidade já tinham LP no dia da entrevista. A amostra avaliada possui margem de confiança de 95% e margem de erro de 5%.



Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu após a abordagem do questionário na primeira avaliação na UTI, respeitando o mínimo de 24 horas de admissão e após esclarecimento da pesquisa e consentimento com assinatura do TCLE (Apêndice A).

4.5.1 Procedimento de coleta de dados

Realizou-se a coleta de dezembro de 2018 a abril de 2019, por meio do acompanhamento de cada paciente durante seu período de internação na UTI, até que recebesse alta, transferência ou ocorresse óbito. A pesquisa contou com um projeto piloto, realizado no período de 5 a 28 de novembro de 2018, e os pacientes avaliados dessa amostra piloto não fizeram parte da amostra final do trabalho. O instrumento de coleta de dados foi validado por dois profissionais enfermeiros, com experiência mínima de 5 anos no cuidado de pacientes críticos e experiência na utilização do Processo de Enfermagem na prática clínica, ensino e pesquisa.

A coleta de dados foi feita pela pesquisadora especialista em terapia intensiva e ocorreu com a entrevista inicial na unidade, respeitando o tempo mínimo de 24 horas de admissão, após esclarecimento da pesquisa e consentimento com assinatura do TCLE (Apêndice A), além da realização exame físico, conforme o instrumento de coleta de dados (Apêndice B). Os demais dias seguiram-se com a realização de exame físico e de consulta ao prontuário do paciente, buscando-se complementar os dados da entrevista e na observância das escalas de risco de LP. O tempo médio da coleta foi de 60 minutos, sendo 45 minutos para entrevista e avaliação física e 15 minutos para a busca no prontuário. O instrumento foi organizado mediante um roteiro de coleta de dados, baseado na teoria de Meleis (Apêndice B).

Os pacientes foram avaliados realizando-se a anamnese e o exame físico, sendo possível obter os dados que subsidiaram a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem. Também foram aplicadas as escalas de avaliação de risco de LP (Braden, Norton e Waterlow), e cada paciente teve, no mínimo, três avaliações de dias consecutivos, no que se referiu à utilização das escalas de risco de LP, até a alta, sendo que as demais avaliações tiveram as escalas realizadas com intervalos de dois dias. Durante esse período de acompanhamento, foi observada presença ou ausência de LP, por meio dos registros em prontuário e das observações no exame físico, sendo considerada avaliação em turnos temporais de serviço escolhidos aleatoriamente.

Após os dados obtidos e a realização do raciocínio diagnóstico, foi realizada, em tabela, a confirmação dos Diagnósticos de Enfermagem, por meio da classificação da NANDA-I (2018), sendo registrado, confirmado e documentado. Após identificar os títulos, foram estabelecidas as características definidoras, os fatores relacionados e/ou de risco dos respectivos diagnósticos. A seguir, houve validação dos diagnósticos por profissional com

expertise em Diagnósticos de Enfermagem, mestrado e doutorado na área, docência em enfermagem, processo de enfermagem e na área assistencial.

Por fim, houve análise dos diagnósticos, das respectivas características definidoras e dos fatores relacionados e/ou de risco, quanto à prevalência relativa e absoluta.

As etapas foram realizadas obedecendo o instrumento de coleta de dados elaborado. Os dados coletados foram digitados em um banco de dados organizados em planilhas eletrônicas no Google Driver, analisados e sintetizados posteriormente. Assim, foi feita a caracterização dos participantes, de acordo com os dados pessoais, as variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas; foram identificados os principais aspectos facilitadores e inibidores das condições da transição e os padrões de reação; foram comparadas as escalas de avaliação de risco para LP de Braden, Norton e Waterlow nos pacientes da pesquisa; os Diagnósticos de Enfermagem dos Domínios Nutrição, Eliminação/Troca, Atividade/Repouso, Segurança/Proteção e Conforto da NANDA-I mais frequentes foram identificados, além dos fatores de riscos relacionados à LP, identificados nos diagnósticos.

4.5.2 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi elaborado após revisão bibliográfica sobre o processo de enfermagem, o modelo conceitual da Teoria das Transições, a classificação da Taxonomia II da NANDA-I e a incidência das LP nas unidades críticas. Foi avaliado por dois profissionais enfermeiros com experiência mínima de 5 anos no cuidado de pacientes com risco para desenvolver LP e experiência na utilização do Processo de Enfermagem na prática clínica, ensino e na pesquisa.

O instrumento de coleta de dados da presente pesquisa (Apêndice B) foi organizado em cinco blocos, sendo eles: dados pessoais, socioeconômicos e demográficos; dados clínicos preexistentes e do período de internação; propriedade e condições de transição segundo a Teoria da Transição; identificação da vulnerabilidade, mostrando as escalas utilizadas no estudo e realizando um comparativo entre as escalas de avaliação de risco de LP listadas e a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem reais, com suas características definidoras, seus fatores relacionados e condições associadas, bem como os diagnósticos de risco com seus fatores de risco, sua população em risco e suas condições associadas.

Os blocos I, II, III e IV compuseram a parte da entrevista e da avaliação física, com duração de aproximadamente 45 minutos. A entrevista obedeceu ao roteiro do instrumento de coleta de dados elaborado.

- **Bloco I:** dados pessoais, socioeconômicos e demográficos, como identificação, idade, data de nascimento, data admissão, procedência, sexo (masculino ou feminino), fonte de renda (empregado, desempregado ou aposentado), naturalidade (centro-oeste, nordeste, norte, sudeste ou sul), raça/cor (branca, negro, amarela, parda ou indígena), nível de instrução (sem instrução, Ensino Fundamental completo, Ensino Fundamental incompleto, Ensino Médio completo, Ensino Médio incompleto), renda familiar (menos de um salário mínimo, um a dois salários mínimos, três a cinco salários mínimos ou mais que cinco salários mínimos) e estado civil (solteiro, casado, divorciado, união estável ou viúvo).

Consideraram-se as variáveis de sexo como masculino e feminino; e para cor ou raça, a característica declarada pelas pessoas com base nas opções branca, preta, amarela (pessoa que se declara de origem japonesa, chinesa, coreana etc.), parda ou indígena. Quanto ao nível de instrução, considerou-se sem instrução, fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto e superior completo (IBGE, 2018).

Considerando ocupação e trabalho, optou-se pela classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002). Dentro da população economicamente ativa, têm-se aquelas pessoas compreendidas dentro do setor produtivo, correspondendo à população ocupada (em um determinado período de referência, trabalharam ou tinham trabalho). Dentre estes, temos os empregados (trabalham para um empregador e recebem remuneração, segundo a existência ou não de carteira assinada); os por conta própria (têm uma atividade econômica ou exercem profissão ou ofício, sem empregados); e os não remunerados (exercem ocupação econômica, sem remuneração, por pelo menos 15 horas na semana). Na população desocupada, estão as pessoas que não tinham trabalho, em determinado período de referência. Dentro da população não economicamente ativa, têm-se as pessoas não classificadas como ocupadas ou desocupadas (IBGE, 2002).

Em relação ao rendimento mensal domiciliar, considerou-se a somatória dos rendimentos mensais dos moradores de um domicílio, exclusive as pessoas cuja condição na unidade domiciliar é pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico (IBGE, 2018).

O salário mínimo trata-se da remuneração mínima do trabalhador, fixada por lei. Considerou-se o valor nacional referente ao ano de 2018, cujo valor foi R\$954,00 (BRASIL, 2017c; IBGE, 2018).

Em relação ao estado civil, trata-se das qualidades constitutivas da individualidade jurídica de uma pessoa. Considera-se como tipos de estado civil casado (por meio do casamento civil), separado judicialmente (o qual ainda não está divorciado), divorciado (anulação do casamento), viúvo (perda do cônjuge por falecimento), solteiro (não realizaram casamento) e em união estável (convivência pública contínua e duradoura) (NOGUEIRA, FERMENTÃO, 2006).

- **Bloco II:** trouxe a caracterização clínico-epidemiológica preexistente e durante o período de internação, como queixa principal, diagnóstico médico admissional, doenças preexistentes, alergias, uso de medicamentos, hábitos de vida, atividade e repouso (atividade física, tabagismo, etilismo, padrão de sono), IMC, risco nutricional, procedência, tempo de internação na UTI, internação prévia e destino final.

O relato de queixa, doenças prévias e uso contínuo de medicamento, e hábitos de vida foi registrado conforme relatos do paciente, e o diagnóstico médico foi identificado no prontuário de cada cliente.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, conhecida pela sigla CID, padroniza e cataloga a classificação das doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela OMS. Os direitos de tradução da CID-10 para a língua portuguesa são reservados ao Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; CBCD (DATASUS, 2019).

O IMC é calculado por meio da divisão do peso em kg pela altura em metros elevada ao quadrado (kg/m^2). É o cálculo mais usado para avaliação da adiposidade corporal. Ele é um bom indicador, mas não reflete a distribuição da gordura corporal, podendo ser menos preciso em indivíduos mais idosos, devido à perda de massa magra e à diminuição do peso, e superestimado em indivíduos com mais músculo. Pode ainda sofrer alterações devido a vários fatores, como sexo, idade, etnia, condição clínica como pacientes edemaciados, entre outros (ABESO, 2016).

Conforme a classificação internacional da OMS desenvolvida para pessoas adultas descendentes de europeus, convencionou-se chamar de sobrepeso o IMC de 25 a $29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$, obesidade $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ e eutrófico de 18,5 a $24,9 \text{ kg}/\text{m}^2$. O baixo peso com $\text{IMC} < 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$, utilizado pela população brasileira, tem como referência a OMS e se baseia nesses padrões internacionais (ABESO, 2016).

O IMC foi categorizado conforme os escores adotados na NANDA-I para pessoas adultas em risco de sobrepeso, com valores próximos a 25 kg/m²; sobrepeso, com valores > 25 kg/m²; e obesidade, para valores > 30 kg/m² (NANDA, 2018).

A triagem nutricional identifica o risco nutricional com o objetivo de realizar intervenção nutricional precoce, já que a aplicação é indicada em até 24 horas da admissão do paciente em nível hospitalar. Assim, a triagem deve ser um procedimento rápido, executado pela equipe multidisciplinar de saúde, que realiza a admissão hospitalar. Há vários instrumentos para realização da triagem, dentre eles o *Nutritional Risk Screening* (NRS, 2002), que foi utilizado pela nutrição do local em estudo. Essa avaliação inclui a idade do indivíduo e engloba pacientes clínicos e cirúrgicos no âmbito hospitalar, abrangendo, muitas condições patológicas. Seu objetivo é detectar a presença de desnutrição e o risco de desenvolver desnutrição no ambiente hospitalar. Apresentando valores com escore maior que 3 paciente encontra-se em risco nutricional e menor que 3 sem risco nutricional (KONDRUP *et al.*, 2003).

Bloco III: dedicado a propriedade e condições de transição. São questões que abordam os facilitadores e os inibidores no processo de transição dentro da UTI, a consciência sobre sua condição atual, o padrão de sono/repouso, o relacionamento com equipe de saúde e família, o nível de interação com as pessoas, questões de religião/crença, a percepção do cliente sobre suas expectativas e seu tratamento, e seu nível de interesse. Para a identificação dos aspectos relativos ao processo de transição, foram considerados os pontos da teoria de Afaf Ibrahim Meleis, observando-se a natureza da transição, os elementos facilitadores e inibidores dessa transição, e os padrões de reação desse processo.

A transição pode influenciar nas respostas aos problemas de saúde e nos tipos de ação adotadas devido a problemas de saúde potenciais ou reais. Os padrões de resposta surgem dos comportamentos observáveis e não observáveis durante o processo de transição. Os comportamentos incorporam padrões que refletem a estrutura e os processos intrapsíquicos, bem como os do contexto sociocultural mais amplo (MELEIS, 2010).

A conscientização é tida como característica definidora da transição. Assim, para estar em transição, a pessoa deve ter alguma consciência das mudanças que estão ocorrendo. O engajamento é definido como o grau em que uma pessoa demonstra envolvimento nos processos inerentes à transição (MELEIS, 2010).

Na disciplina de enfermagem, os seres humanos são definidos como seres ativos que têm percepções e atribuem significados a situações de saúde e doença. A hospitalização é considerada necessária para a cura por alguns e como um passo em direção à morte por

outros. Assim, para entender as experiências dos clientes durante as transições, é necessário descobrir as condições pessoais, comunitárias ou sociais, que facilitam ou dificultam o progresso em direção a uma transição saudável (MELEIS, 2010).

Bloco IV: identificação dos fatores de vulnerabilidade, por meio do exame físico, além da consulta ao prontuário.

Os dados desse bloco foram importantes para a definição na construção dos diagnósticos de enfermagem.

A vulnerabilidade, como conceito, está relacionada a experiências de transição, interações e condições ambientais, que expõem os indivíduos a possíveis danos, recuperação problemática ou estendida, ou enfrentamento retardado ou insalubre (MELEIS, 2010).

A avaliação do paciente envolve a coleta de dados subjetivos e objetivos (sinais vitais, exame físico, entrevista etc.), e também a análise das informações conseguidas por meio do paciente/família, ou aquelas que estão em seu prontuário. Essas avaliações podem basear-se em determinada teoria de enfermagem (NANDA-I, 2018).

Foi realizada avaliação física, conforme Barros (2016), por meio do instrumento de coleta de dados, com sequência cefalocaudal, com avaliação inicial dos sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e temperatura), além da saturação de oxigênio, glicemia e balanço hídrico, seguida do nível de consciência. Foram considerados, no primeiro momento, os pacientes com condições mentais de responder a entrevista. Observou-se o estado emocional (tranquilo, agitado, ansioso e triste), além da condição visual e auditiva. Avaliaram-se também o sistema respiratório (oximetria, ausculta, secreção, tosse, cianose e condições do olfato), o sistema cardiocirculatório (padrão de pulso, ausculta, perfusão periférica, presença de dispositivos como marca-passos e prótese valvar, e drogas vasoativas), a atividade/mobilidade (presença ou não de fratura; realização ou não de fisioterapia motora; utilizou-se a escala de risco de queda de Morse e o índice de avaliação das atividades da vida diária – AVD – de Katz), o sistema gastrointestinal (estado nutricional: nutrido, desnutrido, obeso, sobrepeso, abaixo do peso; inspeção e palpação abdominal; tipo de dieta), o sistema tegumentar (acessos e cateteres, drenos, avaliação da pele, turgor, presença ou não de edema, exames laboratoriais, presença ou ausência de LP, avaliação das escalas de risco de LP de Braden, Waterlow e Norton) e a umidade/continência (evacuações e diurese). Por último, houve avaliação da escala visual/verbal numérica para mensuração da intensidade da dor.

Foram utilizadas seis escalas de avaliação. A avaliação do risco de queda se deu pela escala de Morse (URBANETTO et al., 2013); avaliação de dependência nas AVD foi feita

pelo índice de Katz (DUARTE, ANDRADE, LEBRAO, 2007; WALLACE, 2007); para avaliação do risco de LP, foram utilizadas três escalas: a escala de Braden (BERGSTROM, 1987; PARANHOS, SANTOS, 1999), a escala de Waterlow (ROCHA, BARROS, 2007 *apud* ROCHA, 2003) e a escala de Norton (SEVER et al., 2015). Dor foi avaliada por meio da escala de faces de dor (EFD) (GLOTH et al., 2001; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2018; MSD, 2019).

A Escala de Quedas de Morse, composta por seis critérios, foi utilizada para avaliar o risco de queda, conforme consta no Anexo E. Cada critério avaliado recebe uma pontuação, que varia de zero a 30 pontos, totalizando um escore de risco, cuja classificação considerada é: risco baixo de zero a 24 pontos, risco médio de 25 a 44 pontos e risco alto \geq 45 pontos (URBANETTO et al, 2013).

Dentre as avaliações funcionais, têm destaque as AVD, avaliada por meio do Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária, desenvolvido por Sidney Katz e publicado em 1963. É um dos instrumentos mais citados nas literaturas nacional e internacional. Planejado para medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente e, assim, determinar as necessárias intervenções do cuidado (DUARTE, ANDRADE, LEBRAO, 2007).

O índice classifica a adequação do desempenho em seis funções: de banho, vestimenta, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação, conforme apresentado no Anexo E. Os clientes são pontuados em “sim” ou “não” para independência em cada uma das seis funções. Uma pontuação de 6 indica função completa, 4 indica dependência moderado e 2 ou menos indica dependência funcional grave (WALLACE, 2007).

No estudo, utilizaram-se três escalas para avaliação do risco de desenvolvimento de LP, sendo a primeira a escala de Braden, na qual foram avaliados seis itens, conforme Anexo E, a saber: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Os escores variam de 6 a 23 pontos, e quanto menor a pontuação maior o risco de desenvolvimento. Considerou-se que a NANDA-I apresenta, em seu Diagnóstico de Enfermagem Risco de lesão por pressão, no qual traz a população em risco adulta com escore na escala de Braden $<$ 17 (BERGSTROM, 1987; PARANHOS, SANTOS, 1999; NANDA-I, 2018).

Na escala de Waterlow (Anexo E), a avaliação do paciente contém sete tópicos principais: relação peso/altura (IMC), avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite e medicações, além de quatro itens que pontuam fatores de risco especiais, subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia acima de

2 horas e trauma abaixo da medula lombar. Quanto mais alto o escore, maior o risco de desenvolver LP. Os pacientes são classificados conforme a seguinte pontuação: em risco, escore de 10 a 14; alto risco, escore de 15 a 19; e altíssimo risco escore ≥ 20 (ROCHA, BARROS, 2007 *apud* ROCHA, 2003).

A escala de Norton (Anexo E), por sua vez, engloba cinco características avaliadas: condição física, condição mental, atividade, mobilidade e incontinência. Cada parâmetro na escala é pontuado de 1 a 4 pontos, e seu escore varia de 5 (alto risco) a 20 (baixo risco) pontos. Quanto menor for o somatório final, maior o risco para o desenvolvimento de LP (SEVER et al., 2015).

Em observação ao desenvolvimento de LP, levou-se em consideração o local de ocorrência, que indica os principais pontos de desenvolvimento.

A dor dentro dos ambientes hospitalares, com destaque aos pacientes internados em UTI, deve ser também priorizada na avaliação desses indivíduos que, muitas vezes, apresentam dificuldades para expressá-la. Essa importância fez com que a dor fosse considerada o quinto sinal vital, em 1996, introduzida pela *American Pain Society* (APS) (FORTUNATO, et al., 2013).

A dor foi avaliada por meio de escala gráfica e com descrição em palavras, conforme Anexo E. Para cada representação da fisionomia apresentada de zero a 5 existe uma descrição, sendo zero sem dor, 1 dor leve, 2 dor angustiante/dor leve, 3 dor forte/moderada, 4 dor terrível/intensa e 5 dor insuportável/máxima (GLOTH et al., 2001; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2018; MSD, 2019).

A escala de dor utiliza descritores visuais, por meio de expressões faciais que se correlacionam com a intensidade da dor. O paciente analisa as imagens e indica qual delas corresponde à dor que está sentindo (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2018).

Além dessa avaliação, a dor foi também considerada em relação ao tempo, categorizada em dor aguda (menor que 3 meses) ou crônica (duração maior que 3 meses), conforme NANDA-I (NANDA-I, 2018).

- **Bloco V:** identificação dos Diagnósticos de Enfermagem.

Os dados obtidos serviram para a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem, a partir do processo de raciocínio de Diagnóstico de Enfermagem baseados na NANDA-I relacionados aos domínios Nutrição, Eliminação/Troca, Atividade/Repouso, Segurança/Proteção e Conforto (NANDA-I, 2018).

Dentro do **Domínio 2 Nutrição**, existem cinco classes. Na classe 1, Ingestão, estão os seguintes diagnósticos: Produção insuficiente de leite materno, Amamentação ineficaz, Amamentação interrompida, Disposição para amamentação melhorada, Deglutição prejudicada, Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente, Dinâmica alimentar ineficaz da criança, Dinâmica ineficaz de alimentação do lactente, Padrão ineficaz de alimentação do lactente, Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, Disposição para nutrição melhorada, Obesidade, Sobrepeso, Risco de sobrepeso. Nas classes 2, Digestão, e 3, Absorção, não existem diagnóstico no momento. A classe 4, Metabolismos, segue os diagnósticos Risco de função hepática prejudicada, Risco de glicemia instável, Hiperbilirrubinemia neonatal, Risco de hiperbilirrubinemia neonatal, Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico. Na classe 5, Hidratação, estão os seguintes diagnósticos: Risco de desequilíbrio eletrolítico, Volume de líquidos deficiente, Risco de volume de líquidos deficiente, Volume de líquidos excessivo e Risco de volume de líquidos desequilibrado (NANDA-I, 2018).

Já no **Domínio 3 Eliminação e troca**, têm-se quatro classes. A classe 1, Função urinária, conta com os seguintes Diagnósticos de Enfermagem: Eliminação urinária prejudicada, Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Risco de incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária funcional, Incontinência urinária por transbordamento, Incontinência urinária reflexa e Retenção urinária; na classe 2, Função gastrointestinal, seguem-se Constipação, Risco de constipação, Constipação percebida, Constipação funcional crônica, Risco de constipação funcional crônica, Diarreia, Incontinência intestinal, Motilidade gastrointestinal disfuncional e Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional; na classe 3, Função tegumentar, não há diagnóstico no momento e, a classe 4, Função respiratória, apresenta o diagnóstico Troca de gases prejudicada (NANDA-I, 2018).

O **Domínio 4 Atividade/repouso** segue com cinco classes e seus respectivos diagnósticos. A classe 1, Sono/repouso, registra Insônia, Distúrbio no padrão de sono, Privação de sono e distúrbio para sono melhorado; a classe 2, Atividade/exercício, considera Capacidade de transferência prejudicada, Deambulação prejudicada, Levantar-se prejudicado, Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada, Mobilidade física prejudicada, Mobilidade no leito prejudicada, Sentar-se prejudicado e Risco de síndrome do desuso; a classe 3, Equilíbrio de energia, descreve Campo de energia desequilibrado, Fadiga e perambulação; a classe 4 Respostas cardiovasculares/pulmonares, relata Débito cardíaco diminuído, Risco de débito cardíaco diminuído, Padrão respiratório ineficaz, Risco de perfusão tissular cardíaca

diminuída, Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz, Perfusão tissular periférica ineficaz, Risco de perfusão tissular periférica ineficaz, Risco de pressão arterial instável, Resposta disfuncional ao desmame ventilatório, Intolerância à atividade, Risco de intolerância à atividade e ventilação espontânea prejudicada; a classe 5, Autocuidado, considera Défice no autocuidado para alimentação, Défice no autocuidado para banho, Défice no autocuidado para higiene íntima, Défice no autocuidado para vestir-se, Disposição para melhora do autocuidado, Autonegligência e manutenção do lar prejudicada (NANDA-I, 2018).

Já o **Domínio 11 Segurança/proteção**, tem seis classes. A classe 1, Infecção, tem os seguintes diagnósticos: Risco de infecção e Risco de infecção no sítio cirúrgico; a classe 2, Lesão física, os seguinte: Risco de aspiração, Risco de boca seca, Risco de choque, Dentição prejudicada, Desobstrução ineficaz das vias aéreas, Risco de disfunção neurovascular periférica, Integridade da membrana mucosa oral prejudicada, Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Risco de integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Risco de integridade tissular prejudicada, Risco de lesão, Risco de lesão do trato urinário, Risco de lesão da córnea, Risco de lesão por posicionamento perioperatório, Risco de lesão por pressão, Risco de lesão térmica, Risco de morte súbita do lactente, Risco de quedas, Recuperação cirúrgica retardada, Risco de recuperação cirúrgica retardada, Risco de ressecamento ocular, Risco de sangramento, Risco de sufocação, Risco de trauma vascular, Risco de trauma físico e Risco de tromboembolismo venoso; a classe 3, Violência, registra: Automutilação, Risco de automutilação, Risco de mutilação genital feminina, Risco de suicídio, Risco de violência direcionada a outros e Risco de violência direcionada a si mesmo; a classe 4, Riscos ambientais, tem os seguintes diagnósticos: Contaminação, Risco de contaminação, Risco de envenenamento e Risco de lesão ocupacional; a classe 5, Processos defensivos: Risco de reação adversa a meio de contraste iodado, Risco de reação alérgica, Reação alérgica ao látex, e Risco reação alérgica ao látex; a classe 6, Termorregulação: Hipertermia, Hipotermia, Risco de hipotermia, Risco de hipotermia perioperatória, Termorregulação ineficaz e Risco de termorregulação ineficaz (NANDA-I, 2018).

Por último, o **Domínio 12 Conforto**, tem três classes e seus respectivos Diagnósticos de Enfermagem: classe 1, Conforto físico: Conforto prejudicado, Disposição para conforto melhorado, Dor aguda, Dor crônica, Síndrome da dor crônica, Dor no trabalho de parto e náusea; classe 2, Conforto ambiental: Conforto prejudicado e disposição para conforto melhorado; classe 3, Conforto social: Conforto prejudicado e Disposição para conforto melhorado, Isolamento social e Risco de solidão (NANDA-I, 2018).

Foram identificados os diagnósticos com foco no problema (reais), bem como suas características definidoras, seus fatores relacionados e suas condições associadas. Além dos diagnósticos de risco (ou vulnerabilidade), respectivos fatores de risco, população em risco e condições associadas. Com a finalidade para apresentação dos resultados, considerou-se os Diagnósticos de Enfermagem com frequência superior a 40%, além disso, suas características foram distribuídos em tabelas, com suas frequências relativas.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva simples, utilizada para descrever e explorar os dados quantitativos. Os dados coletados foram transformados em medidas descritivas, que descrevem características importantes de distribuição de valores. As variáveis foram analisadas por medidas de tendência central, como média e mediana, sendo realizadas associações entre elas (BARBETTA, 2008).

Foram utilizados os testes estatísticos do qui-quadrado, que avalia a associação entre variáveis categóricas, afim de encontrar associação significativa entre elas; o teste de Goodman-Kruskal, para verificar a associação entre as escalas de avaliação de risco, pois estas são classificadas como variáveis ordinais, e esse teste também avalia a associação da ordenação natural das variáveis, sendo significativa ou não. A significância dos testes do qui-quadrado e de Goodman-Kruskal foram aferidas utilizando o valor mais utilizado na prática de pesquisas, que é de 5% (valor de p) (BUSSAB, MORETTIN, 2013).

Além do teste Mann-Kendall (MK) cujo objetivo foi avaliar estatisticamente se existe uma tendência ascendente ou descendente monotônica da variável de interesse ao longo do tempo. Uma tendência ascendente (descendente) monotônica significa que a variável aumenta consistentemente (diminui) ao longo do tempo, mas a tendência pode ou não ser linear. O teste MK pode ser usado no lugar de uma análise de regressão linear paramétrica, que pode ser usada para testar se a inclinação da linha de regressão linear estimada é diferente de zero. A análise de regressão requer que os resíduos da linha de regressão ajustada sejam normalmente distribuídos; uma suposição não exigida pelo teste MK, ou seja, o teste MK é um teste não paramétrico (livre de distribuição) (MANN, 1945; KENDALL, 1975; GILBERT, 1987).

Seus resultados foram demonstrados por distribuição de frequência, que compreende a organização dos dados conforme a ocorrência dos diferentes resultados observados, sendo demonstrados em tabelas e gráficos de composição em setores (BARBETTA, 2008).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foi encaminhada uma carta de anuência à instituição coparticipante, a qual aprovou a realização da pesquisa na unidade, conforme o Termo de Anuência da Instituição Coparticipante (Anexo A).

A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob CAAE 96646918.5.0000.0030, conforme os pareceres do CEP números 2.879.665 (Anexo B), 2.964.148 (Anexo C), e 2.986.923 (Anexo D). Apenas após estas etapas foi iniciada a pesquisa.

Os aspectos éticos deste trabalho foram baseados na resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a qual dispõe sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. As exigências éticas e científicas da pesquisa foram observadas, além de o estudo ter sido submetido à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa. Os integrantes pesquisados e/ou responsáveis foram convidados a participarem voluntariamente do estudo e expressaram o aceite como participante assinando o TCLE (Apêndice A), sendo garantidos o sigilo dos dados, o anonimato de suas identidades, a possibilidade de desistência em qualquer momento, além de possibilitar o esclarecimento sobre a pesquisa realizada quanto a objetivos, métodos, riscos e benefícios e confidencialidade dos dados (BRASIL, 2013).

4.7.1 Riscos e benefícios

O estudo apresentou alguns riscos ao participante da pesquisa, decorrentes de possível desconforto ou incômodo ao responder perguntas ou ao realizar exame físico; cansaço pela frequência de observações; invasão da privacidade; e tomada do tempo. Foram realizados, como forma de minimizar esses riscos, esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, referentes ao seu objetivo e aos procedimentos de coleta de dados, além de garantir o acesso aos resultados individuais e coletivos; minimizar desconfortos, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras; observar os sinais verbais e não verbais de desconforto; e suspender o estudo imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do participante da pesquisa. Os dados analisados foram de fonte em papel e *online* e não foram realizados procedimentos invasivos nos integrantes. Além disso, o estudo não apresentou ônus financeiro ao hospital.

A pesquisa trouxe como benefícios mais conhecimento na terapêutica de enfermagem no processo da assistência, em vista da redução da incidência de LP durante o período de internação hospitalar.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados em cinco etapas. Na primeira parte, está descrita a caracterização individual e socioeconômico-demográfica dos pacientes que compuseram a amostra analisada. Em seguida, foram elencadas as características clínico-epidemiológicas pré-existentes no período de internação dos participantes da amostra na unidade. Na terceira etapa, foram elencados os aspectos facilitadores e inibidores das condições de transição e os padrões de resposta segundo a Teoria da Transição. Na quarta etapa, constam as escalas utilizadas no estudo, bem como o estudo comparativo entre as escalas de avaliação de risco de LP elencadas. Por fim, estão apresentados os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na amostra, e suas características definidoras, seus fatores relacionados e seus fatores de risco.

O período de observação iniciou em 04 de dezembro de 2018 e terminou em 25 de abril de 2019, totalizando cinco meses. Foram internados, no setor, 246 pacientes, sendo que, desses, 60 atenderam os critérios de inclusão no estudo e participaram da amostra. Entre os participantes que não fizeram parte do estudo, sete não aceitaram participar da pesquisa e 179 não atendiam os critérios de inclusão: 28 foram admitidos em estado grave, sem condições mentais de responder à entrevista, cinco foram óbitos, 110 ficaram em um tempo inferior a 48h na unidade, 24 foram admitidos com lesão por pressão e 12 dos pacientes que estavam na unidade já tinham LP no dia da entrevista.

5.1 CARACTERIZAÇÃO PESSOAL, SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICA

Na primeira parte, tem-se os dados pessoais, socioeconômicos e demográficos dos pacientes que compuseram a amostra, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização do perfil socioeconômico-demográfico da amostra de pacientes (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019 (Continua)

Característica	N	%	Característica	N	%
Sexo			Escolaridade		
Feminino	32	53,3	Sem instrução	10	16,7
Masculino	28	46,7	Fundamental completo	4	6,7
Faixa etária			Fundamental incompleto	25	41,7
30-39 anos	4	6,7	Médio completo	7	11,7
40-49 anos	9	15	Médio incompleto	4	6,7

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Tabela 1. Caracterização do perfil socioeconômico-demográfico da amostra de pacientes (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019 (Conclusão)

Característica	N	%	Característica	N	%
50-59 anos	10	16,7	Superior completo	6	10
60-69 anos	20	33,3	Superior incompleto	4	6,7
70- 79 anos	10	16,7	Fonte de renda		
80-89anos	07	11,7	Aposentado	28	46,7
Raça/Cor			Desempregado	18	30
Pardo	25	41,7	Empregado	11	18,3
Branca	17	28,3	Autônomo	3	5
Negro	10	16,7	Renda Familiar		
Indígena	4	6,7	< 1 salário mínimo	14	23,3
Amarela	3	5	1 a 2 salários mínimos	29	48,3
Não declarado	1	1,7	3 a 5 salários mínimos	11	18,3
Estado conjugal			> 5 salários mínimos	3	5
Casado	30	50	Não declarou	2	3,3
Divorciado	10	16,7	Sem renda	1	1,7
Solteiro	10	16,7	Naturalidade		
União estável	5	8,3	Nordeste	24	40
Viúvo	5	8,3	Centro-Oeste	21	35
			Sudeste	13	21,7
			Norte	2	3,3
			Sul	0	0

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Entre os 60 participantes, 32 (53,3%) são do sexo feminino e 28 (46,7%) do sexo masculino. Houve predominância de indivíduos com idade entre 60 e 69 anos (20; 33,3%). A idade dos pacientes entrevistados variou entre 32 e 87 anos, com média de 61,5 anos e mediana de 62,5 anos. Quanto à distribuição dos indivíduos conforme sua raça/cor, 41,7% da amostra autodeclarou-se como parda, 28,3% branca, 16,7% negra, 6,7% indígena, 5% amarela e 1,7% não se declarou. Em relação ao estado conjugal, 30 pessoas (50%) eram casadas, 05 (8,3%) tinham união estável, 10 (16,7%) eram divorciados e, na mesma proporção solteiros, e 5 (8,3%) eram viúvos.

Ainda como mostra a Tabela 1, em relação à escolaridade, a amostra caracteriza-se por baixa escolaridade, uma vez que 25 (41,7%) indivíduos não concluíram o ensino fundamental, 10 (16,7%) não tem instrução, 7 (11,7%) concluíram o ensino médio e 6 (10%) tem ensino superior completo. No quesito fonte de renda, 28 (46,7%) pessoas encontravam-se aposentadas, 18 (30%) se declararam desempregados, apenas 14 pessoas encontravam-se ocupadas e, desses 11 (18,3%) eram empregados e 3 (5%) autônomos. Em relação à distribuição da renda familiar, 14 (23,3%) indivíduos da amostra recebiam menos de um salário mínimo, 29 (48,3%) um a dois salários mínimos, 11 (18,3%) recebiam de três a cinco salários mínimos, 3 (5%) declararam receber acima de cinco salários mínimos, um (1,7%) não

tinha renda e dois (3,3%) não declararam sua renda. Dos participantes, 24 (40%) eram procedentes da Região Nordeste, 21 (35%) do Centro-Oeste, 13 (21,7%) do Sudoeste e 2 (3,3%) do Norte.

5.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA PRÉ-EXISTENTE E DURANTE PERÍODO DE INTERNAÇÃO

A Tabela 2 apresenta os resultados relativos à queixa principal dos indivíduos da amostra.

Tabela 2. Condições de queixa principal dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Característica	N	%
Queixa principal		
Dor	39	65
Falta de ar	09	15
Sangramento	04	6,7
Dificuldade de engolir	02	3,3
Inchaço	02	3,3
Fraqueza	01	1,7
Diminuição na quantidade de urina	01	1,7
Diarreia	01	1,7
Palpitação	01	1,7

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Acerca da queixa principal, dor, 39 (65%) dos pacientes apresentaram histórico de dor, sendo 31 com dor no peito, cinco com dor abdominal, um com dor nas costas, um com dor no braço e um com dor de cabeça. Os demais nove (15%) apresentaram queixa de falta de ar; quatro (6,7%) relataram sangramento, sendo duas pacientes com sangramento uterino, um com hematêmese e um com hematúria; dois relataram dificuldade de engolir (3,3%); dois tiveram inchaço (3,3%), sendo uma queixa na região escrotal e a outra nas pernas. Em relação aos demais: um (1,7%) apresentou queixa de fraqueza, um (1,7%) de diminuição na quantidade de urina, um (1,7%) de diarreia e um (1,7%) de palpitação.

Tabela 3. Diagnóstico médico admissional dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019. (Continua)

Característica	N	%
Diagnóstico Médico atual		
Doenças isquêmicas do coração	33	55
Neoplasias	11	18,3

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Tabela 3. Diagnóstico médico admissional dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019. (Conclusão)

Característica	N	%
Diagnóstico Médico atual		
Outras formas de doenças do coração	06	10
Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	03	5
Sepse	03	5
Hepatopatia crônica	01	1,7
Placenta prévia	01	1,7
Insuficiência renal	01	1,7
Miastenia Gravis	01	1,7

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Conforme a Tabela 3, referente às doenças isquêmicas do coração, 28 apresentaram infarto agudo do miocárdio, quatro angina pectoris e um doença da artéria coronária, totalizando 33 (55%) dos pacientes. Seguido de 11 (18,3%) indivíduos com neoplasias, sendo nesse grupo: neoplasia maligna dos brônquios, carcinomatose peritoneal, dois com neoplasia maligna de cólon, cistoadenoma mucinoso, neoplasia maligna de pulmão, câncer de estômago, neoplasia maligna de esôfago, neoplasia de bexiga, câncer de ovário e leucemia. Outras formas de doenças do coração apresentaram um total de seis (10%) pessoas, sendo cinco com insuficiência cardíaca e um com arritmia. Nas doenças do esôfago, do estômago e do duodeno apareceu peritonite, abdômen agudo obstrutivo e megaesôfago na doença de Chagas, totalizando três (5%) indivíduos. Além desses, três (5%) apresentaram diagnóstico de sepse, com dois desenvolveram choque séptico de foco cutâneo e um sepse de foco indeterminado. Os demais apresentaram um (1,67%) paciente em cada diagnóstico médico, sendo eles: hepatopatia crônica, placenta prévia, insuficiência renal e miastenia gravis.

Tabela 4. Quantidade de doenças pré-existentes dos pacientes da mostra e sua distribuição (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Característica	N	%
Número de condições pré-existentes		
Nenhuma	08	13,3
Uma	16	26,7
Duas	15	25
Três	13	21,7
Quatro	03	5
Cinco	04	6,7
Seis	01	1,7

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Acerca da distribuição dos fatores clínicos existentes, anterior à internação, apenas oito indivíduos (13,3%) eram previamente hígidos. Houve maior prevalência de indivíduos com uma e duas patologias pré-existentes, com 16 (26,7%) e 15 (25%), respectivamente, conforme apresentado na Tabela 4.

A amostra apresentou de zero a seis condições patológicas pré-existentes, com uma média de 2,4 comorbidades por indivíduo. Dentre essas condições, houve predomínio das seguintes comorbidades: hipertensão arterial (41; 68,3%), outras formas de doença do coração (18; 30%), sendo 11 indivíduos com cardiopatia, três com doença de Chagas, dois com cardiomegalia e dois com fibrilação atrial. Destaca-se também a alta prevalência do Diabetes *mellitus* (14; 23,3%) e dos distúrbios metabólicos (13; 21,7%), sendo 12 com dislipidemia e um com hipercolesterolemia, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5. Doenças pré-existentes dos pacientes da mostra e sua distribuição (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Característica	N	%
Comorbidades		
Hipertensão arterial	41	68,3
Outras formas de doença do coração	18	30
Diabetes mellitus	14	23,3
Distúrbios metabólicos	13	21,7
Doenças isquêmicas do coração	7	11,7
Doenças cerebrovasculares	4	6,7
Insuficiência renal	4	6,7
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	3	5
Transtornos da glândula tireoide	3	5
Artropatias	2	3,3
Doenças dos órgãos genitais masculinos	2	3,3
Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo	2	3,3
Neoplasias	1	1,7
Outras doenças dos intestinos	1	1,7
Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	1	1,7
Glaucoma	1	1,7
Doenças do fígado	1	1,7
Infecções virais caracterizadas por lesões de pele e mucosas	1	1,7
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana	1	1,7
Outros transtornos do ouvido	1	1,7
Osteopatias e condropatias	1	1,7

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019

Em decorrência da presença de patologias pré-existentes, vários pacientes da amostra faziam uso de medicamentos de uso contínuo. As Tabelas 6, 7 e 8 fazem referência às

informações sobre alergia e uso dos medicamentos. Conforme a Tabela 6, a maioria dos participantes não apresentava alergia relatada (48; 80%) e a maior parte deles fazia uso de algum tipo de medicamento antes do período de internação (45; 75%).

Tabela 6. Perfil de alergia e do uso de medicamento dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Característica	N	%	Característica	N	%
Alergia			Uso de medicamentos		
Não	48	80	Sim	45	75
Sim	12	20	Não	15	25

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019

Tabela 7. Quantidade de medicamentos utilizados dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Característica	N	%
Quantidade de medicamentos utilizados		
Nenhum	17	28,3
Um	11	18,3
Dois	9	15
Três	4	6,7
Quatro	3	5
Cinco	6	10
Seis ou mais	10	16,7

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Foi possível observar, conforme a Tabela 7, que 13 (21,67%) dos integrantes da amostra não faziam uso de nenhuma medicamento de uso contínuo, além disso, 11 (18,3%) tomavam apenas um remédio, 10 (16,7%) faziam uso de seis ou mais, nove (15%) usavam dois tipos de medicamentos, quatro pessoas (6,7%) utilizavam três medicamentos diferentes, três integrantes (5%) usavam quatro tipos, seis pessoas (10%) faziam uso de cinco tipos diferentes de medicações e quatro pessoas (6,7%) não fizeram menção a uso de medicamentos. Assim, observou-se uma média de 2,9 medicamentos de uso contínuo por pessoa.

Foram identificados 22 grupos de medicamentos de uso contínuo, conforme relato das medicações em uso pelos participantes. Conforme os dados da Tabela 8, houve uma prevalência de 34 casos (56,7%) de uso de anti-hipertensivo. A segunda maior prevalência recaí sobre 17 indivíduos (28,3%) que faziam uso de antiagregante plaquetário, 12 (20%) usavam antidiislipidêmico, sete (11,7%) relataram uso de hipoglicemiante e seis indivíduos (10%) usavam anticolesterolêmico. Também foram relatados por quatro pessoas (6,7%) os usos de antiácido, anticoagulante e antidepressivo, cada. Relatou-se, ainda, o uso de

antianêmico, antiarrítmico, antigotoso, corticoide, hormônio da tireoide e vitamina por duas pessoas (3,3%), para cada tipo de medicamento. Já o uso de antianginoso, antivírico, bloqueador de cálcio, broncodilatador, cardiotônico, hipnótico, imunossupressor e miorelaxantes periféricos foram relatados por um indivíduo (1,7%) em cada grupo.

Tabela 8. Classificação de medicamentos utilizados dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Característica	N	%
Classificação das medicações		
Anti-hipertensor	34	56,7
Antiagregante plaquetário	17	28,3
Antidislipidêmico	12	20
Hipoglicemiante	7	11,
Anticolesterolêmico	6	10
Antiácido	4	6,7
Anticoagulante	4	6,7
Antidepressivo	4	6,7
Antianêmico	2	3,3
Antiarrítmico	2	3,3
Antigotoso	2	3,3
Corticoide	2	3,3
Hormônio da tireoide	2	3,3
Vitamina	2	3,3
Antianginoso	1	1,7
Antivíricos	1	1,7
Bloqueador de cálcio	1	1,7
Broncodilatador	1	1,7
Cardiotônico	1	1,7
Hipnótico	1	1,7
Imunossupressor	1	1,7
Miorelaxantes periféricos	1	1,7

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Outras variáveis relevantes acerca da caracterização clínica dos participantes são os dados referentes aos hábitos de vida. A Tabela 9, a seguir, apresenta os dados relativos a esses aspectos em relação aos pacientes estudados.

Tabela 9. Hábitos de vida, atividade e repouso dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Característica	N	%
Hábitos de vida		
Ausência de hábitos	28	46,7

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Tabela 9. Hábitos de vida, atividade e repouso dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Característica	(Conclusão)	
	N	%
Hábitos de vida		
Ex-tabagista	20	33,3
Tabagista	07	11,7
Prática de atividade física	05	8,4
Padrão de sono satisfatório	42	70
Padrão de sono insatisfatório pela hospitalização	14	23,3
Padrão de sono insatisfatório previamente	4	6,7

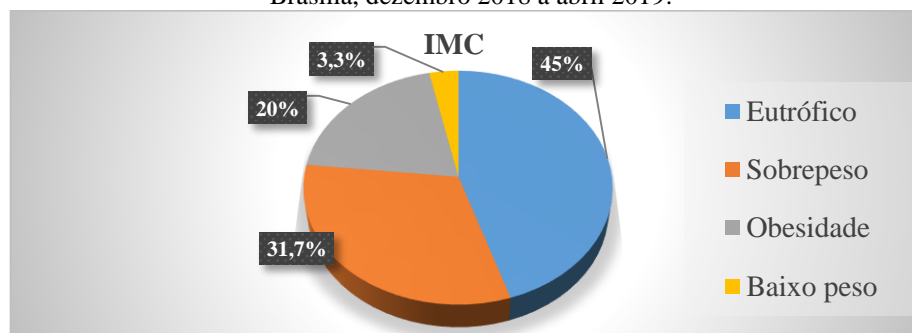
Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Observou-se, conforme Tabela 9, que 28 (46,7%) pacientes negaram algum tipo de hábito de vida, 20 (33,3%) eram ex-tabagistas, sete (11,7%) eram tabagistas e apenas cinco (8,4%) realizavam algum tipo de atividade física, com ressalva que cada pessoa apresentou mais de um hábito de vida.

Foi observado, ainda, em conformidade com a Tabela 9, o padrão de sono dos pacientes em estudo: a maioria (42; 70%) apresentou padrão de sono satisfatório durante período de internação, e 14 (23,3%) demonstraram um padrão insatisfatório influenciado pela internação e apenas quatro (6,7%) demonstraram padrão previamente insatisfatório.

O Gráfico 1 traz a frequência dos pacientes quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC).

Gráfico 1. Distribuição conforme a classificação do Índice de Massa Corporal dos pacientes da amostra (n=60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.



Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Utilizou-se a classificação adotada pela NANDA-I relativa ao IMC. Desse modo, foram classificados como sobrepeso um IMC > 25 Kg/m² e como obesidade um IMC > 30 Kg/m². Logo, os indivíduos eutróficos foram considerados com IMC até 25 Kg/m². Assim, observou-se, conforme o Gráfico 1, uma prevalência de indivíduos com o peso acima do esperado (31; 51,7%), subdivididos em sobrepeso (19 participantes, 31,7% da amostra) e

obesidade (12 participantes, 20% da amostra), havendo também aqueles considerados como eutróficos (27 indivíduos, 45% da amostra). Para o IMC de baixo peso, foi utilizada a classificação da OMS, que considera baixo peso um IMC < 18,5 Kg/m², sendo que apenas dois indivíduos (3,3%) foram classificados nessa categoria. No estudo, a média do IMC na amostra foi de 26,1 Kg/m², tendo variado entre 17 e 35,5 Kg/m².

Tabela 10. Distribuição conforme o risco nutricional *NUTRICIONAL RISCK SCREENIN* (NRS) dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Característica	N	%
<i>NUTRICIONAL RISCK SCREENING</i>		
0 Ponto	10	16,7
1 Ponto	09	15
2 Pontos	09	15
3 pontos	10	16,7
4 Pontos	01	1,7
5 Pontos	01	1,7
6 Pontos	6	10
SEM AVALIAÇÃO	14	86,3

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Conforme a classificação nutricional abordada pelo serviço de nutrição, a Tabela 10 mostra a classificação do risco nutricional realizada pelos nutricionistas e registrada em prontuário, sendo que 18 pacientes apresentaram risco nutricional, desses, 10 (16,7%) apresentaram risco de 3 pontos, seis (10%) tiveram risco correspondente a seis pontos e um (1,7%) apresentaram risco de quatro e cinco pontos, respectivamente. Dos pacientes do estudo, 14 (86,3%) não foram avaliados pela nutrição segundo essa classificação.

A Tabela 11 mostra alguns dados relativos às características do atendimento na unidade dos indivíduos no estudo.

Tabela 11. Distribuição do local de procedência dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Característica	N	%
Procedência		
Outro serviço de saúde	35	58,3
Hospital do estudo	25	41,7

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Como observados na Tabela 11, 35 (58,3%) indivíduos eram procedentes de outras unidades de saúde, desses, seis (5%) eram provenientes do Hospital regional de Sobradinho, cinco (8,3%) do Hospital Regional de Ceilândia e os demais do Hospital Regional da Asa Norte, Hospital de Base, Hospital Regional de Santa Maria, Hospital Regional do Gama,

Hospital regional de Braslândia, Unidades de Pronto Atendimento do Bandeirante e Samambaia, Hospital Regional de Planaltina, Hospital Regional do Paranoá, Hospital Regional de Taguatinga e Hospital em Minas Gerais. Enquanto isso, 25 (41,7%) indivíduos eram provenientes do próprio hospital, sendo 14 (23,3%) do centro cirúrgico, sete (11,7%) da unidade de pronto socorro, três (5%) da hemodinâmica e um (1,7%) da clínica médica.

Tabela 12. Tempo de internação em dias internados na UTI/UCO dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

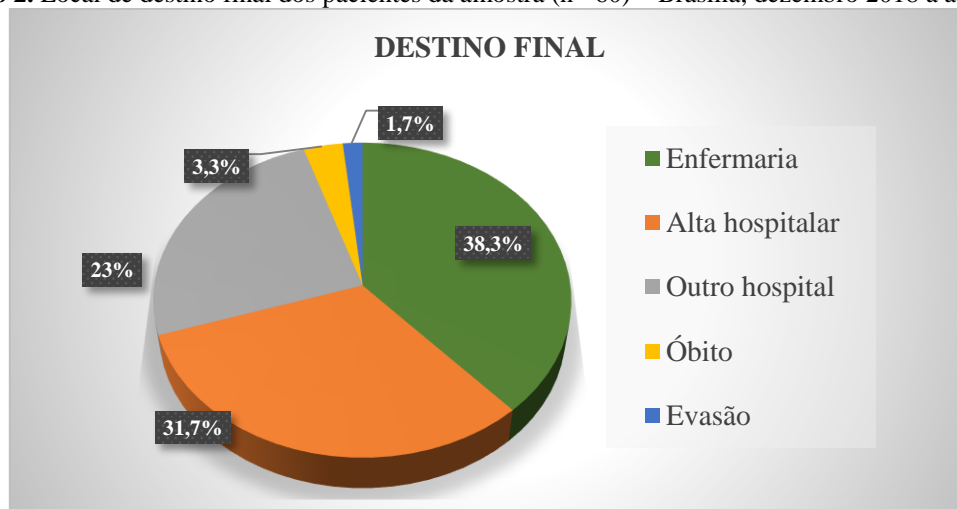
Característica	N	%
Tempo de internação (dias)		
04-05	20	33,3
06-10	18	30
11-15	10	16,7
16-20	6	10
21-25	4	6,7
> 26	2	3,3
Internação prévia em outro hospital		
Sim	30	50
Não	30	50

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Conforme dados da Tabela 12, em relação ao tempo de internação em dias, houve prevalência de 20 (33,3%) indivíduos variando de quatro a cinco dias, 18 (30%) indivíduos variando de seis a dez dias, e dez (16,7%) variando de 11 a 15 dias. Em menor prevalência, observou-se uma variação de 16 a 26 dias ou mais.

Em relação a histórico de internação prévia, ainda conforme Tabela 12 houve frequências de distribuição igualitária para os dois grupos (sim e não).

Gráfico 2. Local de destino final dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.



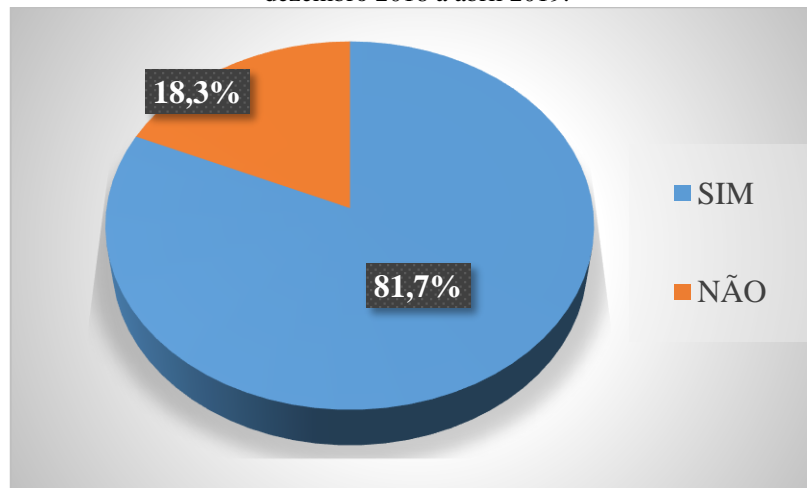
Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Como observado no Gráfico 2, a maior prevalência do destino final foi para a enfermaria - 23 indivíduos (38,3%) -, 19 (31,7%) foram de alta hospitalar, 15 (25%) foram para outro hospital, dois (3,3%) foram a óbito e um (1,7%) evadiu.

5.3 ASPECTOS FACILITADORES E INIBIDORES SEGUNDO A TEORIA DA TRANSIÇÃO

Os gráficos que se seguem são relativos a determinados aspectos facilitadores e inibidores do processo de transição pela unidade crítica a qual os indivíduos vivenciaram.

Gráfico 3. Dados sobre a busca de informação da condição de saúde dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

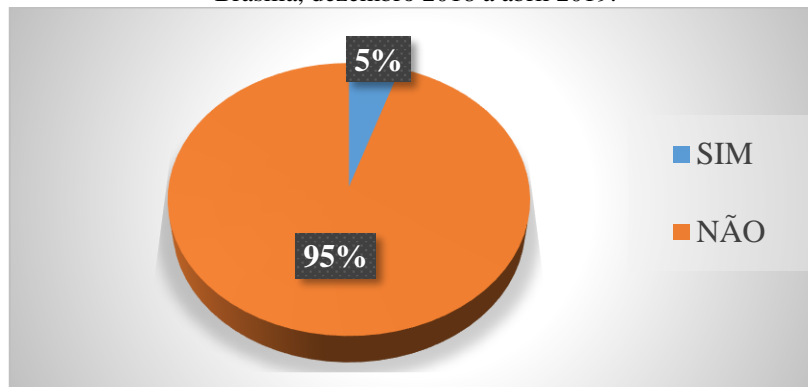


Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Dentre os pacientes da amostra, conforme Gráfico 3, 49 (81,7%) buscavam informação sobre sua condição de saúde e 11 (18,3%) não perguntavam nada à equipe do hospital. Quando foi questionado sobre se considerar participativo na definição das metas do seu cuidado, 57 indivíduos (86,7%) responderam que sim e oito (13,3%) responderam que não se consideravam participativos.

Foi observado que houve uma prevalência de 100% dos participantes referentes aos seguintes dados avaliados: relataram que possuíam o pensamento de superação ou de ajuste à realidade na qual estavam, relataram que recebiam visita de algum conhecido ou familiar, que sentiam-se confortáveis com a relação com o enfermeiro e com a equipe de enfermagem e disseram não ter dificuldade de interação com a equipe assistencial.

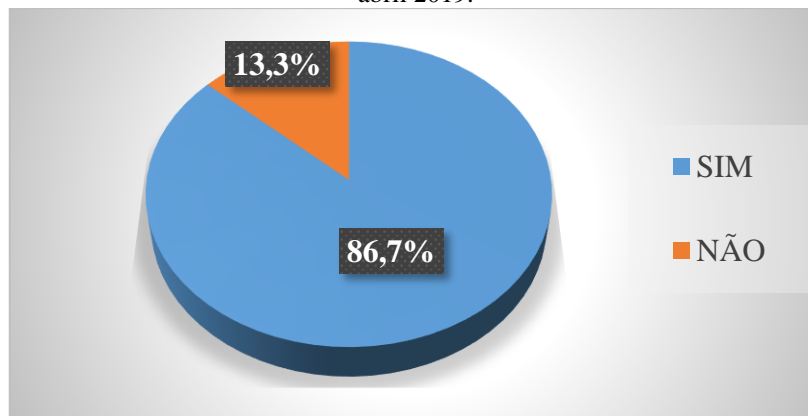
Gráfico 4. Dados sobre percepção dos pacientes da amostra sentir-se diferente das outras pessoas (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.



Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Com relação ao sentimento de diferença em relação às outras pessoas/ ao mundo, apenas 3 (5%) dos participantes relataram essa sensação, como apresentado no Gráfico 4.

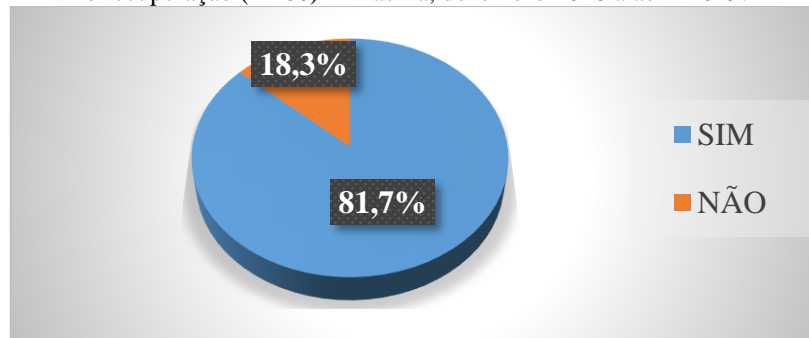
Gráfico 5. Dados sobre possuir religião ou crença dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.



Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Com relação a possuir algum tipo de religião ou crença, conforme o Gráfico 5, os participantes da pesquisa 52 (86,7%) referiram ter/acreditar em algo e oito (13,3%) afirmaram não possuir.

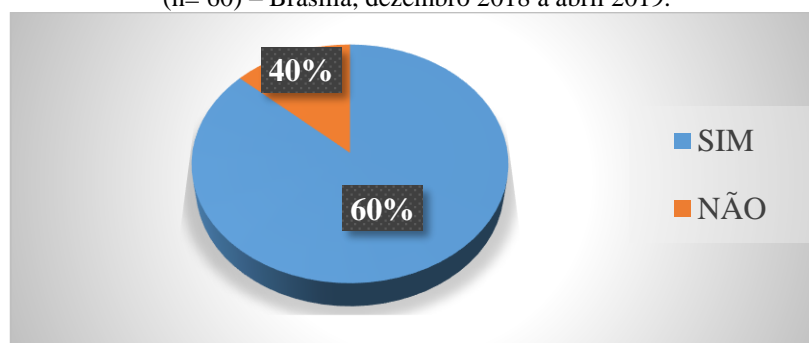
Gráfico 6. Compreensão dos pacientes da amostra relativos aos aspectos relacionados ao diagnóstico, tratamento e recuperação (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.



Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

De acordo com o Gráfico 6, 49 indivíduos (81,7%) responderam compreender os aspectos relativos ao diagnóstico, ao tratamento e à recuperação, enquanto 11 (18,3%) expressaram não compreender todos os aspectos.

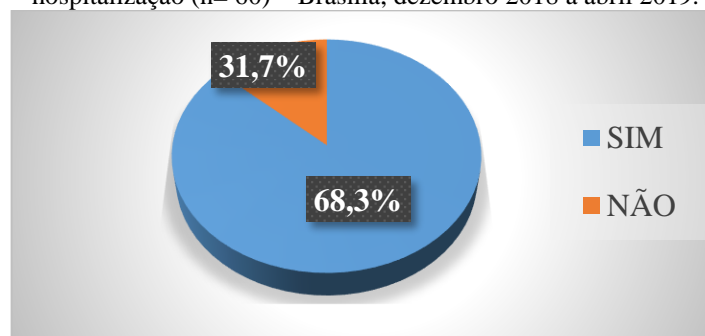
Gráfico 7. Dados sobre o saber dos pacientes da amostra relativo a identificação dos profissionais da assistência (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.



Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

No que se refere à identificação dos profissionais que assistiram os indivíduos, 36 participantes (60%) relataram saber identificar quem prestava assistência durante o período de internação, e 24 (40%) não conseguiam diferenciar, muitas vezes, qual profissional fazia seu atendimento, de acordo com o Gráfico 7.

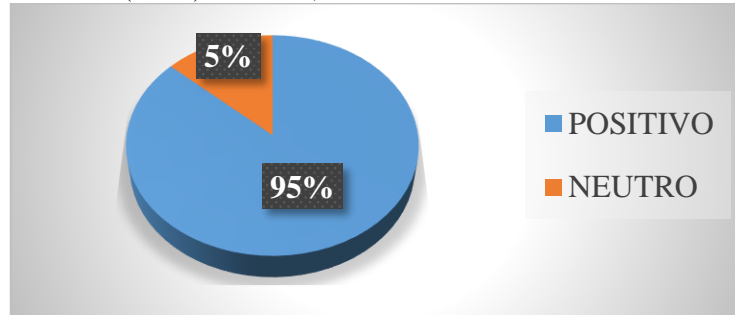
Gráfico 4. Dados sobre a preocupação dos pacientes da amostra relativa a situação cotidiana devido a hospitalização (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.



Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

No tocante à preocupação dos participantes com alguma situação do cotidiano devido à hospitalização, conforme o Gráfico 8, 41 (68,3%) disseram que estavam preocupados com alguma situação na sua vida devido à limitação causada pela internação e 19 (31,7%) negaram estarem preocupados.

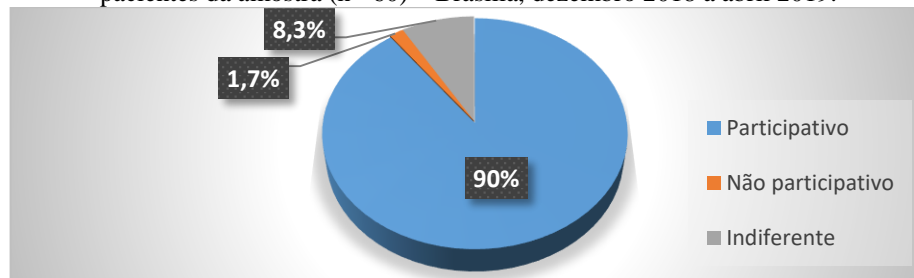
Gráfico 5. Dados sobre a atribuição da significância do processo de internação na UTI dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.



Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Em relação à atribuição de um significado ao processo de estar internado na UTI, conforme o Gráfico 9, a maioria dos participantes (57; 95%) afirmou que a experiência foi positiva e três (5%) participantes se mantiveram neutros ao opinar.

Gráfico 6. Dados sobre colaboração no alcance das metas do tratamento no processo de internação na UTI dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.



Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

A maioria dos participantes (54; 90%) afirmaram serem participativos em relação à colaboração ao alcance das metas do seu tratamento, e somente uma pessoa (1,7%) se declarou como não participativa, enquanto cinco (8,3%) disseram que eram indiferentes, como apresentado no Gráfico 10.

5.4 IDENTIFICAÇÃO DOS PERFIS DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO APLICADAS AOS PACIENTES

5.4.1 Escalas de avaliação utilizadas na coleta de dados

Na mostra de estudo, foram utilizadas três escalas durante a realização da entrevista e do exame físico, e a descrição de cada uma delas já foi elencada nos métodos. Tais escalas e suas classificações estão apresentadas na Tabela 13.

Tabela 13. Caracterização das escalas de avaliação aplicadas aos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Característica	N	%
Índice de Katz		
Independente	21	35
Dependência moderada	18	30
Muito dependente	21	35
Escala de Morse		
Alto risco	5	8,3
Moderado risco	50	83,3
Baixo risco	5	8,3
Escala visual/Verbal da dor		
0	27	45
1	12	20
2	14	23,3
3	4	6,7
4	2	3,3
5	1	1,7

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

O grau de dependência nos pacientes no estudo foi avaliado pelo uso do Índice de Katz, sendo que houve predominância de pacientes independentes e muito dependentes, 21 indivíduos (35%) em cada classificação, e 18 indivíduos (30%) apresentaram dependência moderada.

A dor foi avaliada utilizando a Escala de dor numérica, sendo que zero classificada nenhuma dor e cinco dor máxima. Nesse aspecto, a minoria (27;45%) negou presença de dor no momento da avaliação, e os demais (33; 55%) relataram algum tipo de dor. Desses, 26 pessoas (43,3%) apresentaram dor leve, quatro (6,7%) dor moderada e três (5%) dor intensa a máxima.

Para a identificação da escala do risco de queda foi utilizada a Escala de Morse, assim foi observado que a maioria (50 indivíduos; 83,3%) foi classificada com risco moderado e cinco indivíduos (8,3%) com alto risco e baixo risco, cada uma.

5.4.2 Escalas de avaliação de risco para lesão por pressão

Foi avaliado, através da escala de Braden, Waterlow e Norton, o risco de desenvolvimento de lesão por pressão. A incidência observada foi de 6,7%, ou seja, uma relação de sete pacientes para cada 100, pois quatro pacientes desenvolveram LP durante o processo de internação em uma amostra de 60 pessoas. Entre esses casos, um se desenvolveu na região trocantérica, evidenciado no nono dia de internação, um na região do calcâneo, evidenciado no nono dia de internação, um na região sacral, evidenciado no 11º dia de internação, e um caso na occipital, evidenciado no 27º dia de internação.

Tabela 14. Média dos escores (1º, 2º e 3º dias) das escalas de avaliação de risco de Lesão por Pressão aplicadas aos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Característica	Escore Médio	Classificação na escala
Escala de Braden		
1ª avaliação	16,3	Baixo risco
2ª avaliação	16,4	Baixo risco
3ª avaliação	16,6	Baixo risco
Escala de Waterlow		
1ª avaliação	14,4	Em risco
2ª avaliação	14	Em risco
3ª avaliação	13,6	Em risco
Escala de Norton		
1ª avaliação	16	Baixo risco
2ª avaliação	16	Baixo risco
3ª avaliação	16,2	Baixo risco

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Quanto à utilização das escalas de avaliação de risco, conforme Tabela 14, verificou-se que, pela escala de Braden, os pacientes obtiveram pontuação média de 16,4 pontos no escore total, variando de 11 a 19 pontos. O valor médio na primeira, segunda e terceira avaliações foram respectivamente de 16,3, 16,4 e 16,6 pontos, sendo o paciente classificado em baixo risco, segundo essa escala.

A pontuação média obtida pela escala de Waterlow foi de 14 pontos no escore total, com variação de 9 a 24 pontos. Os escores médios nas três primeiras avaliações foram de 14,4, 14,0 e 13,6 pontos, respectivamente. Portanto, classificando a maioria dos pacientes em risco para o desenvolvimento de lesão por pressão.

A pontuação média obtida pela escala de Norton foi de 16,1 pontos no escore total, com variação de 10 a 19 pontos. Os escores médios nas três primeiras avaliações foram de

16,0, 16,0 e 16,2 pontos, respectivamente. Portanto, classificando a maioria dos pacientes como baixo risco para o desenvolvimento de lesão por pressão.

Tabela 15. Classificação da avaliação de risco de Lesão por Pressão das escalas Braden Waterlow e Norton dos pacientes que desenvolveram lesão por pressão, considerando as 1ª, 2ª e 3ª avaliações – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Característica	Dia de avaliação	Escala de Braden	Escala de Waterlow	Escala de Norton
1º Paciente	1ª avaliação	Baixo risco	Em risco	Baixo risco
	2ª avaliação	Baixo risco	Em risco	Baixo risco
	3ª avaliação	Baixo risco	Em risco	Baixo risco
2º Paciente	1ª avaliação	Baixo risco	Alto risco	Moderado
	2ª avaliação	Baixo risco	Alto risco	Moderado
	3ª avaliação	Baixo risco	Alto risco	Moderado
3º Paciente	1ª avaliação	Moderado	Alto risco	Moderado
	2ª avaliação	Moderado	Alto risco	Moderado
	3ª avaliação	Moderado	Alto risco	Moderado
4º Paciente	1ª avaliação	Alto risco	Alto risco	Moderado
	2ª avaliação	Moderado	Em risco	Moderado
	3ª avaliação	Moderado	Em risco	Moderado

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Em relação aos pacientes que apresentaram LP, conforme a Tabela 15, o primeiro caso foi evidenciado no nono dia e teve classificação nas escalas de Braden (escores 17, 17, 17), Waterlow (escores 11, 11, 11) e Norton (escores 18, 17, 17), nas três primeiras avaliações, respectivamente, como baixo risco, em risco e baixo risco. O segundo foi evidenciado no décimo primeiro dia, apresentando baixo risco para Braden (escores 15, 15, 16), alto risco para Waterlow (escores 17, 17, 17) e moderado para Norton (14, 14, 14), nas três primeiras avaliações. O terceiro paciente, que também teve seu caso evidenciado no nono dia, apresentou risco moderado para Braden (escores 14, 14, 14) e Norton (escores 13, 13, 14), e alto risco para Waterlow (escores 16, 16, 15), nas três primeiras avaliações. E o quarto foi evidenciado no vigésimo sétimo dia, a LP apresentou escore para escala de Braden (escores 12, 13, 13) como sendo de alto risco na primeira avaliação e moderado na segunda e terceira; para Waterlow (escores 16, 12, 12), apresentou classificação de alto risco na primeira avaliação e em risco nas demais. Já para Norton (escores 12, 13, 13) apresentou classificação moderado nas três avaliações.

Na Tabela 16, está apresentada a comparação das escalas de Braden e Norton no que se refere à frequência do escore no primeiro dia de avaliação.

Tabela 16. Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Braden e Norton no primeiro dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Escala de Norton / Escala de Braden	Baixo	Moderado	Elevado	Total	p valor
	N (%)	N (%)	N (%)	%	0.1187
Sem risco	15 (25)	--	--	15 (25)	
Baixo risco	16 (26,7)	10 (16,7)	--	26 (43,3)	
Risco moderado	--	16 (26,7)	--	16 (26,7)	
Risco alto	--	2 (3,3)	1 (1,7)	3 (5)	
Risco muito alto	--	--	--	0	
Total	31 (51,7)	28 (46,7)	1 (1,7)	60 (100)	

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Observa-se, ainda na Tabela 16, que, pela escala de Braden, a maioria dos pacientes (26 indivíduos, 43,3% da amostra) foi classificada como de Baixo risco, 15 pacientes (25%) foram classificados como Sem risco, 16 (26,7%) como Risco moderado, apenas três paciente (5%) com Risco alto e nenhum paciente foi classificado como Risco muito alto.

Segundo a classificação de Norton da Tabela 16, a maioria dos participantes (31 indivíduos, 51,7% da amostra) teve classificação de baixo risco, 28 pacientes (46,7%) risco moderado e 1 (1,7%) risco elevado.

Tabela 17. Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Braden e Norton no segundo dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Escala de Norton / Escala de Braden	Baixo	Moderado	Elevado	Total	p valor
	N (%)	N (%)	N (%)	%	0.4284
Sem risco	15 (25)	--	--	15 (25)	
Baixo risco	19 (31,7)	10 (16,7)	--	29 (48,3)	
Risco moderado	--	15 (25)	--	15 (25)	
Risco alto	--	--	1 (1,7)	1 (1,7)	
Risco muito alto	--	--	--	0	
Total	34 (56,7)	25 (41,7)	1 (1,7)	60 (100)	

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Na Tabela 17, está apresentada a comparação das escalas de Braden e Norton referentes ao segundo dia de avaliação, no que se refere à frequência do escore no primeiro dia de avaliação. Observa-se que, pela escala de Braden, a maioria dos pacientes, (29 indivíduos, 48,3% da amostra) foi classificada como baixo risco, seguindo-se a classificação Sem risco (15 pacientes, 25% da amostra), Risco moderado (15% indivíduos, 25% da amostra), Risco alto (um paciente, 1,7% da amostra) e Risco muito alto sem nenhum.

Conforme a classificação de Norton da Tabela 17, a maioria dos indivíduos (34 pacientes, 56,7% da amostra) teve classificação de Baixo risco, 25 pacientes (41,7%) Moderado e 1 (1,7%) Elevado.

Tabela 18. Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Braden e Norton no terceiro dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Escala de Norton \ Escala de Braden	Baixo N (%)	Moderado N (%)	Elevado N (%)	Total %	p valor
Sem risco	14 (23,3)	--	--	14 (23,3)	0.8536
Baixo risco	25 (41,7)	8 (13,3)	--	33 (55)	
Risco moderado	1 (1,7)	11 (18,3)	--	12 (20)	
Risco alto	--	--	1 (1,7)	1 (1,7)	
Risco muito alto	--	--	--	0	
Total	40 (66,7)	19 (31,7)	1 (1,7)	60 (100)	

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Na Tabela 18, está apresentada a comparação das escalas de Braden e Norton referentes ao terceiro dia de avaliação, no que se refere à frequência do escore no primeiro dia de avaliação. Observa-se que, pela escala de Braden, a maioria dos pacientes (33 indivíduos, 55% da amostra), foi classificada como Baixo risco, seguida da classificação Sem risco (14 pacientes, 23,3% da amostra), Risco moderado (12% indivíduos, 20% da amostra), Risco alto (um paciente, 1,7% da amostra) e Risco muito alto (nenhum indivíduo). Na classificação de Norton, a maioria dos participantes (40 indivíduos, 66,7% da amostra) teve classificação de Baixo risco, 19 pacientes (31,7%), Moderado, e 1, (1,7%) Elevado.

Tabela 19. Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Braden e Waterlow no primeiro dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Escala de Braden \ Escala de Waterlow	Em risco	Alto risco	Altíssimo risco	Total	p valor
	N (%)	N (%)	N (%)	%	0.4965
Sem risco	15 (25)	--	--	15 (25)	
Baixo risco	18 (30)	7 (11,7)	1 (1,7)	26 (43,3)	
Risco Moderado	1 (1,7)	13 (21,7)	2 (3,3)	16 (26,7)	
Risco alto	--	2 (3,3)	---	2 (3,3)	
Risco muito alto	--	--	1 (1,7)	1 (1,7)	
Total	34 (56,7)	22 (36,7)	4 (6,7)	60 (100)	

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Na Tabela 19, também se observa a frequência do escore no primeiro dia de avaliação, agora sendo comparadas as escalas de Braden e Waterlow. Observa-se que, pela escala de Braden, a maioria dos pacientes, 26 indivíduos (43,3%), foi classificada como de Baixo risco, seguida da classificação Sem risco, com 15 pacientes (25%), Risco moderado, com 16 pacientes (26,7%), Risco alto, com dois pacientes (3,3%), e Risco muito alto, com apenas um (1,7%). Pela classificação de Waterlow, a maioria dos indivíduos pesquisados (34, 56,7%) tiveram classificação Em risco, 22 pacientes (36,7%) foram classificados como de Alto risco e apenas quatro (6,7%) de Altíssimo risco.

Tabela 20. Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Braden e Waterlow no segundo dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Escala de Braden \ Escala de Waterlow	Em risco	Alto risco	Altíssimo risco	Total	p valor
	N (%)	N (%)	N (%)	%	0.2403
Sem risco	15 (25)	--	--	15 (25)	
Baixo risco	21 (35)	7 (11,7)	1 (1,7)	29 (48,3)	
Risco Moderado	2 (3,3)	10 (16,7)	3 (5)	15 (25)	
Risco alto	--	1 (1,7)	--	1 (1,7)	
Risco muito alto	--	--	--	--	
Total	38 (63,3)	18 (30)	4 (6,7)	60 (100)	

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Na Tabela 20, também se observa a frequência do escore no segundo dia de avaliação, agora sendo comparadas as escalas de Braden e Waterlow. Observa-se que, pela escala de Braden, a maioria dos pacientes, 29 indivíduos (48,3%), foi classificada como de Baixo risco, seguida da classificação Sem risco, com 15 pacientes (25%), Risco moderado, com 15 pacientes (25%), Risco alto, com um paciente (1,7%). Conforme a classificação de Waterlow, a maioria dos indivíduos pesquisados (38, 63,3%) foi classificada como Em risco, 18 pacientes (30%) como Alto risco e apenas quatro (6,7%) como Altíssimo risco.

Tabela 21. Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Braden e Waterlow no terceiro dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Escala de Braden \ Escala de Waterlow	Em risco	Alto risco	Altíssimo risco	Total %	p valor
	N (%)	N (%)	N (%)		
Sem risco	14 (23,3)	--	--	14 (23,3)	0.135
Baixo risco	24 (40)	9 (15)	1 (1,7)	33 (55)	
Risco Moderado	2 (3,3)	8 (13,3)	2 (3,3)	12 (20)	
Risco alto	--	1 (1,7)	--	1 (1,7)	
Risco muito alto	--	--	--	--	
Total	40 (66,7)	18 (30)	2 (3,3)	60 (100)	

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Na Tabela 21, também se observa a frequência do escore no terceiro dia de avaliação, agora sendo comparadas as escalas de Braden e Waterlow. Observa-se que, pela escala de Braden, a maioria dos pacientes, 33 pacientes (55%), foi classificada como de Baixo risco, seguida da classificação Sem risco, com 14 pacientes (23,3%), Risco moderado, com 12 pacientes (20%), Risco alto, com um paciente (1,7%).

Ainda na Tabela 21, pela classificação de Waterlow, a maioria (40, 66,7%) teve classificação Em risco, seguido de 18 pacientes (30%) com classificação de Alto risco e apenas dois (3,3%) de Altíssimo risco.

Tabela 22. Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Norton e Waterlow no primeiro dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Escala de Norton \ Escala de Waterlow	Em risco	Alto risco	Altíssimo risco	Total	P valor
	N (%)	N (%)	N (%)	%	0.01
Baixo	27 (45)	4 (6,7)	--	31 (51,7)	
Moderado	7 (11,7)	17 (28,3)	4 (6,7)	28 (46,7)	
Elevado	--	1 (1,7)	--	1 (1,7)	
Total	34 (56,7)	22 (36,7)	4 (6,7)	60 (100)	

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Na Tabela 22, também se observa a frequência do escore no primeiro dia de avaliação, agora sendo comparadas as escalas de Norton e Waterlow. Observa-se que, pela escala de Norton, a maioria dos pacientes, 31 indivíduos (51,7%), foi classificada como de Baixo risco, seguida da classificação de Risco moderado, com 28 pacientes (46,7%), Risco elevado, com um paciente (1,7%).

Ainda na Tabela 22, pela classificação de Waterlow, a maioria (34, 56,7%) teve classificação Em risco, seguido de 22 pacientes (36,7%) classificados como de Alto risco, e apenas quatro (6,7%) como Altíssimo risco.

Tabela 23. Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Norton e Waterlow no segundo dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Escala de Norton \ Escala de Waterlow	Em risco	Alto risco	Altíssimo risco	Total	p valor
	N (%)	N (%)	N (%)	%	0.0231
Baixo	31 (51,7)	2 (5)	--	34 (56,7)	
Moderado	7 (11,7)	14 (23,3)	4 (6,7)	25 (41,7)	
Elevado	--	1 (1,7)	--	1 (1,7)	
Total	38 (63,3)	18 (30)	4 (6,7)	60 (100)	

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Na Tabela 23, também se observa a frequência do escore no segundo dia de avaliação, agora sendo comparada as escalas de Norton e Waterlow. Observa-se que, pela escala de Norton, a maioria dos pacientes, 31 indivíduos (51,7%), foi classificada como de Baixo risco,

seguida da classificação de Risco moderado, com 28 pacientes (46,7%), e Risco elevado, com um paciente (1,7%).

Ainda na Tabela 23, pela classificação de Waterlow, a maioria (34,56,7%) teve classificação Em risco, seguido de 22 pacientes (36,7%) classificados como de Alto risco e apenas quatro (6,7%) como de Altíssimo risco.

Tabela 24. Caracterização da comparação das frequências entre as escalas de Norton e Waterlow no terceiro dia dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Escala de Norton	Escala de Waterlow	Em risco	Alto risco	Altíssimo risco	Total	p valor 1e-04
		N (%)	N (%)	N (%)	%	
Baixo		35 (58,3)	4 (6,7)	1 (1,7)	40 (66,7)	
Moderado		5 (8,3)	13 (21,7)	1 (1,7)	19 (31,7)	
Elevado		--	1 (1,7)	--	1 (1,7)	
Total		40 (66,7)	18 (30)	2 (3,3)	60 (100)	

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Na Tabela 24, também se observa a frequência do escore no terceiro dia de avaliação, agora sendo comparada as escalas de Norton e Waterlow. Observa-se que, pela escala de Norton, a maioria dos pacientes, 40 indivíduos (66,7%), foi classificada como de Baixo risco, seguida da classificação Risco moderado, com 19 pacientes (31,7%), e Risco elevado, com um paciente (1,7%).

Ainda na Tabela 24, pela classificação de Waterlow, a maioria dos indivíduos pesquisados (40, 66,7%) teve classificação Em risco, seguido de 18 pacientes (30%) classificados como de Alto risco e apenas dois (3,3%) como de Altíssimo risco.

Tabela 25. Tabela resumo do teste de Goodman-Kruskal referente a caracterização da comparação entre as escalas de avaliação do risco de LP dos pacientes da amostra (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

	Goodman-Kruskal	p-valor
Braden x Norton	0,5	α : 0,05
Braden x Waterlow	0,3	α : 0,05
Waterlow x Norton	0,02	α : 0,05

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Na Tabela 25, as conclusões dos testes basearam-se em p-valores usando a faixa de corte de 5%, após a execução dos testes de correlação dos escores das três escalas

considerando-se as escalas de Braden, Waterlow e Norton. Foi utilizado o teste de Goodman-Kruskal para verificar a associação entre as variáveis.

Observa-se que as três escalas possuíram associação entre si, uma associação forte, pois os valores dos coeficientes são próximos de um e são associações comprovadas pois os p-valores associados ao teste mostram ser significantes.

5.5 IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E SUA CARACTERIZAÇÃO

5.5.1 Diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes da amostra

A NANDA-I descreve 13 domínios, onde estão distribuídos os 244 diagnósticos de enfermagem (NANDA-I, 2018). Foram selecionados, neste estudo, cinco domínios, conforme Tabela 28 e 29, sendo eles: Nutrição, Eliminação/Troca, Atividade/Repouso, Segurança/Proteção e Conforto, nos quais consta um universo de 135 possibilidades de diagnósticos de enfermagem.

A taxonomia da NANDA-I (2018) possibilitou arrolar 651 diagnósticos de enfermagem nos 60 indivíduos estudados, sendo 370 diagnósticos com foco no problema e 281 diagnósticos de vulnerabilidade, com variação de quatro a 17, média de 10,7 e mediana de 10,5 diagnósticos por paciente. Foram obtidos 43 diagnósticos diferentes, considerando-se apenas cinco domínios, como já descrito, sendo 27 diagnósticos com foco no problema (reais) e 16 diagnósticos de risco (ou vulnerabilidade) apresentados nas Tabelas 26 e 31, respectivamente.

Dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema identificados na Tabela 26, apenas cinco apresentaram frequências superiores ou iguais a 40%. Foram eles: Mobilidade física prejudicada (80%), Déficit no autocuidado para banho (75%), Débito cardíaco diminuído (60%), Dor aguda (55%) e Integridade tissular prejudicada (40%).

Os 22 diagnósticos restantes, com frequência menor que 40% foram: Eliminação urinária prejudicada (35%), Fadiga (31,7%), Volume de líquidos excessivo (31,7%), Sobrepeso (31,7%), Padrão respiratório ineficaz (30%), Intolerância à atividade (28,3%), Obesidade (20%), Distúrbio no padrão de sono (23,3%), Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (15%), Insônia (8,3%), Integridade da pele prejudicada (8,3%), Volume de líquidos deficiente (8,3%), Constipação (6,7%), Incontinência intestinal (6,7%), Náusea (6,7%), Deglutição prejudicada (3,3%), Desobstrução ineficaz das vias aéreas (3,3%),

Dentição prejudicada (1,7%), Diarreia (1,7%), Incontinência urinária de urgência (1,7%), Recuperação cirúrgica retardada (1,7%) e Troca de gases prejudicada (1,7%).

Tabela 26. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema identificados na amostra conforme NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Diagnóstico de Enfermagem	N	%
Mobilidade física prejudicada	48	80
Déficit no autocuidado para banho	45	75
Débito cardíaco diminuído	36	60
Dor aguda	33	55
Integridade tissular prejudicada	24	40
Eliminação urinária prejudicada	21	35
Fadiga	19	31,7
Volume de líquidos excessivo	19	31,7
Sobrepeso	19	31,7
Padrão respiratório ineficaz	18	30
Intolerância à atividade	17	28,3
Obesidade	12	20
Distúrbio no padrão de sono	14	23,3
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	9	15
Insônia	5	8,3
Integridade da pele prejudicada	5	8,3
Volume de líquidos deficiente	5	8,3
Constipação	4	6,7
Incontinência intestinal	4	6,7
Náusea	4	6,7
Deglutição prejudicada	2	3,3
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	2	3,3
Dentição prejudicada	1	1,7
Diarreia	1	1,7
Incontinência urinária de urgência	1	1,7
Recuperação cirúrgica retardada	1	1,7
Troca de gases prejudicada	1	1,7

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

A distribuição dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema, de acordo com os domínios a que pertencem, pode ser observada na Tabela 27.

Conforme a Tabela 27, no domínio Nutrição, foram identificados seis diferentes diagnósticos com foco no problema, sendo arrolados um total de 66 (18,1%) no universo de 367 diagnósticos reais levantados. Foram assim distribuídos: Volume de líquidos excessivo (19; 31,7%), Sobrepeso (19; 31,7%), Obesidade (12; 20%), Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (9; 15%), Volume de líquidos deficiente (5; 8,3%) e Deglutição prejudicada (2; 3,3%).

Tabela 27. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema identificados na amostra conforme domínios da NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Domínio	Diagnóstico de enfermagem	N	%
Nutrição	Volume de líquidos excessivo	19	31,7
	Sobrepeso	19	31,7
	Obesidade	12	20
	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	9	15
	Volume de líquidos deficiente	5	8,3
	Deglutição prejudicada	2	3,3
	Total	66	18,1
Eliminação e troca	Eliminação urinária prejudicada	21	35
	Constipação	4	6,7
	Incontinência intestinal	4	6,7
	Diarreia	1	1,7
	Incontinência urinária de urgência	1	1,7
	Troca de gases prejudicada	1	1,7
	Total	32	8,8
Atividade/repouso	Mobilidade física prejudicada	48	80
	Déficit no autocuidado para banho/ demais	45	75
	Débito cardíaco diminuído	36	60
	Fadiga	19	31,7
	Padrão respiratório ineficaz	18	30
	Intolerância à atividade	17	28,3
	Distúrbio no padrão de sono	14	23,3
	Insônia	5	8,3
	Total	202	55
Segurança/proteção	Integridade tissular prejudicada	24	40
	Integridade da pele prejudicada	5	8,3
	Desobstrução ineficaz das vias aéreas	2	3,3
	Dentição prejudicada	1	1,7
	Recuperação cirúrgica retardada	1	1,7
	Total	33	9,0
Conforto	Dor aguda	33	55
	Náusea	4	6,7
	Total	37	10,1

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Ainda segundo a Tabela 27, no domínio Eliminação/Troca, também foram identificados 6 rótulos diagnósticos, arrolaram-se 32 (8,8%) diagnósticos. Foram observados: Eliminação urinária prejudicada (21; 35%), Constipação (4; 6,7%), Incontinência intestinal (4; 6,7%), Diarreia (1; 1,7%), Incontinência urinária de urgência (1; 1,7%) e Troca de gases prejudicada (1; 1,7%).

No domínio Atividade/Repouso, conforme Tabela 27, houve oito diferentes diagnósticos, com 202 (55%) arrolados, sendo eles: Mobilidade física prejudicada (48; 80%), Déficit no autocuidado para banho/ demais (45; 75%), Débito cardíaco diminuído (36; 60%),

Fadiga (19; 31,7%); Padrão respiratório ineficaz (18; 30%), Intolerância à atividade (17; 28,3%), Distúrbio no padrão de sono (14; 23,3%) e Insônia (5; 8,3%).

Ainda de acordo com a Tabela 27, no domínio Segurança/Proteção, foram cinco rótulos diagnósticos, sendo 33 (9%) levantados: Integridade tissular prejudicada (24; 40%), Integridade da pele prejudicada (5; 8,3%), Desobstrução ineficaz das vias aéreas (2; 3,3%), Dentição prejudicada (1; 1,7%), Recuperação cirúrgica retardada (1; 1,7%).

No domínio Conforto, dois diagnósticos foram identificados, conforme Tabela 27, sendo 37 (10,1%) totais. A Dor aguda (33; 55%) e a Náusea (4; 6,7%) representaram esse domínio.

Tabela 28. Testes de Qui-quadrado entre o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada e as escalas nos três primeiros dias de observação. (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019

Variável	Qui-quad.	p-valor	Significância
Braden dia 1	5.24	0.0220	*
Braden dia 2	3.88	0.0488	*
Braden dia 3	2.71	0.0999	
Norton dia 1	5.24	0.0220	*
Norton dia 2	3.47	0.0624	
Norton dia 3	2.71	0.0999	
Waterlow dia 1	12.96	0.0003	*
Waterlow dia 2	9.21	0.0024	*
Waterlow dia 3	4.54	0.0331	*

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Na Tabela 28 obteve-se o resultado do teste de Qui-quadrado entre a relação dos três primeiros dias (24, 48 e 72 h) avaliados com o DE Mobilidade física prejudicada. Houve significância com os três dias da escala de Waterlow, o primeiro e segundo dia de Braden e o primeiro dia de Norton.

Tabela 29. Relação entre o desenvolvimento de Lesão por Pressão e apresentar o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada. (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019

	Sim	%	Não	%	Total	%	p valor
NÃO	44	73.33	12	20	56	93.33	0.698
SIM	4	6.67	0	0	4	6.67	
Total	48	80	12	20	60	100	

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Na Tabela 29 obteve-se o resultado do teste de Qui-quadrado comparando o fato de desenvolver lesão por pressão e possuir o DE Mobilidade física prejudicada, observando-se que não houve associação significativa entre as duas variáveis, devido a p valor de 0,698.

Tabela 30. Associação entre o DE Déficit no autocuidado para banho e os valores nas escalas. (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019

	Sim	%	Não	%	Total	%	p valor
NÃO	41	69.49	14	23.73	55	93.22	0.585
SIM	4	6.78	0	0	4	6.78	
Total	45	76.27	14	23.73	59	100	

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Na Tabela 30 obteve-se o resultado do teste de Qui-quadrado comparando o fato de desenvolver lesão por pressão e possuir o DE Déficit no autocuidado para banho, observando-se que não houve associação significativa entre as duas variáveis, devido a p valor de 0,585.

Tabela 31. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco identificados na amostra conforme NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019

Diagnóstico de Enfermagem	N	%
Risco de queda	60	100
Risco de infecção	53	88,3
Risco de tromboembolismo venoso	50	83,3
Risco de lesão por pressão	37	61,7
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	22	36,7
Risco de sangramento	13	21,7
Risco de constipação	11	18,3
Risco de desequilíbrio eletrolítico	10	16,7
Risco de débito cardíaco diminuído	6	10
Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	5	8,3
Risco de recuperação cirúrgica retardada	3	5
Risco de sobrepeso	3	5
Risco de função hepática prejudicada	2	3,3
Risco de glicemia instável	2	3,3
Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico	2	3,3
Risco de volume de líquidos deficiente	2	3,3

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Dos diagnósticos de enfermagem de risco identificados na Tabela 31, apenas quatro apresentaram frequências superiores a 40%. Sendo eles: Risco de queda (100%), Risco de infecção (88,3%), Risco de tromboembolismo venoso (83,3%) e Risco de lesão por pressão (61,7%).

Os outros 12 DE, com frequência menor que 40% foram: Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída (36,7%), Risco de sangramento (21,7%), Risco de constipação (18,3%), Risco de desequilíbrio eletrolítico (16,7%), Risco de débito cardíaco diminuído (10%), Risco de perfusão tissular periférica ineficaz (8,3%), Risco de recuperação cirúrgica retardada (5%), Risco de sobrepeso (5%), Risco de função hepática prejudicada (3,3%), Risco de glicemia instável (3,3%), Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico (3,3%) e Risco de volume de líquidos deficiente (3,3%).

Tabela 32. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco identificados na amostra conforme domínios da NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Domínio	Diagnóstico de enfermagem	N	%
Nutrição	Risco de desequilíbrio eletrolítico	10	16,7
	Risco de sobrepeso	3	5
	Risco de função hepática prejudicada	2	3,3
	Risco de glicemia instável	2	3,3
	Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico	2	3,3
	Risco de volume de líquidos deficiente	2	3,3
	Total	21	7,5
Eliminação e troca	Risco de constipação	11	18,3
	Total	11	3,9
Atividade/repouso	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	22	36,7
	Risco de débito cardíaco diminuído	6	10
	Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	5	8,3
	Total	33	11,8
Segurança/proteção	Risco de queda	60	100
	Risco de infecção	53	88,3
	Risco de tromboembolismo venoso	50	83,3
	Risco de lesão por pressão	37	61,7
	Risco de sangramento	13	21,7
	Risco de recuperação cirúrgica retardada	3	5
	Total	216	77,1

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019

A distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco segundo os domínios a que pertencem pode ser observado na Tabela 32.

Dentre os domínios abordados, conforme Tabela 32, no domínio 2, Nutrição, foram identificados seis diagnósticos resultando em 7,1% do universo de 280 diagnósticos de risco arrolados, sendo eles: Risco de desequilíbrio eletrolítico (10; 16,7%), Risco de sobrepeso (3; 5%), Risco de função hepática prejudicada (2; 3,3%), risco de glicemia instável (2; 3,3%), Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico (2; 3,3%) e Risco de volume de líquidos deficiente (2; 3,3%).

Já no domínio 3, Eliminação e Troca, o diagnóstico Risco de constipação (11; 18,3%) correspondeu a 3,9% dos diagnósticos de risco arrolados.

No domínio 4, Atividade/Repouso, foram identificados três diagnósticos, somando 11,8%, sendo eles: Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída (22; 36,7%), Risco de débito cardíaco diminuído (6; 10%) e Risco de perfusão tissular periférica ineficaz (5; 8,3%).

No domínio 11, Segurança/Proteção, foram identificados seis diagnósticos de enfermagem, correspondendo a 77,1%, sendo eles: Risco de queda (60; 100%), Risco de infecção (53; 88,33%), Risco de tromboembolismo venoso (50; 83,3%), Risco de lesão por

pressão (37; 61,7%), Risco de sangramento (13; 21,7%) e Risco de recuperação cirúrgica retardada (3; 5%).

O domínio 12, Conforto, conta com apenas um diagnóstico de enfermagem de risco, o qual não foi identificado na amostra estudada.

5.5.2 Características definidoras dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema dos pacientes da amostra

Conforme a NANDA-I, as características definidoras são: indicadores/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico, por exemplo, sinais ou sintomas (NANDA-I, 2018, p.39).

Na Tabela 33, são apresentadas as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema de maior prevalência na amostra pesquisada.

Tabela 33. Distribuição das frequências das características definidoras para os diagnósticos de enfermagem com foco no problema dos pacientes da amostra com frequência superior a 40%, segundo a NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019. (Continua)

Diagnóstico de enfermagem/ Características definidoras	N	%
Mobilidade física prejudicada (n=48)		
Redução na amplitude de movimentos	40	83,3
Movimentos lentos	38	79,2
Redução nas habilidades motoras grossas	29	60,4
Dificuldade para virar-se	22	45,8
Desconforto	11	22,9
Dispneia ao esforço	5	10,4
Alteração na marcha	3	6,2
Envolvimento em substituições do movimento	3	6,2
Redução nas habilidades motoras finas	3	6,2
Tempo de resposta prolongado	3	6,2
Instabilidade postural	1	2,1
Total	158	
Déficit no autocuidado para banho (n=45)		
Capacidade prejudicada de lavar o corpo	39	86,7
Capacidade prejudicada de acessar a fonte de água	34	75,5
Capacidade prejudicada de acessar o banheiro	32	71,1
Capacidade prejudicada de secar o corpo	24	53,3
Capacidade prejudicada de pegar os artigos para o banho	9	20
Capacidade prejudicada de regular a água do banho	1	2,2
Total	139	
Débito cardíaco diminuído (n=36)		
Alteração no eletrocardiograma (ECG)	23	63,9
Alteração na pressão arterial	22	61,1

Tabela 33. Distribuição das frequências das características definidoras para os diagnósticos de enfermagem com foco no problema dos pacientes da amostra com frequência superior a 40%, segundo a NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019. (Conclusão)

Diagnóstico de enfermagem/ Características definidoras	N	%
Fração de ejeção diminuída	20	55,5
Edema	11	30,5
Dispneia	7	19,4
Índice cardíaco diminuído	6	16,7
Ansiedade	6	16,7
Fadiga	5	13,9
Ruídos adventícios respiratórios	5	13,9
Distensão da veia jugular	4	11,1
Ganho de peso	4	11,1
Tosse	3	8,3
Oligúria	3	8,3
Bradycardia	3	8,3
Taquicardia	2	5,5
Palpitações cardíacas	1	2,8
Tempo de preenchimento capilar prolongado	1	2,8
Dispneia paroxística noturna	1	2,8
Total	127	
Dor aguda (n=33)		
Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor	31	93,9
Expressão facial de dor	22	66,7
Alteração no parâmetro fisiológico	10	30,3
Alteração no apetite	5	15,1
Comportamento expressivo	2	6,1
Total	70	
Integridade tissular prejudicada (n=24)		
Dano tecidual	22	91,7
Tecido destruído	21	87,5
Dor aguda	19	79,6
Vermelhidão	14	58,3
Sangramento	8	33,3
Hematoma	5	20,8
Área localizada quente ao toque	1	4,2
Total	90	

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

A característica definidora, conforme Tabela 33, de maior prevalência para o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada, presente em 80% da amostra, foi Redução na amplitude de movimentos com 83,3%, destacando-se os Movimentos lentos (79,2%), a Redução nas habilidades motoras grossas (60,4%) e a Dificuldade para virar-se (45,8%). Em menor prevalência, há Desconforto (22,9%), Dispneia ao esforço (10,4%), com representação de 6,2% houve Alteração na marcha, Envolvimento em substituições do movimento, Redução nas habilidades motoras finas e Tempo de resposta prolongado. Apenas um paciente (2,1%) apresentou Instabilidade postural.

Déficit no autocuidado para banho esteve presente em 75% da amostra. Para esse diagnóstico de enfermagem, Capacidade prejudicada de lavar o corpo esteve presente em 86,7%, Capacidade prejudicada de acessar a fonte de água em 75,5%, Capacidade prejudicada de acessar o banheiro em 71,1%, Capacidade prejudicada de secar o corpo em 53,3%, Capacidade prejudicada de pegar os artigos para o banho em 20% e apenas uma pessoa apresentou Capacidade prejudicada de regular a água do banho.

As características definidoras de maior prevalência para o diagnóstico de Débito cardíaco diminuído, presente em 60% da amostra, foram Alteração no eletrocardiograma (ECG), com 63,9%, Alteração na pressão arterial, com 61,1%, Fração de ejeção diminuída, com 55,5% e Edema, com 30,5%. Em menor frequência foram encontradas também Dispneia com 19,4%, Índice cardíaco diminuído e Ansiedade, com 16,7%, Fadiga e Ruídos adventícios respiratórios, com 13,9%, Distensão da veia jugular e Ganho de peso, com 11,1%, Tosse, Oligúria e Bradicardia, com 8,3%, Palpitações cardíacas, Tempo de preenchimento capilar prolongado e Dispneia paroxística noturna, com 2,8%.

Nos integrantes com diagnóstico de enfermagem de Dor aguda, 55% da amostra, observou-se como característica definidora, em 93,9% dos casos. Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor. Expressão facial de dor foi referida em 66,7%, enquanto Alteração no parâmetro fisiológico e Alteração no apetite em 30,3% e 15,1%, respectivamente. Em menor prevalência, houve Comportamento expressivo em 6,1% da amostra.

Já no diagnóstico de Integridade tissular prejudicada, representando 40% da amostra, as características de maior prevalência foram Dano tecidual, Tecido destruído e Dor aguda com 91,7%, 87,5% e 79,6%, respectivamente. Os demais foram Vermelhidão, com 58,3%, Sangramento, com 33,3%, Hematoma, com 20,8% e Área localizada quente ao toque, com 4,2%.

5.5.3 Fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema dos pacientes da amostra

Conforme definição da NANDA-I, fatores relacionados são: componente que integra todos os diagnósticos de enfermagem com foco no problema. Incluem etiologias, circunstâncias, fatos ou influências que têm certo tipo de relação com os diagnósticos de enfermagem” (NANDA-I, 2018, p.39).

Na Tabela 34, estão representados os fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem reais mais relevantes no estudo.

Tabela 34. Distribuição das frequências dos fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem com foco no problema dos pacientes da amostra com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Diagnóstico de enfermagem/ Fatores relacionados	N	%
Mobilidade física prejudicada (n=48)		
Dor	23	47,9
Massa muscular diminuída	19	39,6
Intolerância à atividade	18	37,5
Força muscular diminuída	15	31,2
Controle muscular diminuído	10	20,8
Ansiedade	6	12,5
Mobilidade física prejudicada (n=48)		
Falta de condicionamento físico	5	10,4
Estilo de vida sedentário	3	6,2
Rigidez articular	3	6,2
Desnutrição	1	2,1
Resistência diminuída	1	2,1
Total	104	
Déficit no autocuidado para banho (n=45)		
Dor	25	55,5
Fraqueza	18	40
Ansiedade	5	11,1
Barreira ambiental	5	11,1
Total	53	
Débito cardíaco diminuído (n=36)		
Não foram desenvolvidos	0	
Dor aguda (n=33)		
Agente físico lesivo	18	54,5
Agente biológico lesivo	8	24,2
Total	26	
Integridade tissular prejudicada (n=24)		
Estado nutricional desequilibrado	5	20,8
Volume de líquidos deficiente	4	16,7
Volume de líquidos excessivo	3	12,5
Umidade	1	4,2
Total	13	

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

O fator relacionado, conforme Tabela 34, de maior prevalência para o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada, presente em 80% da amostra, foi dor (47,9%), seguido de Massa muscular diminuída (39,6%), Intolerância à atividade (37,9%) e Força muscular diminuída (31,2%). Em menor frequência, há Controle muscular diminuído (20,8%), Ansiedade (12,5%), Falta de condicionamento físico (10,4%), Estilo de vida

sedentário e Rigidez articular, 6,2% cada um, e Desnutrição e Resistência diminuída, com 2,1% respectivamente.

Déficit no autocuidado para banho esteve presente em 75% da amostra. Para esse diagnóstico de enfermagem, Dor esteve presente em 55,5%, seguido de Fraqueza 40%, e, em menor frequência, Ansiedade e Barreira ambiental, com 11,1% cada um.

Para o diagnóstico de Débito cardíaco diminuído não há desenvolvido na NANDA-I (2018) fatores relacionados, apenas as condições associadas que serão descritas a seguir.

Nos integrantes com diagnóstico de enfermagem de Dor aguda, 55% da amostra, observou-se, como fator relacionado em 54,5% dos casos, agente físico lesivo e 24,2% agente biológico lesivo.

Os fatores relacionados de maior prevalência para o diagnóstico Integridade tissular prejudicada, que representa 40% da amostra, foram Estado nutricional desequilibrado (20,8%), seguido de Volume de líquidos deficiente (16,7%), Volume de líquidos excessivo (12,5%) e Umidade (4,2%).

5.5.4 Condições associadas dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema dos pacientes da amostra

Segundo a NANDA-I (2018), condições associadas são: “diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos. Essas condições não são independentemente modificáveis pelo enfermeiro” (NANDA-I, 2018, p. 24).

A Tabela 35 apresenta as condições associadas para os diagnósticos de enfermagem com foco no problema dos pacientes da amostra mais prevalentes na amostra estudada.

Para o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada, presente em 80% da amostra, foram identificadas cinco condições associadas - Alteração no metabolismo, com 47,9%, Prejuízo musculoesquelético, com 45,8%, Restrições prescritas de movimento, com 43,7%, e em menor frequência, Alteração na integridade de estruturas ósseas, com 4,2%, e Prejuízo neuromuscular, com 2,1%.

Tabela 35. Distribuição das frequências das condições associadas para os diagnósticos de enfermagem com foco no problema dos pacientes da amostra com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Diagnóstico de enfermagem/ Condições associadas	N	%
Mobilidade física prejudicada (n=48)		
Alteração no metabolismo	23	47,9
Prejuízo musculoesquelético	22	45,8
Restrições prescritas de movimento	21	43,7
Alteração na integridade de estruturas ósseas	2	4,2
Prejuízo neuromuscular	1	2,1
Total	69	
Déficit no autocuidado para banho (n=45)		
Prejuízo musculoesquelético	43	95,5
Capacidade prejudicada de perceber uma parte do corpo	2	4,4
Total	45	
Débito cardíaco diminuído (n=36)		
Alteração na contratilidade	30	83,3
Alteração na pós-carga	26	72,2
Alteração no ritmo cardíaco	23	63,9
Alteração na pré-carga	16	44,4
Alteração na frequência cardíaca	3	8,3
Total	98	
Dor aguda (n=33)		
Não tem classificação de condições associadas		
Integridade tissular prejudicada (n=24)		
Procedimento cirúrgico	21	87,5
Trauma vascular	14	58,3
Alteração no metabolismo	10	41,7
Mobilidade prejudicada	7	29,7
Punção arterial	6	25
Circulação prejudicada	2	8,3
Total	60	

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Ainda, conforme Tabela 35, no diagnóstico Déficit no autocuidado para banho, houve apenas duas condições associadas, sendo elas: Prejuízo musculoesquelético (95,5%) e Capacidade prejudicada de perceber uma parte do corpo (4,4%).

Para o diagnóstico de Débito cardíaco diminuído, cinco condições associadas se fizeram presentes na amostra estudada, com maior frequência de Alteração na contratilidade (83,3%), Alteração na pós-carga (72,2%) e Alteração no ritmo cardíaco (63,9%). Outros dois fatores de menor frequência se fizeram presentes - Alteração na pré-carga (44,4%) e Alteração na frequência cardíaca (8,3%).

Nos integrantes com diagnóstico de enfermagem de Dor aguda, representando 55% da amostra, observou-se como condição associada, em 54,5% dos casos, Agente físico lesivo, e, em 24,2% dos casos, Agente biológico lesivo.

As condições associadas de maior prevalência para o diagnóstico Integridade tissular prejudicada, representando 40% da amostra, foram Procedimento cirúrgico (87,5%), seguido de Trauma vascular (58,3%), Alteração no metabolismo (41,7%), Mobilidade prejudicada (29,7%), Punção arterial (25%) e Circulação prejudicada (8,3%).

5.5.5 Fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem de risco dos pacientes da amostra

Segundo NANDA-I (2018), fatores de risco são: influências que aumentam a vulnerabilidade de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades a um evento não saudável, por exemplo, ambiental, psicológico ou genético (NANDA-I, 2018, p. 39).

Tabela 36. Distribuição das frequências dos fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem de risco dos pacientes da amostra com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Diagnóstico de enfermagem/ Fatores de risco *	N	%
Risco de queda (n=60)		
Cenário pouco conhecido	60	100
Mobilidade prejudicada	41	68,3
Dificuldades na marcha	10	16,7
Alteração na glicemia sanguínea	1	1,7
Ausência de sono	1	1,7
Urgência urinária	1	1,7
Risco de infecção (n=53)		
Tabagismo	3	5,7
Alteração na integridade da pele	2	3,8
Desnutrição	2	3,8
Obesidade	2	3,8
Risco de tromboembolismo venoso (n=50)		
Mobilidade prejudicada	35	70
Obesidade	10	20
Desidratação	2	4
Risco de lesão por pressão (n=37)		
Atrito em superfície	37	100
Forças de cisalhamento	37	100
Redução na mobilidade	30	81,1
Sobrepeso	14	37,8
Nutrição inadequada	11	29,7
Tabagismo	3	8,1
Desidratação	2	5,4
Período prolongado em superfície rija	1	2,7
Déficit no autocuidado	1	2,7

Observação: (*) Alguns fatores de risco se somaram também às condições associadas dos diagnósticos

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

O fator de risco, conforme Tabela 36, de maior prevalência para o diagnóstico de enfermagem Risco de queda, presente em 100% da amostra, foi Cenário pouco conhecido, prevalecendo em todos os pacientes, seguido de Mobilidade prejudicada (68,3%). Em menor frequência, há Dificuldades na marcha (16,7%), Alteração na glicemia sanguínea, Ausência de sono e Urgência urinária, apresentando 1,7% cada um.

Risco de infecção esteve presente em 88,3% da amostra. Para esse diagnóstico de enfermagem, Tabagismo esteve presente em 5,7%, seguido Alteração na integridade da pele, Desnutrição e Obesidade, com 3,8% cada um.

Para o diagnóstico de Risco de tromboembolismo venoso, prevalente em 83,3% da amostra, tiveram três fatores de risco, sendo eles: Mobilidade prejudicada, com 70%, Obesidade, com 20%, e Desidratação, com 4%.

Os fatores relacionados de maior prevalência para o diagnóstico Risco de lesão por pressão, representando 61,7% da amostra, foram: Atrito em superfície e Forças de cisalhamento, representando 100% da amostra, e Redução na mobilidade, 81,1% dos indivíduos analisados. Em menor prevalência, há Sobrepeso, 37,8% dos indivíduos analisados, Nutrição inadequada, com 29,7%, Tabagismo, 8,1%, Desidratação, 5,4%, Período prolongado em superfície rija, com 2,7% e Déficit no autocuidado, com 2,7%.

5.5.6 População em risco dos diagnósticos de enfermagem de risco dos pacientes da amostra

Segundo NANDA-I (2018), população em risco são: grupos de pessoas que partilham alguma característica que faz cada membro ser suscetível a determinada resposta humana. Essas características não são modificáveis pelo enfermeiro (NANDA-I, 2018, p. 24).

A Tabela 37 apresenta população em risco para os diagnósticos de enfermagem de risco dos pacientes da amostra com frequência superior a 40%, sendo que o diagnóstico Risco de infecção não apresentou representação para esse grupo.

Para o diagnóstico de enfermagem Risco de queda, há apenas uma população em risco, pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (45%).

O diagnóstico de Risco de tromboembolismo venoso apresentou cinco populações em risco, com destaque para Admissão em unidade de terapia intensiva presente em 100% da amostra. Em seguida, há os fatores: Idade maior ou igual a 60 anos, 54% dos casos, História

de acidente vascular encefálico e Fumante atual, cada um apresentando prevalência de 14%, e História anterior de tromboembolismo venoso com 6%.

O diagnóstico Risco de lesão por pressão também apresentou cinco grupos em risco, com maior prevalência: adulto - escore na Escala de Braden < 17 (73%), no sexo feminino (56,7%) e nos extremos de idade (51,3%). Em menor prevalência, há os fatores extremos de peso (16,2%) e história de acidente vascular encefálico (8,1%).

Tabela 37. Distribuição das frequências da população em risco para os diagnósticos de enfermagem de risco dos pacientes da amostra com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Diagnóstico de enfermagem/ População em risco	N	%
Risco de queda (n=60)		
Idade ≥ 65 anos	27	45
Risco de tromboembolismo venoso (n=50)		
Admissão em unidade de terapia intensiva	50	100
Idade > 60 anos	27	54
História de acidente vascular encefálico	7	14
Fumante atual	7	14
História anterior de tromboembolismo venoso	3	6
Risco de lesão por pressão (n=37)		
Adulto: escore na Escala de Braden < 17	27	73
Sexo feminino	21	56,7
Extremos de idade	19	51,3
Extremos de peso	6	16,2
História de acidente vascular encefálico	3	8,1

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

5.5.7 Condições associadas dos diagnósticos de enfermagem de risco dos pacientes da amostra

A Tabela 38 mostra as frequências das condições associadas para os diagnósticos de enfermagem de risco dos pacientes da amostra com frequência superior a 40%.

Entre as condições associadas, conforme a Tabela 36, de maior prevalência para o diagnóstico de enfermagem Risco de queda, presente em 100% da amostra, foram identificadas três: Período de recuperação pós-operatória (20%), Anemia (20%) e Visão prejudicada (15%). Em menor prevalência, Neoplasia (6,7%), Doença aguda (3,3%), Neuropatia (1,7%), Condição que afeta os pés (1,7%), destacando-se a artrose, que não está inserida na classificação da NANDA-I presente em 3,3%.

Risco de infecção apresentou três condições associadas: Procedimento invasivo, presente em 100% da amostra, Doença crônica (68%) e Hemoglobina diminuída (11,3%).

As condições associadas de maior prevalência para o diagnóstico Risco de tromboembolismo venoso foram: Comorbidade médica significativa (90%), Pós-operatório de cirurgia importante (36%), Cirurgia e tempo total de anestesia maior que 90 minutos (30%), Diagnóstico atual de câncer (16%), Acidente vascular encefálico (10%) e Uso de terapia de reposição hormonal (8%).

Tabela 38. Distribuição das frequências das condições associadas para os diagnósticos de enfermagem de risco dos pacientes da amostra com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I (n= 60) – Brasília, dezembro 2018 a abril 2019.

Diagnóstico de enfermagem/ Condições associadas*	N	%
Risco de queda (n=60)		
Período de recuperação pós-operatória	12	20
Anemia	12	20
Visão prejudicada	9	15
Neoplasia	4	6,7
Doença aguda	2	3,3
Condição que afeta os pés	2	3,3
Neuropatia	1	1,7
Risco de infecção (n=53)		
Procedimento invasivo	53	100
Doença crônica	36	68
Hemoglobina diminuída	6	11,3
Risco de tromboembolismo venoso (n=50)		
Comorbidade médica significativa	45	90
Pós-operatório de cirurgia importante	18	36
Cirurgia e tempo total de anestesia > 90 minutos	15	30
Diagnóstico atual de câncer	8	16
Acidente vascular encefálico	5	10
Uso de terapia de reposição hormonal	4	8
Risco de lesão por pressão (n=37)		
Doença cardiovascular	19	51,3
Anemia	17	45,9
Edema	13	35,1
Redução no nível de albumina sérica	7	18,9
Circulação prejudicada	2	5,4
Imobilização física	1	2,7
Alteração na sensibilidade	1	2,7

Observação:(*) Nem todos os pacientes apresentaram condições associadas.

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

O diagnóstico Risco de lesão por pressão apresentou as seguintes condições associadas: Doença cardiovascular (51,3%), Anemia (45,9%), Edema (35,1%), Redução no nível de albumina sérica (18,9%), Circulação prejudicada (5,4%), Imobilização física (2,7%) e Alteração na sensibilidade (2,7%).

6 DISCUSSÃO

Torna-se importante o conhecimento do perfil epidemiológico e prognósticos de populações de pacientes atendidos por Unidades de Terapia Intensiva, visto que essas são áreas específicas de alto custo para o hospital e que tem uma demanda de leitos necessárias para a população (GUIA, et al., 2015).

Diante disso, faz-se necessário a discussão dos resultados para entender o contexto da população estudada, já que em um local de terapia intensiva o paciente encontra-se em uma situação crítica e diversos outros fatores podem influenciar sua condição clínica e aumentar o período de internação. Além disso, é importante conhecer como esse paciente estará respondendo à sua nova condição de doença, pois esse aspecto fará parte do planejamento assistencial do enfermeiro. O conhecimento das informações pessoal, social, econômico-demográficas da população estudada auxilia os profissionais de enfermagem na identificação das dificuldades que servirão para um planejamento do cuidado.

Quando se conhece o perfil dos pacientes atendidos e se trabalha com métodos científicos consegue-se sistematizar a assistência prestada e torna-se fácil identificar alguns processos que ocorrem em pacientes hospitalizados, como os incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente os eventos adversos (EA), com destaque para a lesão por pressão, que foi objeto de estudo nesta pesquisa desenvolvida. Assim, foi possível avaliar os aspectos relacionados à integridade da pele em pacientes adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva fundamentado a partir da Teoria da Transição.

Dessa forma, a discussão dos resultados visa fornecer informações no processo de transição experimentado por uma pessoa que se encontra internada em uma UTI por meio da aplicação do julgamento clínico, além da avaliação dos aspectos relacionados à integridade da pele, mais especificamente das lesões por pressão, e do conhecimento dos diagnósticos de enfermagem em pacientes de UTI com risco de lesão por pressão, no intuito de se contribuir para os profissionais de enfermagem na identificação de fatores de risco através do uso de instrumentos preditivos de lesão por pressão, que são as escalas de risco.

Segundo Valles *et al.* (2016), essas escalas detectam o tipo de risco, conforme classificação gerada da avaliação. De acordo com os resultados dessa avaliação, um planejamento de cuidados deve ser elaborado para se evitar ou diminuir o desenvolvimento da lesão por pressão. Embora não tenha sido objetivo da presente pesquisa a abordagem do planejamento do cuidado, sabe-se que a discussão nessa linha trará subsídios para trabalhos futuros.

Os resultados serão apresentados em cinco etapas: na primeira, a caracterização pessoal, socioeconômico-demográfica dos clientes que compuseram a amostra. Em seguida, foram elencadas as características clínico-epidemiológicas pré-existentes dos participantes e do período de internação na unidade. Na terceira etapa, foram elencados os aspectos facilitadores e inibidores das condições de transição e os padrões de resposta segundo a Teoria da Transição. Em uma quarta etapa, foram descritas as escalas utilizadas no estudo, bem como a comparação entre as escalas de avaliação de risco de lesão por pressão elencadas. Por fim, encontram-se apresentados os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na amostra (40%), bem como suas características definidoras, seus fatores relacionados, as condições associadas e os fatores de risco.

É justo dizer que a aplicação do processo de enfermagem (coleta de dados e avaliação, diagnóstico, identificação de resultados, intervenção e reavaliação contínua) tem significância com o entendimento dos conceitos de enfermagem no intuito de identificá-los nos dados coletados (NANDA-I, 2018).

Para a prevenção do evento adverso da lesão por pressão, a avaliação do indivíduo deve incluir identificação desse risco, das comorbidades, dos medicamentos, dos resultados de testes de diagnóstico e dos fatores psicossociais. Além disso, deve-se avaliar o estado nutricional, a condição da pele, a mobilidade e a incontinência. Embora as barreiras no cuidado prestado existam no intuito de se evitar LP, às vezes eles ainda podem acontecer (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014).

Assim, ressalta-se o uso de indicadores elaborados para segurança do paciente que objetiva reduzir a probabilidade de ocorrência de eventos adversos advindos da exposição aos cuidados em saúde. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) realiza o acompanhamento de indicadores em todas as áreas de internação do hospital em estudo: áreas críticas (UTI, Pronto-Socorro), enfermarias e áreas fechadas (Centros Cirúrgico e Obstétrico). Assim, destacam-se alguns desses indicadores: Cirurgia Segura; Identificação do paciente; Avaliação de risco de queda; Avaliação do risco de lesão por pressão e Higienização das mãos (HUB, 2019).

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES DO ESTUDO QUANTO AO PERFIL SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO

Em relação ao gênero, na amostra estudada, houve pequena distribuição majoritária do sexo feminino (53,3%), em comparação com a do sexo masculino (46,7%), corroborando com

os resultados encontrados em outros estudos e, também, com o perfil de Brasília (LUCENA, *et al.*, 2011; GUIA, *et al.*, 2015; FERNANDES, *et al.*, 2012), embora esteja divergindo de outras pesquisas (ARAÚJO; ARAÚJO; CAETANO, 2011; GOMES, *et al.* 2011; ROGENSKI, KURCGANT, 2012; BORGAHT, *et al.*, 2015, TEIXEIRA, *et al.*, 2017).

Em estudo realizado com 77 indivíduos em um período de quatro meses, em um hospital universitário no Espírito Santo, houve um equilíbrio entre os sexos, com 51% mulheres e 49% homens (BORGAHT, *et al.*, 2016).

Há de se registrar também, que segundo a pesquisa distrital por amostra de domicílios do DF 2018, a distribuição populacional por sexo mostra que a maioria (52,2%) é constituída por mulheres (CODEPLAN, 2019).

A idade dos clientes entrevistados variou entre 32 e 87 anos, com média de 61,5 anos e mediana de 62,5 anos, com predominância do percentual de indivíduos com idade entre 60 a 69 anos, o que se justifica com o envelhecimento populacional, sendo uma realidade também da região Centro-Oeste, e, em específico, de Brasília-DF.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população com 60 anos ou mais está aumentando a cada ano pois, em 2001, existiam 15,5 milhões de idosos no Brasil e, em 2012, 24,5 milhões. Estima-se que haverá em 2020, 26 milhões de idosos (BRASIL, 2018).

Em 2000, o Distrito Federal (DF) tinha uma população de pouco mais de 2 milhões de pessoas, das quais 5,3% eram idosos. Já em 2010, a população idosa representava 7,7% da população, e as projeções para 2020 e 2030 são, respectivamente, de 10,4% e 14,9%. Dentre os idosos no DF, 59,7% é composta por pessoas de 60 a 69 anos de idade, 28,8% entre 70 a 79 anos e 11,45% têm 80 anos ou mais. Para 2030 há previsão de que 14,9% da população do DF seja constituída por idosos. Deve-se considerar a importância na atenção em relação a doenças crônicas, pois são causas de morbidade e mortalidade entre idosos (CODEPLAN, 2012).

Conforme se dá o aumento da população de idosos no mundo, a proporção de idosos admitidos nas UTI também cresce. Os dados encontrados nesta pesquisa vão ao encontro dos achados de outros pesquisadores que, conforme estudo de Guia *et al.* (2015) realizado em uma UTI de um Hospital do DF de 2004 a 2009, a idade média foi de 77,4 anos, sendo a maioria com idade superior a 60 anos. Gomes *et al.* (2011), ao estudarem uma amostra composta por 140 pacientes de Centros de Terapia Intensiva de hospitais de Belo Horizonte, confirmam que 90 deles tinham 60 anos ou mais, confirmando a população idosa nos estudos. Rogenski e Kurcgant (2012) realizaram uma pesquisa em um hospital escola de São Paulo:

UTI de 20 leitos, em que a idade dos pacientes com LP variou de 24 a 92 anos, com média de 55, sendo 34,4% deles com idade acima de 60 anos. Borgia *et al.* (2015) realizaram uma coorte prospectiva com 55 pacientes internados na Unidade Intermediária de Cuidados Intensivos Cirúrgicos e no Centro de Terapia Intensiva de um hospital no Espírito Santo, tiveram uma idade variando de 19 a 85 anos nos participantes, com a média de 59,4 anos. Borgia *et al.* (2016) apresentaram uma amostra de 77 pacientes internados em unidades intensivas de um hospital em Vitória- ES em que os pacientes com LP tiveram idade > 60 anos, com média de 61,3 anos. Teixeira *et al.*, (2017), desenvolveram um estudo de gerenciamento de risco de LP em pacientes de UTI adulta em um hospital do Ceará no qual dos 68 pacientes que tiveram LP 79,4% dos pacientes tinham idade superior a 60 anos, 14,7% entre 41 a 60 anos e 5,9% de 20 a 40 anos.

Como descrito, estudos brasileiros e internacionais, descrevem perfis de idosos como prevalentes, conforme trabalho de Cox (2011), em que estudou 347 pacientes de uma UTI em Nova Jersey, que obteve uma média de 69 anos, variando de 20 a 97 anos. E na pesquisa multicêntrica de Briggs *et al.* (2013), realizado em nove hospitais na Inglaterra, em que a idade média dos pacientes foi de 65,8 anos.

Poucos trabalhos indicam populações mais novas, a exemplo de Araújo, Araújo e Caetano (2011), no qual foi desenvolvido em três UTI de um hospital em Fortaleza por quatro meses com 83 pacientes internados com um serviço especializado em traumatologia e neurologia, cujo o mesmo está associado ao atendimento de acidentes de trânsito em homens jovens, tendo como média de idade de 35,3 anos, sendo 31% na faixa etária de 18 e 25 anos e 26,2% com 36 e 46 anos.

A idade é um fator a se considerar no presente estudo, em virtude das mudanças decorrentes da idade, principalmente quando associada a outros fatores que serão discutidos nos próximos tópicos, assim, o idoso está mais susceptível ao desenvolvimento de LP. Ao idoso estão associadas modificações envolvidas no processo de desenvolvimento de lesão por pressão, principalmente quando associado a alterações neurológicas, nutricionais, limitação de mobilidade e incontinências. Além disso, há características próprias do envelhecimento como fragilidade da pele, rugas, alteração na sensibilidade, desidratação, diminuição da camada dérmica, da vascularização e da proliferação epidérmica (LUCENA *et al.*, 2011; BORGHAHT *et al.*, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Desse modo, os idosos compõem um grupo que têm predisposição de risco na integridade da pele devido às alterações do envelhecimento: redução na elasticidade, diminuição da massa muscular e da frequência de reposição celular. Essas mudanças podem

ser alteradas por fatores externos como pressão, fricção, cisalhamento e umidade (ROGENSKI, KURCGANT, 2012).

Quanto à distribuição dos indivíduos conforme sua raça/cor, a amostra no estudo autodeclarou-se em sua maioria parda (41,7%), seguido de branca (28,3%), e negra (16,7%), em menor frequência, indígena (6,7%), amarela (5%) e 1,7% não declarou, se igualando com pesquisa em domicílios realizadas em 2018 no DF, na área urbana, no que diz respeito à raça/cor da pele, verificou-se que 47,5% dos moradores se declararam parda (CODEPLAN, 2019). Esses dados divergem de outros estudos na literatura, conforme as pesquisas de Gomes, *et al.* (2011); Rogenski e Kurcgant (2012); Borgaht, *et al.* (2015) que identificaram uma amostra de maioria branca.

Em relação ao estado conjugal, a maior parte era casada (30;50%), 10 (16,7%) participantes eram divorciados e na mesma proporção solteiros, e 05 (8,3%) tinham união estável e na mesma proporção viúvos. Divergindo da situação no DF em 2018 onde houve uma maior prevalência de solteiros, conforme pesquisa realizada pela Codeplan (2019), em relação ao estado civil, 48,2% da população com 14 anos ou mais de idade se declararam solteiros.

Em estudo realizado por Borgaht, *et al.* (2016), 60% dos participantes eram casados. A maioria dos estudos não fez referência em relação ao estado civil.

Em relação à escolaridade, a amostra caracteriza-se por baixa escolaridade, uma vez que 41,7% dos indivíduos pesquisados não concluíram o ensino fundamental, 16,7% não tem instrução, 11,7% concluíram o ensino médio e apenas 10% o ensino superior completo corroborando com dados gerais do IBGE em relação à baixo nível de instrução, e divergindo com dos dados do DF.

Segundo IBGE (2018), em geral, a força de trabalho brasileira possui um baixo nível de instrução, uma vez que, em 2017, 43,2% dos ocupados não possuem o ensino médio completo. Entretanto, o Distrito Federal possui uma taxa de analfabetismo menor que 3,5% (HUB, 2019). No que diz respeito à escolaridade das pessoas com 25 anos ou mais, segundo pesquisa distrital por amostra de domicílios em 2018, 33,9% declararam ter o ensino superior completo; 97,1% dos moradores com cinco anos ou mais de idade declararam saber ler e escrever. Para as pessoas entre 4 e 24 anos, 49,2% reportaram frequentar escola pública. (CODEPLAN, 2019).

Em pesquisa realizada por Teixeira *et al.* (2017), com 77 indivíduos internados em unidades intensivas, a maioria (58%) tinha ensino fundamental.

No quesito fonte de renda, observou-se que, a maior frequência (28;46,7%) foi de aposentados; 30% dos participantes declararam-se desempregados, apenas 14 pessoas encontravam-se ocupadas, destes 18,3% eram empregados e 5% autônomos. Esse aspecto de ocupação vai ao encontro da população do estudo, em que sua maioria foi idosa, com um maior número de aposentados, e corrobora com as pesquisas no DF no que se refere ao contingente de desempregados (CODEPLAN, 2018).

Dados da pesquisa nacional da coleta por domicílios mostram que a população idosa é essencialmente urbana, e, em 2008, 85% recebiam algum tipo de benefício ou auxílio, como aposentadoria ou pensão, e 28% eram analfabetos (BRASIL, 2018).

Em 2018, o nível de ocupação no Distrito Federal aumentou 2,0% em relação ao ano anterior. Houve a geração de postos de trabalho, o que absorveu o crescimento da População Economicamente Ativa (PEA), resultando no decréscimo do contingente de desempregados em 8 mil pessoas. O total de desempregados foi estimado em 307 mil pessoas, o de ocupados em 1.346 mil e o da PEA em 1.653 mil (CODEPLAN, 2018).

Observando-se o relatório da Codeplan (2019), que considerou as pessoas com 14 anos ou mais, 54% estavam ocupadas, e a população desocupada compreendeu 7,4% dessa mesma faixa etária, sendo que pessoas desocupadas são aquelas que não tinham trabalho, mas procuravam por uma ocupação no período considerado.

Em estudo de Teixeira *et. al.* (2017) um pouco mais que maioria (55%) ainda eram ativos no trabalho.

A distribuição da renda familiar na amostra desta pesquisa foi majoritariamente de indivíduos recebendo de um a dois salários mínimos, 29 (48,3%), seguido de pacientes com menos de um salário mínimo (14, 23,3%) e onze indivíduos (18,3%) declararam receber de 3 a 5 salários. Divergindo um pouco dos dados apurados na população do DF, pois dados apresentados pela pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD) 2012 demonstraram melhorias nas condições de vida da população do DF, como a melhoria da renda média da população, o acesso a bens duráveis e a equipamentos de comunicação. A renda média do trabalhador do DF continua a maior do País e foi relevante a elevação, no período de 2011 a 2012, do percentual de trabalhadores com rendimento entre 3 e 5 salários mínimos (CODEPLAN, 2013).

Em relação aos estudos na literatura, não foi possível a comparação pois não foi encontrado trabalho com especificação de renda familiar.

Em relação à naturalidade, a maioria foi constituída de participantes procedentes da Região Nordeste (24, 40%) seguindo-se prevalência (21, 35%) da Região Centro-Oeste. Os

resultados mostram-se convergentes com pesquisas realizadas no DF, em que essas duas regiões tem prevalência na pesquisa. Segundo dados de HUB (2019), os imigrantes das regiões Nordeste e Sudeste ainda são a maioria da população residente em Brasília (51,4%). Isso também foi encontrado na pesquisa distrital por amostra de domicílios do Distrito Federal (PDAD/DF) em 2015 com 48,92% sendo natural do DF. Em relação ao total de imigrantes, 52,15% foram da região Nordeste, 26,9% da região Sudeste, 13,7% do Centro-Oeste e das regiões Norte e Sul, juntas, chegaram em 6,6%. (CODEPLAN, 2016).

Segundo relatório da Codeplan (2019), 55,3% dos participantes na pesquisa informaram ter nascido no próprio DF, observando-se um aumento em relação ao ano de 2015, e entre os que não nasceram no DF seguem: Minas Gerais, 16,1%, Goiás, 12,2%, Bahia, 11,1%, Piauí, 10,7%, Maranhão, 10,6%, seguido em menor frequência de Ceará, Rio de Janeiro, Paraíba, São Paulo e Pernambuco.

6.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS PRÉ-EXISTENTE E DURANTE PERÍODO DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES DO ESTUDO

Acerca da queixa principal, majoritariamente (39;65%), dos pacientes entraram queixando-se de dor. Essa sintomatologia fortalece o diagnóstico de enfermagem Dor aguda (55%), identificado como um dos mais prevalentes, que será posteriormente elencado nos diagnósticos de enfermagem.

A dor pode fazer parte da experiência do paciente no período de internação hospitalar, e sua manutenção poderá ocasionar efeitos negativos físicos e psicológicos (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2018).

Em relação aos diagnósticos médicos houve predominância das doenças isquêmicas do coração (33;55%), sendo elas, conforme classificação CID-10 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019), Infarto agudo do miocárdio (IAM) (46,7%), Angina pectoris (6,7%) e Doença da artéria coronária (1,7%). Essa prevalência se deve à atual conjuntura dos tipos de doenças que afetam a população mundial, pois anteriormente as doenças infecciosas eram majoritárias, agora as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) prevalecem na sociedade (BRASIL, 2018).

O segundo diagnóstico médico mais prevalente são as neoplasias (18,3%), como as neoplasias maligna dos brônquios, carcinomatose peritoneal, neoplasia maligna de cólon, cistoadenoma mucinoso, neoplasia maligna de pulmão, câncer de estômago, neoplasia maligna de esôfago, neoplasia de bexiga, câncer de ovário e leucemia. Essa prevalência está

em consonância com os dados que mostram o câncer como o segundo prevalente nas DCNT. Desse modo, com a redução de crianças e jovens e com o aumentando da proporção de idosos e de sua expectativa de vida, observou-se o crescimento da taxa de mortalidade por DCNT no Brasil, seguido da redução da mortalidade por doenças transmissíveis, sendo as DCNT responsáveis por quase 70% dos óbitos no país, destacando-se as doenças cardiovasculares (31,3%), o câncer (16,3%), o diabetes (5,2%) e as doenças respiratórias crônicas (5,8%) (BRASIL, 2018).

Os principais fatores de risco das DCNT, responsáveis por óbitos e incapacidades, são: hipertensão arterial (responsável por 13% das mortes no mundo todo), seguido pelo tabagismo (9%), diabetes (6%), inatividade física (6%) e sobrepeso e obesidade (5%) (WHO, 2009b).

O quantitativo de diagnóstico médico prevalente se relaciona com a queixa principal de dor no peito, sendo que destes, 24 pacientes tiveram diagnóstico médico de Infarto agudo do miocárdio (IAM) e quatro de Angina pectoris. Esses dados se relacionam com as pesquisas que mostram as mortalidades das doenças cardiovasculares, e com os principais diagnósticos de enfermagem encontrados como Débito cardíaco diminuído (60%) que será discutido posteriormente.

Dentre as condições clínicas, as cardíacas e as respiratórias desempenham um papel relevante na ocorrência de LP, já que o sistema circulatório faz a regulação do fluxo sanguíneo e o suprimento de oxigênio e de nutrientes para os tecidos, e o sistema respiratório realiza as trocas gasosas e mantêm os níveis adequados de oxigênio no sangue. Já as doenças que comprometem o sistema neurológico, como acidente vascular encefálico, tem influência na percepção sensorial, atividade e mobilidade do paciente e, conseqüentemente, sua capacidade de reagir ao excesso de pressão (CAMPOS *et al.*, 2016).

Esta pesquisa corrobora, no geral, com outros estudos na área, como Guia *et al.* (2015), em relação aos motivos de internação. A maioria dos pacientes da UTI tiveram doenças respiratórias (28,6%), seguindo-se de fratura de quadril (27,5%) e doenças cardiovasculares (15,6%). Para Lucena *et al.* (2011), os diagnósticos prevalentes identificados foram de doenças cerebrovasculares (22,4%), pulmonares (15,5%), cardiovasculares (13,7%) e neoplasias (13,7%). Na pesquisa de Rogenski e Kurcgant (2012), a maioria dos pacientes que desenvolveram LP possuía doença associada que comprometia o sistema cardiovascular ou respiratório (61,1%) e sistema endócrino (38,9%). Borgaht, *et al.* (2016) apresentaram cinco pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC), dos quais quatro desenvolveram

LP, isso correlaciona-se com as características dessa patologia que podem influenciar na circulação periférica e na perfusão do tecido.

Assim, os diagnósticos médicos mais prevalentes de doenças isquêmicas do coração, neoplasias e outras formas de doenças do coração, como ICC, corroboram com os estudos apresentados na literatura como predisponentes ao desenvolvimento de LP, aumentando-se o risco quando associado à idade, como foi o perfil de maioria idosa no estudo.

Acerca das comorbidades, a maioria apresentou de uma a três prevalências, caracterizando uma população com fatores de risco para o desenvolvimento de LP. Dentre essas condições, houve predomínio das doenças hipertensivas (68,3%), outras formas de doença do coração (30%), diabetes mellitus (23,3%) e distúrbios metabólicos (21,7%).

Lucena *et al.*, (2011) em seu estudo apresentaram como comorbidades mais frequentes: doenças cardiovasculares (40%), cerebrovasculares (37%) e metabólicas (27%). Rogenski e Kurcgant (2012) demonstraram que a maioria dos pacientes com lesão possuíam doença associada que comprometia o sistema cardiovascular ou respiratório (61,1%) e o sistema endócrino (38,9%).

Vários fatores, como o diabetes mellitus, podem ser influentes no aparecimento de LP por interferirem na tolerância do tecido à pressão (BORGAHT *et al.*, 2016).

Verifica-se que a existência de doenças crônicas aumentam a susceptibilidade de desenvolvimento de lesão por pressão (GOMES *et al.*, 2011).

Observa-se que alguns problemas de saúde tem influência para o risco para LP quando relacionados à redução da capacidade sensorial, da mobilidade e da oxigenação tecidual. Verificou-se o diabetes, a anemia, a insuficiência cardíaca, a doença vascular periférica e a caquexia presentes em um estudo onde houve prevalência da associação entre diabetes mellitus e hipertensão arterial, seguida da insuficiência cardíaca e hipertensão arterial (FERNANDES *et al.*, 2012).

Tem-se observado uma redução nas taxas de mortalidade por doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, diabetes e neoplasias, em decorrência do desenvolvimento científico-tecnológico e da universalização do acesso a determinados serviços e intervenções (BRASIL, 2018).

No que se referente ao uso de medicamentos, observou-se uma elevada predominância (75%) das pessoas que faziam uso de algum tipo antes do período de internação, sendo observada uma média de 2,9 medicamentos de uso contínuo por pessoa. Isso deu-se em decorrência dos pacientes apresentarem doenças associadas, sendo necessário, além de outras medicações prescritas na UTI, a utilização das medicações usuais prévias dentro da unidade.

O uso de medicamentos pode afetar a cognição, e influenciar na mobilidade no leito, aumentando o risco para desenvolvimento de LP, ou dificultando o processo de cicatrização em pacientes que já tem a lesão. Um dos diagnósticos de enfermagem identificado no estudo, em 82% dos casos, associado ao uso de medicações, que pode aumentar o risco de LP, foi Mobilidade física prejudicada, o qual será discutido posteriormente.

Souza *et al.* (2017) demonstraram a associação do uso de medicamentos com o desenvolvimento de LP, principalmente quando associado a outro fator de risco, como a Mobilidade física prejudicada em decorrência da condição clínica. Além disso, muitas medicações alteram a resposta no processo de cicatrização, como os anti-inflamatórios, além dos imunossupressores, quimioterápicos e a radioterapia, que modificam a imunidade do organismo. Medicações sedativas comprometem a mobilidade do paciente, os hipotensores diminuem o fluxo sanguíneo e a perfusão tecidual. Assim, a utilização de medicamentos pode acarretar o desenvolvimento das LP.

Fernandes *et al.* (2012), em estudo realizado em hospital da Paraíba demonstraram que a maioria dos idosos fazia uso de vários fármacos e que eles favorecem ao aparecimento de LP, com destaque para os esteroides e anti-inflamatórios, que comprometeram a imunidade e a cicatrização. Além dos analgésicos e sedativos, que prejudicam a mobilidade, e os anti-hipertensivos que reduzem a perfusão tissular.

Outro estudo, Rogenski e Kurcgant (2012), também mostrou o uso de medicamentos pelos pacientes analisados, indicando que os pacientes com LP faziam uso de medicamentos cardiotônicos e analgésicos/anti-inflamatórios esteroides e não esteroides. Pacientes sob o efeito de drogas ficam sujeitos a baixa percepção sensorial, dificuldade de mobilização, sendo mais suscetíveis para desenvolver LP.

Em relação a hábitos de vida, a maioria (46,7%) encontrava-se sedentária, e uma minoria realizava algum tipo de atividade física (8,4%).

Em pesquisa nacional por amostra em domicílios do IBGE, em 2015, mostrou-se que 37,9% da população praticava algum esporte ou atividade física no período avaliado, sendo que as regiões Sul e Centro-Oeste apresentavam maiores proporções. Nesse mesmo estudo, observou-se relação positiva entre as práticas de esporte e atividade física e o nível de instrução da população, pois a adesão é maior conforme a escolaridade. Também foi observada uma relação positiva entre a prática de esporte ou atividade física e o rendimento médio mensal domiciliar per capita. A proporção de pessoas praticantes com rendimento menor foi de 31,1%, enquanto pessoas com salários maiores a adesão à prática de atividade foi de 65,2% (IBGE, 2017).

Uma grande parcela dos participantes (45%), referiu ser fumante ou ex-fumante contrariando a pesquisa feita por Rogenski e Kurcgant (2012), ao observar em um estudo realizado em uma UTI de um hospital paulista, o predomínio de não fumantes. Em estudo de Nassaji, Askari e Ghorbani (2014), desenvolvido em UTIs de hospitais no Irã com 160 fumantes e 192 não fumantes, mostrou que as LPs ocorreram em 62 pacientes fumantes e 28 não fumantes, mostrando o tabagismo significativamente associado à LP.

Um dos principais componentes do cigarro, a nicotina, provoca a vasoconstrição nos capilares da derme, diminuindo a quantidade de sangue oxigenado para os tecidos. Esse efeito é principalmente mediado por nicotina. Além disso, outros componentes influenciam na cicatrização da lesão (NASSAJI; ASKARI; GHORBANI, 2014).

O sedentarismo e o tabagismo são fatores de risco para pacientes com o perfil deste estudo, com doenças cardiovasculares, em sua maioria, contribuindo para o aumento do tempo de internação e consequente aumento do risco de desenvolvimento para LP.

Cox (2011), em seu estudo, apresentou a doença cardiovascular como preditor significativo de LP, sendo que 57% dos pacientes que as lesões por pressão se desenvolveram, tinham doença cardiovascular.

Existe uma associação entre as DCNT e os fatores de riscos como o tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo (IBGE, 2014).

Acerca da qualidade do sono, 70% dos indivíduos relataram estar satisfeitos, 23,3% declaram que a internação atrapalhava o padrão de sono e 6,7% declararam alguma irregularidade no sono anterior à internação. Apesar da maioria divergir com o que a literatura traz sobre padrão de sono dentro de uma UTI, esse dado também se refletiu nos diagnósticos de enfermagem identificados no estudo, sendo em menor frequência, Distúrbio no padrão de sono e Insônia.

Esse achado divergem de estudos que trazem a UTI como local sem condições favoráveis para o sono, em decorrência de realização de procedimentos, conversas da equipe assistencial, entre outros fatores, conforme evidenciam Rogenski e Kurcgant (2012).

Assim, as unidades de terapia intensiva são ambientes complexos, geradores de estresse e de difícil de adaptação para pacientes no que se refere a ruídos, comumente gerados pelos equipamentos, além da constante iluminação e das condições ambientais que influenciam no sono/repouso (NOGUEIRA *et al.*, 2017).

A maioria dos participantes da pesquisa estava acima do peso (51,7%), considerando-se dentro dessa classificação, 31,7% com sobrepeso e 20% com obesidade. Dentro da

normalidade, encontravam-se 45%. Assim, a maioria da população do estudo apresentava fator de risco obesidade para o desenvolvimento para LP. Os dados corroboram com os diagnósticos de enfermagem encontrados de Sobrepeso e Obesidade na amostra estudada.

Os dados encontrados foram divergentes no estudo de Rogenski e Kurcgant (2012), em que a maioria dos participantes apresentou IMC médio dentro da normalidade.

Em outro estudo, na análise do IMC utilizando a escala de Waterlow, obteve-se um resultado de maior ou altíssimo risco para LP nos idosos que apresentaram IMC acima da média ou eram obesos, os pacientes com IMC abaixo da média mostraram alto risco. Assim, os extremos de peso foram levados em consideração quando relacionados ao desenvolvimento de LP, pois pacientes abaixo do peso tem pouco tecido adiposo sobre as saliências ósseas, já os obesos tem alguma restrição na mobilidade no leito (FERNANDES *et al.*, 2012).

Em relação à procedência, 58,3% eram provenientes de outras unidades das regiões administrativas do DF e os demais (41,7%) transferidos do próprio hospital para a UTI. Esses dados coincidem com os de outros estudos realizados, observando-se a importância da organização administrativa para o atendimento da saúde da população.

O Distrito Federal foi dividido inicialmente em oito Regiões Administrativas (RA), por meio da Lei Nº 4.545/64. Posteriormente, essas RA foram subdivididas, chegando a 31 Regiões Administrativas, em 2016. Além disso, 19 municípios de Goiás e 3 de Minas Gerais, junto com o DF, formam a Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno (Ride/DF; Lei Complementar nº 94/1988). Um número grande dessa população utiliza a rede pública de saúde para o atendimento (CODEPLAN, 2017).

No estudo de Guia *et al.* (2015), a maioria (91,4%) dos participantes era procedente da Região Administrativa de Brasília, (2,6%) das regiões do entorno do DF e (6,3%) de outras localidades.

Em relação ao tempo de internação na unidade do estudo, houve prevalência (63,3%) de um tempo de quatro a dez dias, e uma média de 10,5 dias, o que corrobora com estudos realizados em outras UTI e com os dados apresentados pelo relatório da unidade em 2018. O que contribui para esse tempo foi o perfil dos pacientes do estudo, visto que internamente a UTI estava dividida em geral e coronariana, sendo que essa segunda possuiu uma rotatividade de pacientes maior em relação à primeira e, desse modo, os pacientes da UTI coronariana tiveram um menor tempo de internação na maioria dos casos.

Pacientes que possuem um tempo maior de hospitalização, quando comparados com pacientes com estadia curta, tem maiores chances de desenvolver alguma lesão por pressão,

devido aos vários fatores de risco aos quais estão expostos quando internados em uma unidade de cuidados críticos (COX, 2011).

Assim, segundo relatório de gestão do HUB (2018), a maioria permaneceu internada de quatro a 15 dias (80%). Além disso, esse dado vai ao encontro com as estatísticas do hospital estudado no ano de 2018, em que taxa de ocupação da UTI adulto foi de 75,7%, com média de permanência de 9,3, índice de rotatividade de 2,6 e taxa de mortalidade de 15,8%.

Em estudo de Guia *et al.* (2015), o tempo de internação na UTI foi de 13,1 dias, sendo que 45,5% ficaram internados por menos de uma semana, 21,7% de uma a duas semanas e 32,8% por mais de duas semanas. Para Lucena *et al.* (2011), foi de nove dias, na maior parte das vezes, já para Rogenski e Kurcgant (2012) foi de 9,7 dias para o grupo sem LP e de 11,8 dias para o grupo com LP.

Em outro estudo, considerando-se o tempo total de internação, o tempo médio foi de 13 dias, sendo que 77% dos pacientes encontravam-se internados de um a 15 dias, 14% deles de 16 a 30 dias e 9%, há mais de um mês. Os pacientes com mais de 15 dias apresentavam algum risco, de leve a elevado, para desenvolvimento de lesão por pressão (GOMES *et al.*, 2011).

Para outro autor, o período de internação foi um fator que contribuiu para aumentar o grau de risco para desenvolvimento de LP (FERNANDES *et al.*, 2012).

Tratando-se do destino final, a maior prevalência foi para a enfermaria com 38,3%, seguido dos que obtiveram alta hospitalar (31,7%). Por se tratar de uma unidade de internação de pacientes mais graves, espera-se que a maioria realmente saia para outra unidade de internação. Não foram encontradas referências que citassem o destino final dos pacientes.

6.3 ASPECTOS FACILITADORES E INIBIDORES SEGUNDO A TEORIA DA TRANSIÇÃO DOS PACIENTES DO ESTUDO

As mudanças no aspecto da saúde e doença podem gerar um processo de transição. Assim, segundo Guia *et al.* (2015), observa-se a importância da funcionalidade física, mental e social nos desfechos de pacientes internados em UTI.

Há a noção de transições como padrões de multiplicidade e complexidade, como evidenciado em alguns estudos desenvolvidos pela teórica que envolveram indivíduos que estavam experimentando pelo menos dois tipos de transições, indicando que as transições não são discretas ou mutuamente exclusivas (MELEIS, 2010).

As transições são o resultado de mudanças, mas nem todas as mudanças estão relacionadas a transições. Elas ocorrem através do reconhecimento dos efeitos e significados das alterações envolvidas. Além da mudança, há o confronto com o diferente e o novo, em que as expectativas são variadas e individualizadas (MELEIS, 2010).

Nesse contexto, destaca-se a vivência da saída de um estado de bem estar para uma situação de doença vivenciada em uma UTI. Assim, como esse local é indicado para o tratamento de pacientes críticos, também torna-se um ambiente difícil para quem vive essa experiência, pois além da sua condição clínica há outros fatores influenciados, como falta de condições favoráveis ao sono, intervenções terapêuticas frequentes, isolamento, medo de agravamento da doença e medo da morte (ROGENSKI, KURCGANT, 2012).

Geralmente, os pacientes e familiares podem sentir intimidados pelo ambiente de UTI. Ao mesmo tempo em que, a tecnologia, o constante monitoramento e cuidados prestados pela equipe, muitas vezes, criam sentimentos positivos de segurança (CHABOYER, JAMES, KENDALL, 2005).

Para compreensão do processo de transição da teórica Afaf Ibrahim Meleis, torna-se necessário identificar os fatores influentes na experiência de cada paciente, definidos como condições facilitadoras e inibidoras e dividem-se, no geral, em três tipos: pessoais, comunitárias e sociais (MELEIS, 2010; SANTOS *et al.*, 2015).

Assim, é importante compreender as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o progresso no sentido de alcançar uma transição saudável, visto que, os indivíduos têm percepções e atribuem significados às situações de saúde e doença, os quais influenciam as condições sob as quais ocorrerá a transição (MELEIS *et al.*, 2000).

Assim, em relação ao processo de internação ao qual o paciente esteve vivenciando, entre os pacientes da amostra, foi observado que a maioria (81,7%) relatou buscar informações sobre sua condição de saúde e 18,3% relataram não perguntar nada à equipe. Esses dados corroboram com outra questão, considerar-se participativo na definição das metas do seu cuidado, sendo que a maioria (90%) também considerou que sim e 1,7% responderam que não se consideravam participativos, e 8,3% indiferentes.

Esse aspecto é relevante pois indica a participação do paciente no cuidado e mostra como ele pode resultar em um facilitador desse cuidado. Visto que, conforme Meleis *et al.* (2000), a preparação antecipatória, como o conhecimento do que esperar e as estratégias que podem ser úteis, facilitarão sua experiência.

Esse é um dos principais aspectos para se entender o processo de transição por qual estão passando os sujeitos internados na UTI, visto que os mesmos estão saindo de um estado

de saúde para um estado de doença e necessitam estar contextualizados para que possam responder de forma equilibrada a essa experiência de vida. Assumir o papel enquanto paciente é ter a coparticipação de buscar entender o que se passa com seu corpo e de decidir sobre as condutas tomadas junto à equipe assistencial (MELEIS, 2010; SANTOS *et al.*, 2015).

Desse modo, para que a experiência seja vivenciada pelo indivíduo, é necessária que aconteça uma propriedade denominada consciencialização, ou seja, a percepção e o reconhecimento de uma experiência de transição, o que se reflete no conhecimento e na resposta das percepções dos indivíduos. Além disso, o envolvimento no processo é importante para que aconteça essa experiência. Isso se reflete no nível de engajamento e no entendimento das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais pelas quais o indivíduo está passando (MELEIS, 2010).

Nesse contexto, buscar e perceber o que está acontecendo torna-se importante tanto para o tratamento quanto prevenção de LP, pois a percepção sensorial ou o nível de consciência, elencados nas escalas de avaliação de risco, permitem que o indivíduo consiga verbalizar dor ou desconforto à equipe assistencial (ALVES, BORGES, BRITO, 2014). Desse modo, o indivíduo compreende que isso é importante para seu tratamento.

Além da busca por informação, é necessário o entendimento dessa informação, assim, a maioria dos indivíduos pesquisados (81,7%) respondeu compreender os aspectos relativos ao diagnóstico, ao tratamento e à recuperação, e os demais (18,3%) expressaram não compreender todos os aspectos. A compreensão e o esclarecimento sobre seu o diagnóstico e o tratamento são aspectos facilitadores do cuidado.

De modo geral, ter condições mentais para responder a entrevista foi um critério considerado para se participar da pesquisa, assim ressalta-se que quanto melhor a percepção sensorial dos fatos, menor o risco para o desenvolvimento de lesão por pressão, pois o paciente, compreendendo o seu tratamento, terá melhor adesão ao planejamento assistencial estabelecido na unidade.

O desenvolvimento da confiança e o enfrentamento manifestam-se no nível de compreensão dos diferentes processos relativos ao diagnóstico, ao tratamento e à recuperação, com limitações em relação ao desenvolvimento de estratégias de gestão. Desenvolveu-se esses aspectos através do conhecimento acumulado nas situações, a partir da compreensão dos pontos críticos e do entendimento resultante das experiências vividas (MELEIS, 2010).

A preparação e o conhecimento relacionam-se com as expectativas do que é esperado, funcionando como um fator facilitador, dado que podem melhorar o stress e as dificuldades decorrentes da transição (MELEIS, 2010; SANTOS, *et al.*, 2015).

Em relação à ideia de adaptação à realidade atual, todos os participantes relataram que possuíam o pensamento de superação ou de ajuste à realidade em qual se encontravam. Esse ajuste é tido como um aspecto facilitador no engajamento e no enfrentamento da nova situação, e tem influências da participação familiar e/ou de amigos através das visitas e do engajamento com a equipe assistencial, principalmente de enfermagem. Essa identificação do entendimento da realidade pelo qual os indivíduos estavam passando só foi possível porque, na entrevista, eles apresentavam consciência de si e da situação vivenciada.

Geralmente, essa adaptação é difícil, em decorrência do ambiente de UTI, muitas vezes significa tensão e traumas para o paciente, devido à condição crítica em que se encontra, além da existência de fatores prejudiciais à sua estrutura psicológica, como, por exemplo, dificuldade de sono, intervenções terapêuticas frequentes, sentimento de isolamento, além do medo de agravamento da doença e da morte, que piora com o aumento do período de internação (ROGENSKI, KURGANT, 2012).

Segundo a pesquisa de Nogueira *et al.* (2017), pode acontecer pensamento negativo por parte de muitos pacientes internados em UTI, em decorrência da gravidade de outros pacientes internados, de mortes próximas frequentes, e do próprio medo da morte.

A maioria dos participantes (90%) apresentou afirmação positiva em relação à colaboração ao alcance das metas do seu tratamento e somente uma pessoa se declarou como não participativa, enquanto cinco disseram que eram indiferentes. O agir é um facilitador do processo no que se refere às respostas pessoais.

As habilidades necessárias para se ter domínio na nova situação vivenciada podem ser consideradas ações como saber decidir, agir e negociar. O domínio de si e um novo senso de identidade refletem resultados saudáveis do processo de transição. Assim, o domínio é improvável de ser visto no início de uma experiência de transição. Quando os clientes estiverem experimentando um novo senso de estabilidade perto da conclusão de uma transição, seu nível de domínio indicará até que ponto eles alcançaram um resultado de transição saudável (MELEIS, 2010).

Dentro desse aspecto de participação as crenças e atitudes culturais, são influentes nas tomadas de decisões, podendo ser um aspecto inibidor quando o indivíduo não compreende os aspectos envolvidos no seu processo. Ainda se salientam como fatores inibidores a existência de um baixo nível socioeconômico, que pode se manifestar com sintomas psicológicos (MELEIS, 2010; SANTOS, *et al.*, 2015).

Essas manifestações psicológicas podem se desenvolver com relação ao sentimento de diferença em relação às outras pessoas/ao mundo, sendo que apenas 5% dos participantes relataram essa sensação.

O sentir-se conectado está presente nos entrevistados pois percebeu-se que todos recebiam visita de algum familiar, parente ou conhecido. Além disso, os indivíduos pesquisados relataram sentir-se confortáveis com a relação com o enfermeiro e à equipe de enfermagem e disseram não ter dificuldade de interação com a equipe assistencial, considerando-a como um facilitador no aspecto da sua vivência dentro da UTI, pois na visão do paciente a experiência pode ser caracterizada de modo mais positivo a partir de uma atenção receptiva da equipe de saúde, conforme evidenciado na pesquisa de Gomes e Carvalho (2018).

No que se refere à conexão com outras pessoas, Nogueira *et al.* (2017), cuja pesquisa foi realizada com pacientes de UTI em um hospital da Paraíba, observou-se que 71% eram casados e os outros eram viúvos, o que leva ao entendimento de que a maioria dessa população possuía laços familiares, que poderiam influenciar os sentimentos em relação à hospitalização.

Nesse sentido, as condições comunitárias podem assumir o aspecto facilitador, através do suporte de amigos e familiares, além de informações obtidas junto da equipe assistencial, entre outros, quanto o aspecto inibidor, como a falta recursos assistenciais, a falta de planejamento e a informação insuficiente ou contraditória (MELEIS *et al.*, 2000; MELEIS, 2010; SANTOS *et al.*, 2015).

No que se refere à identificação dos profissionais que assistiram os indivíduos, a maioria (60%) relatou saber identificar quem prestava assistência durante o período de internação, e os demais (40%) não conseguiam diferenciar, muitas vezes, qual profissional fazia seu atendimento. Esse dado indica que a amostra estudada mostra-se bem esclarecida sobre a equipe, o que pode ajudar no tratamento. Segundo Meleis (2010), entre pessoas com câncer e seus familiares cuidadores, a interação foi um aspecto importante na experiência de transição, pois, através da interação, o significado da mudança e os comportamentos desenvolvidos em resposta à transição foram entendidos e reconhecidos. Além disso, sentir-se conectado a profissionais de saúde que pudessem responder às suas perguntas tornou-se um indicador importante de uma experiência positiva.

A enfermagem é tida como facilitador nas transições, um aspecto que auxilia na melhora da sensação de percepção de bem-estar. Nenhuma outra disciplina tem essa

orientação de processo para a experiência de transição (MELEIS, 2010; SANTOS *et al.*, 2015).

Embora outros profissionais de saúde estejam envolvidos na prevenção e no tratamento de LP, a enfermagem possui função fundamental nesse processo, através da adoção de cuidados ao paciente, da educação permanente dos profissionais, da orientação de familiares e dos cuidadores (LUCENA, *et al.*, 2011).

Ressalta-se a importância da atuação da equipe de enfermagem, enquanto colaborador para a experiência vivenciada pelo paciente, em função do seu planejamento sistematizado, com destaque para a aplicação de estratégias de prevenção: mudanças de decúbito, colocação de colchões adequados para o alívio da pressão, além de outras medidas preconizadas em protocolos pré-estabelecidos (ROGENSKI, KURCGANT, 2012).

O enfermeiro atende pessoas em processo de transição, em especial na situação de doença crítica, que normalmente implica em mudanças profundas para a pessoa/família, como o afastamento do seu lar, da sua família, dos seus amigos e muitas vezes dos seus projetos de vida. Dentro da enfermagem, o entendimento das mudanças vivenciadas pelos indivíduos, nesse processo de saúde e doença, e os recursos utilizados facilitam a elaboração de estratégias de enfrentamento mais saudáveis, as respostas são manifestadas por comportamentos relacionados à saúde (LIMA *et al.*, 2016).

Com relação à possuir algum tipo de religião ou crença, a maioria da amostra analisada (86,7%) referiu ter/acreditar em algo e 13,3% afirmaram não possuir. Entre a maioria que afirmava acreditar em algo, havia a concepção de que essa consciência do crer o ajudava a superar o momento da internação pelo qual os indivíduos passavam.

Para muitos dos pacientes internados em UTI, a fé, o pensamento positivo e o apoio da família são importantes fatores de enfrentamento, que diminuem o medo da morte e aumentam a crença na recuperação (NOGUEIRA *et al.*, 2017; CASTRO; ROSERO, 2015).

Ressalta-se também que os dados encontrados estão em consonância com a população do Distrito Federal que, conforme pesquisa distrital por amostra de domicílios, a religião predominante em 2015 foi a católica, com 58,51%, seguida da evangélica, 28,91%, e da espírita, 3,31%. As demais religiões foram menos significativas e os que declararam não ter religião representaram apenas 7,89% (CODEPLAN, 2016).

Quanto à preocupação dos participantes com alguma situação do cotidiano devido à hospitalização, 68,3% relataram que estavam preocupados com alguma situação na sua vida devido a limitação com a internação e 31,7% não relataram o mesmo. Isso pode ser caracterizado como um aspecto limitador, pois bloqueia o pensar sobre o domínio de si na

evolução da condição do indivíduo para sua recuperação. Assim, a falta de preparação antecipatória é vista como um inibidor, essa preparação refere-se ao conhecimento sobre o que esperar durante uma transição e quais estratégias usadas para administrá-lo (MELEIS *et al.*, 2000; MELEIS, 2010).

As habilidades necessárias para se ter domínio na nova situação vivenciada podem ser consideradas ações, como saber decidir, agir e negociar. O domínio de si e ter um novo senso de identidade reflete resultados saudáveis do processo de transição (MELEIS, 2010).

Em relação à atribuição de um significado ao processo de estar internado na UTI, a maioria (95%) afirmou que a experiência foi positiva e 5% dos participantes se mantiveram neutros ao opinar. Desse modo, significado neutro ou positivo é um aspecto facilitador, visto que melhora a aceitação da situação pela qual o paciente está passando (MELEIS *et al.*, 2000; MELEIS, 2010,).

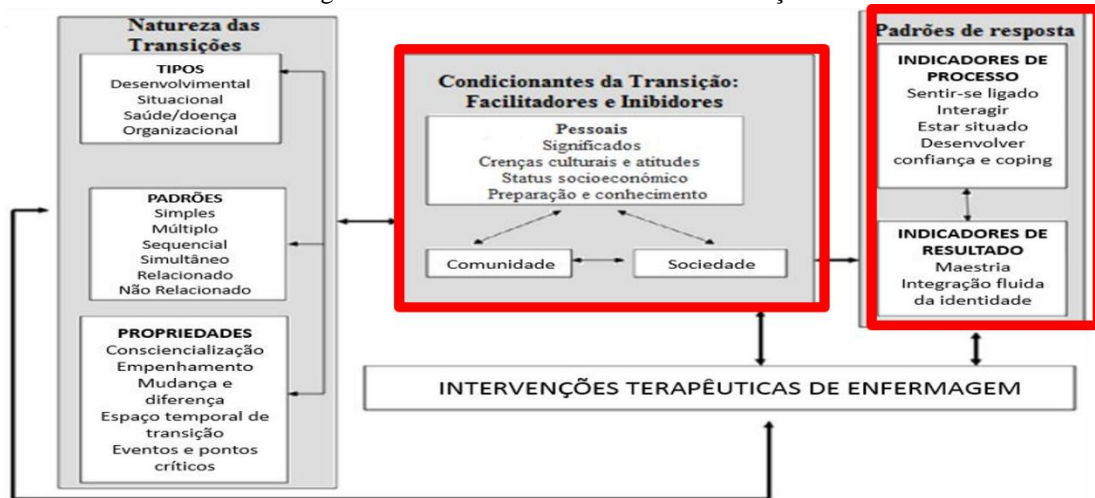
Dentro desse aspecto das condições pessoais observa-se o sentido atribuído pelo indivíduo ao próprio processo de transição. Assim, os significados das transições poderão ser considerados pela pessoa que vivencia a mudança como aspectos positivos, negativos ou neutros (MELEIS, 2010; SANTOS *et al.*, 2015).

Em uma revisão integrativa realizada por Gomes e Carvalho (2018), os autores trouxeram no estudo fatores negativos e positivos percebidos pelos pacientes. Sendo os negativos relacionados às dificuldades dos estressores ambientais e dos fatores que envolvem a experiência da hospitalização. Por sua vez, enquanto aspectos positivos, elencou-se os recursos adaptativos próprios dos pacientes, da tecnologia utilizada e da ação acolhedora por parte da equipe. Assim, a UTI é percebida de modo ambíguo pelos pacientes, podendo ser caracterizada de modo mais positivo a partir de uma atenção receptiva da equipe de saúde.

A diversidade, a complexidade e a múltipla dimensionalidade das experiências de transição precisam ser mais exploradas e incorporadas em pesquisas futuras (MELEIS, 2010).

Assim a pesquisa caracterizou-se com uma natureza do tipo saúde-doença, com um padrão sequencial e simultâneo, com propriedades da consciencialização, empenhamento, espaço temporal de transição e eventos e pontos críticos. Sendo abordado nos resultados e discussão os fatores condicionantes e os padrões de resposta conforme destaques apresentados na Figura 8.

Figura 8 – Teoria de médio alcance da transição



Fonte: MELEIS (2010, p.56)

6.4 IDENTIFICAÇÃO E COMPARAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO APLICADAS AOS PACIENTES

Além das escalas de avaliação do risco de lesão Braden, Waterlow e Norton, foram também aplicadas três escalas durante a realização da entrevista e exame físico, sendo elas: Índice de Katz, Escala visual da dor e Escala de Morse.

6.4.1 Índice de Katz

Como já mencionado nos métodos do estudo, o Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVD) foi desenvolvido por Sidney Katz e trata-se de um instrumento amplamente utilizado como avaliação funcional de idosos em ambientes clínicos. Entende-se por AVD as atividades que envolvem relação com o autocuidado como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se e manter controle sobre suas eliminações (DUARTE; ANDRADE; LEBRAO, 2007).

Assim, o grau de dependência dos pacientes no estudo, a partir do Índice de Katz, mostrou predominância de pacientes categorizados nos dois extremos - independentes e muito dependentes, e menor prevalência de dependência moderada.

Tal dado pode ser explicado pela própria distribuição de leitos na unidade pesquisada, onde se teve uma distribuição dos leitos entre UTI Geral e Coronariana, sendo que contou com 19 leitos, sendo divididos em UTI geral e UTI coronariana. Assim, a maioria (65%) dos pacientes do estudo pertenceram à unidade coronariana, enquanto 35% eram da UTI geral,

desse modo, observou-se que os pacientes da UTI coronariana tiveram maior grau de independência em relação ao da geral.

Assim, a limitação na capacidade do indivíduo para desempenhar as suas atividades básicas da vida diária, como tomar banho, vestir-se, evacuar e urinar sem ajuda, alimentar-se, caminhar, sentar-se, levantar-se, em decorrência da condição clínica e de outros fatores epidemiológicos, contribuem para o aumento de risco à LP (LUCENA *et al.*, 2011).

O estudo de Guia *et al.* (2015) mostrou que a chance dos pacientes independentes não terem LP na alta da UTI foi 8,7 vezes maior do que aos restritos à cadeira, assim como os dependentes parciais tiveram mais chance do que os restritos à cadeira. Logo, os pacientes sem dependência para mobilidade tiveram 13,6 vezes mais chances de não ter LP na admissão na UTI.

A literatura mostrou a utilização da escala do Índice de Katz e sua importância, no âmbito da unidade de terapia intensiva (SILVA *et al.*, 2017; BARBOSA *et al.*, 2014; MARTINS; CHIANCA, 2016).

Em virtude do critério de admissão do nível de consciência, alguns dos entrevistados (35%) apresentavam Independência para a realização de algumas atividades dentro da unidade como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, sentar.

Em contrapartida a outra parcela (65%), que apresentou classificação de Muito dependentes e Dependentes moderado, incluiu os pacientes da UTI geral com limitações de mobilidade e realização de outras funções em decorrência, por exemplo, de limitação devido à cirurgia, e também a incontinência vesical, que muitos apresentaram, necessitando utilizar sondagem vesical de demora. Associado a esta parcela majoritária, foi identificado duas prevalências de diagnósticos de enfermagem que serão discutidos posteriormente, sendo eles Mobilidade física diminuída (80%) e Déficit no autocuidado para banho (75%).

6.4.2 Escala visual/verbal da dor

No ambiente de UTI, geralmente a dor está associada à condição clínica dos pacientes e aos procedimentos realizados durante a internação. Avaliar esse aspecto envolve uma avaliação sistemática dos relatos do paciente, além do conhecimento do quadro clínico do paciente, dos sinais e dos sintomas (SOUZA *et al.*, 2013).

Na aplicação da escala de dor, majoritariamente (55%), a amostra indicou estar com algum tipo de dor, sendo dor leve (43,3%) e dor de moderada a máxima (11,7%). Os demais (45%) não apresentaram dor.

Em estudo de Souza *et al.* (2013), foi identificado que 63% dos pacientes internados em UTI relataram dor moderada a intensa.

A representação através de expressões faciais utilizadas permitiu aos pacientes demonstrar sua perspectiva de dor. Nesse sentido, foi possível identificar o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em 55% da amostra, o qual será elencado posteriormente.

Em vista de uma melhor qualidade assistencial durante a permanência de pacientes em UTI, alguns estudos trazem a avaliação da dor nesses ambientes (SANTOS *et al.*, 2017; VASCONCELOS, JÚNIOR, 2018; SOUZA *et al.*, 2013).

6.4.3 Escala de Morse

Classifica-se queda como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008, p.3).

A escala de Morse permite que os enfermeiros identifiquem os pacientes mais propensos a quedas, levando-se em consideração quedas fisiológicas antecipadas. Logo, o instrumento não prevê quedas acidentais ou quedas fisiológicas imprevistas (MORSE; MORSE; TYLKO, 1989).

Na identificação da escala do risco de queda foi utilizada a Escala de Morse, sendo observado risco moderado para maioria da amostra (83,3%) e alto risco e baixo risco para os demais pacientes (16,6%). Isso representa uma população considerável para queda, o que condiz com o diagnóstico de enfermagem de Risco de queda (100%) encontrado no estudo, que será discutido posteriormente. Essas informações refletem a população estudada, pois a maioria foi de pessoas idosas e com um certo grau de dependência para realização das atividades, além disso, fatores relativos à doença e ao uso alguns medicamentos tornam os pacientes vulneráveis para o risco de queda.

Os dados encontrados podem ser também percebidos em outros estudos realizados em ambiente de UTI como Marinho *et al.* (2017), que, além da UTI, estudou leitos de emergência, semi-intensiva e unidade de Acidentes Vascular Encefálico (AVC) encontrando 90% da amostra avaliada classificada entre risco moderado e elevado para quedas, além de outros que trazem em seus estudos o uso da escala dentro do âmbito hospitalar como segurança para o paciente (BARBOZA; SILVA, 2016; SIMAN; BRITO, 2016).

O Ministério da Saúde (2013) traz alguns fatores de risco influentes nesse processo de internação intensiva: idade superior a 65 anos, alterações psico-cognitivas, doenças crônicas (AVC prévio, hipotensão postural, dor intensa, anemia, insônia, incontínências, entre outros), funcionalidade (dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária), comprometimento sensorial, equilíbrio corporal, uso de medicamentos (antiarrítmicos, vasodilatadores, polifarmácia, entre outros), obesidade severa e história de queda.

6.4.4 Escalas de Braden, Waterlow e Norton

Os serviços de saúde, como a UTI, são ambientes complexos onde vários fatores contribuem para a ocorrência de incidentes relacionados à assistência, sendo necessários a identificação e o tratamento dos riscos inerentes (BRASIL, 2017a).

As lesões por pressão são tidas como eventos adversos que acontecem durante a hospitalização, que tem influência da assistência prestada, e também da condição clínica, por se tratar de pacientes graves. Assim, torna-se importante identificar os fatores de risco para o seu desenvolvimento nesses pacientes e planejar ações preventivas para que se tenha uma qualidade da assistência prestada (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Para avaliação do risco de lesão por pressão, existem diversas escalas, destacando-se as escalas que foram utilizadas neste estudo: Braden, Waterlow e Norton. Essas foram escolhidas devido ao seu uso frequente, conforme as pesquisas apresentadas na parte de fundamentação teórica.

Desse modo, as escalas de avaliação de risco de LP são instrumentos importantes na assistência em enfermagem, pois identificam os pontos vulneráveis e tem envolvimento com a avaliação contínua e orientam para ações preventivas (ARAÚJO; ARAÚJO, CAETANO, 2011).

Segundo a NPUAP (2019), uma escala com boa identificação de risco relaciona-se à fácil aplicação, aos bons valores preditivos, à alta sensibilidade e à alta especificidade. Andrade e Zicker (1997) classifica *sensibilidade* como a capacidade de diagnosticar corretamente os indivíduos doentes e *especificidade* como a capacidade de diagnosticar corretamente os indivíduos sadios.

A identificação dos indivíduos em risco para lesão por pressão não depende apenas da expertise clínica do profissional, mas, também, do uso desses instrumentos de avaliação apropriado (LUCENA *et al.*, 2011).

Observa-se, em virtude da quantidade de escalas existentes, que a predição do risco de LP no contexto do paciente crítico na UTI é complexa. Em uma pesquisa de revisão observou-se diferentes estudos realizados em variados contextos e não se evidenciou um padrão em relação aos valores preditivos das escalas, com isso, identifica-se a dificuldade quanto à escolha de um instrumento devido um aspecto multifatorial para desenvolvimento de LP. Desse modo, muitas vezes a escala utilizada não contempla alguns aspectos da condição clínica apresentada. Logo, a identificação de uma escala com boa capacidade preditiva influencia na precisão para a decisão do enfermeiro relacionado à prevenção de LP (ZIMMERMANN *et al.*, 2018).

Observou-se uma incidência de LP durante o período de coleta de dados de 6,7%, já que quatro pacientes do estudo desenvolveram lesões durante o processo de internação.

Trata-se de uma incidência baixa, em comparação com estudos nacionais, conforme descrito no próximo parágrafo. Essa baixa incidência pode estar associada às medidas adotadas na instituição estudada, pois se observou que a unidade já fazia uso do instrumento de avaliação do risco de lesão por pressão, a escala de Braden, e a aplicação do planejamento conforme esta escala. Além disso, existe monitoramento, pelo núcleo de segurança do paciente do hospital, da incidência e prevalência das LP, além de treinamentos que ocorrem no decorrer do ano com os enfermeiros da assistência.

Estudos realizados em UTI no Brasil, como a pesquisa de Rogenski e Kurcgant (2012) em um hospital de São Paulo com 78 pacientes acompanhados por três meses consecutivos, 18 pacientes desenvolveram um total de 23 lesões por pressão, representando incidência de 23,1%. Esses autores apresentaram uma incidência majoritária de aparecimento nos primeiros 15 dias de internação, e 40% das lesões apareceram no quarto dia. No estudo de Araújo, Araújo e Caetano (2011), de um total de 42 pacientes avaliados em um hospital de Fortaleza-CE houve incidência de 59,5%, e o aparecimento das LP aconteceu do segundo ao 14º dia de acompanhamento, com uma média de aparecimento de 9,6 dias após a internação. Borghardt *et al.* (2015), em uma amostra de 55 pacientes, encontraram uma incidência de 30,9%, e em relação ao aparecimento foi evidenciado do 1º ao 19º dia de internação, com uma média de 4,5 dias, sendo assim, semelhante ao aparecimento das LPs no estudo realizado por Borghardt *et al.* (2016) onde tiveram uma incidência de 22% em investigação com 77 indivíduos em unidades intensivas. O estudo de Teixeira *et al.* (2017) trouxe dados que mais se aproximaram aos da presente pesquisa, onde a incidência foi de 10,5% num total de 649 pacientes observados. Os autores demonstraram ainda, em relação ao desenvolvimento da LP, que

58,8% incidiram nos primeiros 14 dias de internação, 26,5% entre o 15º e 30º dia, 8,9% entre 31º e 45º dia e 5,8% após 45º dia.

Assim, é esperado que, em locais aonde a equipe de enfermagem adota protocolos assistenciais relacionados à prevenção e manutenção da integridade da pele haja uma diminuição da incidência de LP, como foi observado no estudo de Teixeira *et al.* (2017) que demonstra que, no hospital pesquisado, já existiam programas de prevenção da LP aplicados nas UTIs.

Em relação à região acometida e ao tempo de aparecimento da lesão, não houve uma predominância de área e houve uma diversificação relativa ao tempo, sendo no geral, evidenciadas em poucos dias de internação. As regiões com cada temporalidade são descritas a seguir: região trocântica, evidenciada em um paciente no nono dia de internação; uma na região do calcâneo, que se desenvolveu em um paciente e foi evidenciada no nono dia de internação; região sacral, também em um paciente, evidenciada no 11º dia de internação; e na região occipital evidenciada no 27º dia de internação de um paciente.

Alguns autores apontam a relação entre o desenvolvimento da LP e o tempo de internação (COX, 2011; GOMES *et al.*, 2011; ROGENSKI e KURCGANT, 2012; FERNADES *et al.*, 2012; GUIA *et al.*, 2015; BORGHARDT *et al.*, 2016; TEIXEIRA *et al.*, 2017). No presente estudo, houve surgimento de LP de nove a 27 dias após a internação, corroborando com os estudos na área, como em Teixeira *et al.* (2017) que apresentou 58,8% de incidência de LP durante os primeiros 14 dias de internação, identificando que o período das duas primeiras semanas de internação foi o tempo de maior frequência para o surgimento, além de Cox (2011) que teve um tempo médio de seis dias no desenvolvimento de LP, e Borghardt *et al.* (2015) que apresentaram a incidência de LP no período do primeiro ao 19º dia de internação com tempo médio de 4,5 dias para o surgimento. Desse modo, foi identificado que a maior incidência da LP se deu no período das primeiras semanas de internação. O estudo de Cox (2011) traz a observação de vulnerabilidade para o desenvolvimento de LP na primeira semana de internação, em decorrência de, no geral, ser o período mais provável em que um paciente experimenta a maior instabilidade fisiológica.

Os estudos trazem também uma diversificação com relação à região anatômica do seu desenvolvimento, porém com predominância na região sacral, calcâneo e trocânter, conforme demonstrado por Araújo, Araújo, Caetano (2011) em que os pacientes desenvolveram quatro lesões em região sacral e calcâneos, nove em sacral e occipital e três em calcâneos e occipital. Rogenski e Kurcgant (2012) apresentaram predomínio de lesões em calcâneo (42,1%), região sacra (36,8%), glúteo (15,8%) e trocânter (10,5%). Borghardt *et al.* (2015) apresentaram

predominância na região sacra, já Borghardt *et al.* (2016) demonstraram uma prevalência de 47% em região sacral, 19% região trocântérica e 16% na maleolar. Teixeira *et al.* (2017) observaram ocorrência de 46,4% na região sacral, 29,8% em calcâneo e 9,5% em trocânter.

Existe uma relação direta entre localização frequente de LP e a posição na cama em que o paciente permanece maior parte do tempo. Assim, a posição dorsal favorece ao aparecimento de lesões na região sacral, no calcâneo e no trocânter, por serem pontos de maior pressão nessa posição (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Ao realizar o estudo comparativo das três escalas de avaliação de risco Braden, Waterlow e Norton, conforme a média dos escores obtidos nas três primeiras avaliações, ou seja, após 24, 48 e 72 horas de internação, observou-se que houve um acréscimo médio ao longo das três avaliações nas escalas de Braden e de Norton, indicando ser importante fazer avaliações periódicas e consecutivas para prevenção de riscos.

Assim, evidenciou-se que nas escalas de Braden e Norton prevaleceram as classificações de Baixo risco, com pontuações médias próximas aos 16 pontos, já na escala de Waterlow, as pontuações médias nas três avaliações foram de 14,4, 14 e 13,6 pontos, prevalecendo a classificação “em risco”.

Embora a escala de Waterlow não tenha mostrado médias crescentes ao longo das três avaliações, a classificação “em risco” chama a atenção do profissional para a adoção de medidas preventivas. Ressalta-se que a maioria dos pacientes do estudo (65%) pertenciam à unidade coronariana, os quais apresentavam um grau maior de independência relativo à movimentação no leito ou fora dele, além da realização das atividades diárias.

Considerando as sequências de valores para Braden 16,3; 16,4 e 16,6, Norton 16; 16 e 16,2 e Waterlow 14,4; 14 e 13,6, o teste de Mann-Kendall empregado não mostrou significância estatística. Vale ressaltar que três dados para verificar tendência com teste estatístico não costuma indicar tendência de verdade.

Segundo Borghardt *et al.* (2015), essas avaliações, logo após a internação do paciente na terapia intensiva, são importantes na tomada de decisões em relação à conduta. Ainda em relação à esses autores, observou-se que, pela escala de Waterlow, os pacientes obtiveram uma pontuação média de 15,49 pontos no escore, sendo o paciente classificado em alto risco, e os valores, após 24, 48 e 72 horas de internação de, 16,6, 16,2 e 13,6 pontos, respectivamente. A pontuação média obtida pela escala de Braden foi de 12,8 pontos no escore, classificando a maioria dos pacientes em risco moderado. Os escores médios nas três primeiras avaliações foram de 12,4, 12,8 e 13,6 pontos, respectivamente. Os resultados dos testes diagnósticos demonstraram, quanto ao desempenho das escalas, de Braden e de

Waterlow, ambas apresentaram alta sensibilidade e baixa especificidade nas três avaliações. A escala de Braden apresentou boa sensibilidade, porém a especificidade foi mais baixa, caracterizando um bom instrumento de triagem. A escala de Waterlow apresentou melhor equilíbrio entre sensibilidade e especificidade, mostrando-se melhor instrumento preditivo de risco.

Em comparação com a literatura, esta pesquisa realizada demonstrou um perfil diferente em relação à escala de Braden, pois o escore não foi tão baixo (média 16,4), o que pode ser explicado pelo tempo curto de internação pois a maioria dos pacientes ficou internada entre quatro a 15 dias. No estudo de Gomes *et al.* (2011) encontraram associação entre idade (> 60 anos) e os baixos escores médios (13) da escala de Braden e, com isso verificou-se que o tempo total de internação superior a 15 dias esteve associado aos riscos de moderado a elevado. Os autores concluíram que a categorização da pontuação de Braden se mostrou associada à presença de LP, sendo mais visível no grupo de pacientes com valores nas categorias risco alto e risco elevado.

Em estudo de Rogenski e Kurcgant (2012) foi verificado que os pacientes de alto risco tinham 25,5 vezes mais chances de desenvolver LP que os pacientes de baixo e moderado risco. Zimmermann *et al.* (2018), em seu estudo de revisão integrativa, evidenciou a dificuldade de escolha de uma escala de risco ideal, devido ao aspecto multifatorial do desenvolvimento da lesão. Eles demonstraram que escalas genéricas têm baixa especificidade, visto que não contemplam alguns aspectos da condição clínica, como a escala de Braden, muito utilizada em pacientes críticos. Nesses estudos, a escala de Braden foi evidenciada com alta sensibilidade (pacientes classificados com risco potencial tem elevada probabilidade de desenvolver LP) e baixa especificidade (pacientes sem risco para LP não desenvolverão a lesão). Já as escalas específicas validadas para a UTI, como a EVARUCI, Suriadi & Sanada, Cubbin & Jackson, demonstraram boa capacidade preditiva, entretanto, são necessários mais avanços nas pesquisas.

Na pesquisa de Araújo, Araújo e Caetano (2011), realizada em UTI de referência no atendimento de urgências e emergências, que comparou as escalas de Braden, Norton e Waterlow em 42 pacientes, mostraram que Braden e Norton tiveram um aumento, estatisticamente significativo, em suas pontuações até o 10º dia de internação. E a escala de Waterlow também, mas essa prosseguiu de forma contínua durante a pesquisa. Assim, a ascensão dos pontos detectada indicou diminuição da vulnerabilidade dos pacientes à LP, segundo Braden e Norton, e piora do risco conforme Waterlow. Observou-se que Norton e

Braden são diretamente proporcionais e Braden é inversamente em relação à Waterlow. Logo, Waterlow teve melhor desempenho do que Braden e Norton.

Isso corrobora com os dados analisados na pesquisa aqui desenvolvida, pois houve uma incidência pequena de pacientes que desenvolveram LP, associado ao pouco tempo de internação, em sua maioria: 33,3% estiveram internados de quatro a cinco dias, 30% de seis a dez dias, 16,7% de 11 a 15 dias, em menor prevalência de 16 a 26 dias. Este estudo demonstrou uma ascensão de pontuação nos três primeiros dias observados nas Escalas de Braden e Norton, em relação a Waterlow, houve uma diminuição de pontuação no escore, demonstrando uma diminuição de vulnerabilidade nas escalas de modo geral. Demonstrando que Norton e Braden são diretamente proporcionais e inversamente comparado com Waterlow.

Em sua maioria, o diagnóstico principal esteve relacionado à doenças isquêmicas do coração (55%), em que tiveram uma rápida resolução da condição patológica e logo recebiam alta, além de serem pacientes mais independentes para percepção sensorial, mobilidade e alimentação.

Conforme a classificação de avaliação de risco de LP das mesmas escalas de Braden, Waterlow e Norton, para os pacientes que desenvolveram LP houve prevalência da classificação Baixo risco, Alto risco e Risco moderado, respectivamente. Assim, de maneira geral, observou-se que Braden e Norton apresentaram riscos inferiores em comparação com a escala de Waterlow, que indicou um risco maior quando observados os pacientes que apresentaram LP.

Portanto, quando comparadas as três avaliações realizadas com as três escalas, nos pacientes que desenvolveram LP, observou-se que a escala de Braden e de Norton, apontaram “baixo risco” ou “moderado risco” para pacientes que chegaram a desenvolver LP, indicando baixa sensibilidade. Já a escala de Waterlow, foram identificadas avaliações “em risco” e “alto risco” nesses pacientes indicando maior sensibilidade.

Diante disso, Araújo, Araújo e Caetano (2011) demonstraram que existem muitas críticas em relação a algumas escalas como Braden, Norton, Waterlow e Gosnell, isso porque algumas subestimam ou superestimam a avaliação do risco. Isso tem relação com a ordem de pontuação inversa, visto que, Norton e Braden são escalas negativas e Waterlow positiva, gerando uma dificuldade na comparação dos resultados de pesquisas realizadas com essas escalas.

Fazendo um comparativo entre as escalas de Braden e Waterlow, Borghardt *et al.* (2015), em sua coorte prospectiva de 55 pacientes internados em unidades intensivas com

pacientes cirúrgicos e clínicos, mostraram que a escala de Braden apresentou boa sensibilidade e especificidade mais baixa, e a escala de Waterlow apresentou melhor equilíbrio entre sensibilidade e especificidade, mostrando-se melhor instrumento preditivo de risco para o público estudado.

De maneira geral, em comparação com a literatura, a classificação encontrada pelas escalas de riscos na pesquisa foi baixa, com isso, Borghardt *et al.*(2015) trazem a ressalva que, nos diversos contextos, as condições clínicas e metabólicas do paciente irão influenciar na predisposição para desenvolver LP.

Em relação aos testes realizados do comparativo da frequência dos escores entre as escalas de risco, Braden x Norton, Braden x Waterlow e Norton x Waterlow, identificou-se associação positiva entre as escalas.

Comparando-se Braden e Norton a classificação dos escores em três dias de avaliação houve prevalência de Baixo risco para ambas, na associação Braden e Waterlow houve uma prevalência de Baixo risco para Braden e Em risco para Waterlow, e na associação Norton e Waterlow, uma prevalência da classificação Baixo risco e Moderado para Norton e Em risco para Waterlow. Assim, pôde-se observar a correspondência entre as escalas, visto que Baixo risco de Braden é correspondente ao Baixo risco de Norton e Em risco de Waterlow, e na escala de Norton Baixo risco e Moderado é correspondente a Em risco de Waterlow.

No geral, segundo as classificações das escalas conforme os escores, Braden e Norton apresentaram-se semelhantes no que se refere à classificação, mostrando um risco baixo de desenvolvimento de LP, enquanto Waterlow apresentou risco para a maioria dos pacientes, fazendo-se uma correlação com o perfil dos pacientes do estudo, que, em sua maioria são idosos com comorbidades.

Cabe destacar que as comparações das frequências com estatística significativa foram apenas entre as escalas de Norton e Waterlow, primeiro, segundo e terceiro dias, o que pode indicar uma aproximação entre as medidas obtidas nessas duas escalas.

Observou-se na literatura que os artigos encontrados sobre os instrumentos de avaliação de risco de lesão por pressão, em sua maioria, são de revisão, mostrando-se a necessidade de mais estudos na área, além disso trazem as escalas de Braden, Waterlow e Norton como as mais usuais na prática brasileira. Conforme demonstram Salgado *et al.* (2018), o maior número de publicações concentrou-se no ano de 2011 a 2013. Em 2014, a pesquisa mostrou a publicação de um artigo. Nos anos de 2015 e 2017, não houve publicação. E em 2016, foram publicados dois artigos. A pesquisa mostrou a escala de Braden como amplamente utilizada no Brasil, seguida da escala de Waterlow, e com menos frequência as

de Norton, Cubbin & Jackson e Sunderland. Assim, cada escala tem sua importância, e diversos fatores vão influenciar na escolha de sua aplicação, como a patologia, o estado físico, as condições sociais, o setor de internação, entre outros aspectos.

Balzer *et al.* (2007), em um estudo com 754 pacientes em três hospitais de Berlim demonstraram como os estudos de validação existentes diferem em relação às características da amostra, aos métodos de pesquisa e às medidas de resultados, sendo difícil comparar a validade preditiva entre as escalas de Norton, Waterlow e Braden. Observou-se também que estudos que comparam diretamente as escalas mostraram contradições nos resultados. Além disso, comparando-se as três ferramentas de avaliação de risco, a escala de Waterlow demonstrou a maior sensibilidade e a escala de Norton demonstrou a maior especificidade, segundo esses autores.

Park, Lee e Kwon (2016), em um estudo de revisão sistêmica e meta-análise de 29 estudos usando as três ferramentas, avaliaram a validade preditiva das escalas com foco na sensibilidade. Assim, os resultados foram os seguintes: 0,76; 0,72 e 0,53 na sensibilidade do Escala de Norton, Braden e no Waterlow, respectivamente. Os níveis de especificidade foram de 0,55; 0,63 e 0,84 para Norton, Braden e Waterlow, respectivamente. As validade preditivas gerais dos riscos de LP na sensibilidade e especificidade combinadas indicaram uma faixa semelhante com um nível de precisão moderado nas três escalas, enquanto a heterogeneidade mostrou variabilidade de mais de 80% entre os estudos.

O uso de uma escala com boa capacidade preditiva auxilia na tomada de decisão do enfermeiro relacionado ao seu planejamento na prevenção de LP (ZIMMERMANN *et al.*, 2018).

Logo, além da eficácia e da praticidade das escalas de avaliação de risco de lesão por pressão, torna-se importante o conhecimento do enfermeiro na avaliação clínica para identificar fatores vulneráveis e poder realizar um planejamento eficiente na prevenção de lesões durante a internação. Torna-se uma medida necessária o treinamento de enfermeiros na prática de utilização de escalas de avaliação de risco de lesão por pressão (ROCHA *et al.*, 2016; SALGADO *et al.*, 2018).

6.5 IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS, FATORES RELACIONADOS E FATORES DE RISCO DOS PACIENTES

O processo de enfermagem é um método para sistematizar o cuidado ao indivíduo, família e comunidade, além de ajudar nas decisões e na comunicação dos enfermeiros (LUCENA, *et al.*, 2011).

Durante as etapas de avaliação e diagnóstico do processo de enfermagem, os enfermeiros coletam dados do paciente (ou família/grupo/comunidade), os processam em informações que organizam, por sua vez, em categorias significativas de conhecimento. Essas categorias representam a disciplina de enfermagem, também conhecidas como diagnósticos de enfermagem (NANDA-I, 2018).

Sem uma avaliação de enfermagem adequada, não há diagnóstico de enfermagem centralizado no paciente; sem um diagnóstico apropriado, não há intervenções baseadas em evidências, centralizadas no paciente e independentes (NANDA-I, 2018).

De acordo com Nanda-I (2018), há alguns diagnósticos que se referem ao dano à pele e tecidos e ao risco à integridade da pele, sendo descritos através das características definidoras, fatores relacionados e condições associadas, os quais são encontrados no domínio 11 “Segurança/proteção” na classe 2 “Lesão física”: integridade da membrana mucosa oral prejudicada, risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada, integridade da pele prejudicada, risco de integridade da pele prejudicada, risco de lesão do trato urinário, risco de lesão por posicionamento perioperatório, risco de lesão por pressão (NANDA-I, 2018).

Como já dito anteriormente, foram arrolados 651 diagnósticos de enfermagem nos 60 indivíduos estudados, sendo 370 diagnósticos reais e 281 diagnósticos de risco, com variação de quatro a 17, média de 10,7 e mediana de 10,5 diagnósticos por cliente. Foram obtidos 43 diagnósticos diferentes, sendo 27 diagnósticos com foco no problema (reais), 16 diagnósticos de risco (ou vulnerabilidade).

Utilizaram-se diagnósticos de enfermagem dos Domínios de Nutrição, Eliminação/Troca, Atividade/Repouso, Segurança/Proteção e Conforto da NANDA-I nos pacientes do estudo.

Assim, Mobilidade física prejudicada, Déficit no autocuidado para banho, Débito cardíaco diminuído, Dor aguda e Integridade tissular prejudicada, tiveram frequências superiores à 40% na amostra.

Quanto aos diagnósticos Risco de queda, Risco de infecção, Risco de tromboembolismo venoso e Risco de lesão por pressão, estes ocorreram em pelo menos 40% da amostra.

Os Diagnósticos de Enfermagem (DE) mais frequentes serão comentados separadamente considerando sua definição e correlação com a literatura e a prática.

6.5.1 Mobilidade física prejudicada

Esse diagnóstico é definido como: Limitação no movimento independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades (NANDA-I, 2018, p.219).

Observou-se que 80% da amostra apresentaram essa limitação, e foram identificadas as características definidoras de maior prevalência redução na amplitude de movimentos (83,3%), movimentos lentos (79,2%), redução nas habilidades motoras grossas (60,4%) e dificuldade para virar-se (45,8%). Em menor prevalência, houve desconforto, dispneia ao esforço, alteração na marcha, envolvimento em substituições do movimento, redução nas habilidades motoras finas, tempo de resposta prolongado e instabilidade postural.

As causas que levaram a estabelecer esse diagnóstico foram, em sua maioria das vezes dor, massa muscular diminuída, intolerância à atividade e força muscular diminuída. Também, como condições associadas foram alteração no metabolismo, prejuízo musculoesquelético, restrições prescritas de movimento, integridade de estruturas ósseas e prejuízo neuromuscular.

Esse DE está associado ao perfil dos pacientes, que, em sua maioria, constituída por idosos, ou mesmo pacientes de pós-operatório, cuja limitação motora se impunha ou pela idade ou pela dor decorrente da cirurgia, favorecendo a diminuição de mobilidade.

Muitos dos pacientes estudados estavam com mobilidade restrita por prescrição médica, o que impunha a proibição de saída do paciente do leito, especialmente por se tratar de uma UTI coronariana, onde os pacientes iriam se submeter a um cateterismo cardíaco ou angioplastia.

Em estudo de Cox (2011) dois fatores de risco da subescala de Braden, mobilidade, fricção/cisalhamento, foram preditivos para o desenvolvimento de LP.

Em um estudo de Lucena *et al.* (2011), realizado em um hospital do Rio Grande do Sul, foi identificado como quarto DE mais frequente Mobilidade física prejudicada, relacionado à prejuízo musculoesquelético, interferindo na realização das atividades diárias dos pacientes devido à idade avançada e à condição de saúde.

Relativo à mobilidade, foi identificado estudos que demonstraram que quanto maior é o déficit de mobilidade maior a predisposição para lesões, observando-se desde restrição ao leito, dependência de cadeira de rodas e ausência de movimento pelo quadro clínico (FERNANDES, *et. al*, 2012; RIBEIRO *et al.*, 2018).

Além disso, associado à redução da mobilidade tem-se o fator nutricional como os DE também identificados em menor frequência: Sobrepeso, Obesidade e Nutrição desequilibrada:

menor do que as necessidades corporais. Conforme observado no estudo Fernandes *et al.* (2012), extremos de peso do corpo devem ser considerados, visto que pessoas emagrecidas são mais propensas à LP devido à exposição das proeminências ósseas durante o atrito e cisalhamento, e os clientes obesos, por apresentam restrição na mobilidade. Ainda nesse contexto, Chen *et al.* (2017), em sua pesquisa, trouxeram que a má nutrição diminui a atividade, e a baixa atividade está relacionada à mobilidade limitada.

Ao observar escores menores que 14 nas escalas de Braden e Norton e escores maiores que 14 na escala de Waterlow, obteve-se relação estatística significativa entre os pacientes com DE Mobilidade física prejudicada e esses escore, conforme demonstrado no resultado do teste de Qui-quadrado entre os três primeiros dias avaliados e a correlação com esse diagnóstico de enfermagem. Assim, para alguns dias de avaliação há significância entre as escalas dictomizadas em 14, como todos três dias de da escala Waterlow, o primeiro e segundo dia de Braden e o primeiro dia de Norton.

Os estudos sobre as escalas de avaliação de risco também trazem a mobilidade como fator de risco a ser avaliado, como demonstrado no estudo de Chen *et al.* (2017), que analisou a escala de Braden e trouxe destaque para a percepção sensorial, seguida da mobilidade e umidade. Assim, os profissionais devem prestar atenção à prevenção de lesão por pressão, particularmente quando os pacientes têm percepção sensorial, mobilidade e estado de umidade comprometidos (CHEN, et. al, 2017).

Comparando-se o fato de ter LP e ter Mobilidade física prejudicada, observou-se pelo p-valor (0,698) do teste de Qui-quadrado que não houve associação entre as duas variáveis, somente que os quatro pacientes com LP tiveram mobilidade prejudicada. Há de se considerar que esse resultado pode estar relacionado à baixa incidência no presente estudo. Estudos com amostras maiores são necessários para melhor comparação.

Ressalta-se a importância da equipe de enfermagem no reposicionamento dos pacientes com mobilidade prejudicada, visto que é um cuidado assistencial utilizado na prevenção de LP (COX, 2011).

6.5.2 Déficit no autocuidado para banho

Esse diagnóstico é definido como: Incapacidade de completar as atividades de limpeza do corpo de forma independente (NANDA-I, 2018, p.241).

Observou-se que 75% da amostra apresentaram esse DE, pois a maioria apresentou Capacidade prejudicada de lavar o corpo (86,7%), Capacidade prejudicada de acessar a fonte

de água (75,5%), Capacidade prejudicada de acessar o banheiro (71,1%) e/ou Capacidade prejudicada de secar o corpo (53,3%).

O que levou a amostra a não realizar a limpeza do próprio corpo de forma independente, foi o fato de apresentar Dor, Fraqueza, Ansiedade ou mesmo, por incapacidade de chegar ao banheiro (Barreira ambiental).

Esse DE associa-se com Mobilidade física prejudicada, visto que faz correlação com o fato de a maioria ser idoso e dependente de ajuda, além das restrições prescritas de movimento pelo médico e dos fatores relacionados, principalmente a Dor.

Em um estudo de Lucena *et al.* (2011), foi identificado como terceiro DE mais frequente Déficit no autocuidado para banho, relacionado à prejuízo musculoesquelético. Em outro estudo de Lucena *et al.* (2010) os DE Déficit no autocuidado: banho e/ ou higiene e Mobilidade física prejudicada encontravam-se como prevalentes na pesquisa desenvolvida na UTI de um hospital em Porto Alegre, o que correspondia à dificuldade para realizar atividades por si próprio, necessitando de intervenções que promovessem o desenvolvimento das atividades da vida diária do indivíduo lhe gerando conforto.

Comparando-se o fato de ter LP e Déficit no autocuidado para banho, observou-se pelo p-valor (0,585) do teste de Qui-quadrado que não houve associação entre as duas variáveis, somente que os quatro pacientes com LP tiveram esse déficit. Também a baixa incidência pode ter influenciado tal resultado.

6.5.3 Débito cardíaco diminuído

Esse diagnóstico é definido como: Volume de sangue bombeado pelo coração inadequado para atender às demandas metabólicas do organismo (NANDA-I, 2018, p.226).

Observou-se que 60% da amostra apresentaram esse DE e foram identificadas as seguintes características definidoras de maior prevalência: Alteração no eletrocardiograma (ECG) (63,9%), Alteração na pressão arterial (61,1%), Fração de ejeção diminuída (55,5%) e Edema (30,5%). Em menor frequência foram encontradas também Dispneia, Índice cardíaco diminuído, Ansiedade, Fadiga, Ruídos adventícios respiratórios, Distensão da veia jugular, Ganho de peso, Tosse, Oligúria e Bradicardia, palpitações cardíacas, Tempo de preenchimento capilar prolongado e Dispneia paroxística noturna.

Não estão descritos na NANDA-I (2018) fatores relacionados para esse diagnóstico, apenas as condições associadas, das quais foram identificadas Alteração na contratilidade,

Alteração na pós-carga e Alteração no ritmo cardíaco e, em menor frequência há Alteração na pré-carga e Alteração na frequência cardíaca.

Esse DE vai ao encontro dos principais diagnósticos médicos encontrados: doenças isquêmicas do coração (Infarto agudo do miocárdio, Angina pectoris e Doença da artéria coronária) e outras formas de doença do coração em menor prevalência, sendo Insuficiência cardíaca e arritmia. A literatura mostra semelhanças no que se remete às características definidoras encontradas.

Alguns artigos trouxeram o uso desse DE com a especificação de suas características, como em Souza *et al.* (2011) em um estudo de revisão sistemática que evidenciou nos 13 artigos 50 características definidoras, sendo dez com maior frequência: alteração da frequência/ritmo cardíaco, dispneia, alteração da pressão arterial, estertores, oligúria\ anúria, edema, pele fria, fadiga/fraqueza, diminuição dos pulsos periféricos e diminuição da perfusão periférica, conforme classificação da NANDA 2009-2011. Em outro estudo de Pereira *et al.* (2016), realizado com pacientes de um hospital em Niterói-RJ, o Débito cardíaco diminuído demonstrou-se associado às características definidoras dispneia, distensão da veia jugular, edema e fração de ejeção diminuída nas três semanas de avaliação.

Em outra pesquisa de análise retrospectiva de prontuários de pacientes de uma UTI no Rio Grande do Sul, de Ferreira *et al.* (2016), foram identificados 52 títulos diferentes de DE, conforme NANDA-I 2012-2014, sendo 75% diagnósticos reais e 25% de risco. E o DE Débito cardíaco diminuído estava entre os mais frequentes, sendo 38,4% naquela amostra estudada.

6.5.4 Dor aguda

Esse diagnóstico é definido como:

Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses (NANDA-I, 2018, p.436).

Observou-se que 55% da amostra apresentaram esse DE, sustentado nas características definidoras de maior prevalência o Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor, Expressão facial de dor e Alteração no parâmetro fisiológico.

Os fatores relacionados e condições associadas desse diagnóstico foram: Agente físico lesivo e Agente biológico lesivo.

A *International Association for the Study of Pain* (IASP), em 1979, definiu a dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial”. Nesse contexto, a dor é tida como o quinto sinal vital e deve ser mensurada assim como os outros sinais vitais durante a assistência à saúde (MENDES *et al.*, 2018).

Ao se utilizar uma escala visual da dor como instrumento de mensuração, o paciente pôde demonstrar e quantificar sua dor no momento da avaliação, sendo realizada a quantificação conforme explicado na caracterização metodológica.

Assim, a Sociedade de Medicina de Cuidados Intensivos aconselha o uso de ferramentas de avaliação da dor que tenham indicadores comportamentais de dor, devendo esse aspecto ser avaliado diariamente nos pacientes de UTI (BARR *et al.*, 2013).

Os fatores relacionados fazem correção com os diagnósticos cardíacos do estudo, além dos pacientes submetidos à cirurgia, aos procedimentos invasivos realizados dentro da unidade e associados às condições clínicas dos pacientes.

Algumas pesquisas trouxeram a identificação desse DE entre os mais frequentes, como demonstrado em Ferreira *et al.* (2016), que apresentou 57,2% de prevalência no estudo. Martins *et al.*, (2018) apresentou em sua pesquisa de revisão integrativa esse diagnóstico de enfermagem como relevante e bastante presente no contexto da terapia intensiva.

6.5.5 Integridade tissular prejudicada

Esse diagnóstico é definido como: Dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento (NANDA-I, 2018, p.387).

Observou-se que 40% da amostra apresentaram esse DE e foram identificadas as seguintes características definidoras de maior prevalência: Dano tecidual (91,7%), Tecido destruído (87,5%) e Dor aguda (79,6%). Os fatores relacionados de maior prevalência para esse diagnóstico foram: Estado nutricional desequilibrado, Volume de líquidos deficiente, Volume de líquidos excessivo e Umidade. Como condições associadas de maior prevalência observaram-se Procedimento cirúrgico, Trauma vascular, Alteração no metabolismo; em minoria Mobilidade prejudicada, Punção arterial e Circulação prejudicada.

O fato da maioria dos pacientes se submeterem a procedimentos cirúrgicos, proporcionou uma frequência elevada desse diagnóstico, conforme as características

definidoras e os fatores relacionados/condições associadas apresentadas. Além disso, observou-se incontinência urinária em alguns pacientes ou o uso recorrente de fralda, associado à umidade e à lesão.

Em relação à umidade, apontada como fator relacionado desse diagnóstico, em uma pesquisa desenvolvida por Fernandes *et al.*, (2012), observou-se que 88,6% dos pacientes que usaram sonda vesical de demora não apresentaram risco para LP, enquanto 11,4% eram ocasionalmente incontinentes e apresentaram grau de risco para LP.

Em uma pesquisa de revisão alguns autores identificaram que pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos com duração maior que duas horas tiveram alto risco de desenvolverem LP, devido à imobilização do cliente na mesa cirúrgica, além da transferência da mesa cirúrgica para a maca da sala de recuperação pós-anestésica que pode desencadear forças de fricção e cisalhamento e ocasionar lesão da integridade tecidual (ALVES, BORGES, BRITO, 2014).

Martins *et al.*, (2018) apresentou em sua pesquisa de revisão integrativa esse DE relacionado aos procedimentos invasivos e defesas primárias inadequadas e a pacientes que apresentam comprometimento de pele/tecidos, como lesão por pressão, incisão/feridas cirúrgicas e/ou trauma.

6.5.6 Risco de queda

Esse diagnóstico é definido como: Suscetibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e comprometer a saúde (NANDA-I, 2018).

Esse DE foi evidenciado em 100% da amostra deste estudo, e os fatores de risco foram: Cenário pouco conhecido (100%), Mobilidade prejudicada (68,3%). Em menor frequência, apareceu Dificuldades na marcha, Alteração na glicemia sanguínea, Ausência de sono e Urgência urinária.

Para esse diagnóstico de enfermagem, apontou-se como população de risco, pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, conforme foi caracterizado na amostra estudada.

Segundo López (2010), a idade avançada é um fator comum em quase todos os estudos, o que mostra a necessidade de dedicar maior atenção ao cuidado neste tipo de paciente

Cabe ressaltar que as condições associadas prevalentes desse DE foram Período de recuperação pós-operatória, Anemia e Visão prejudicada.

Ainda, segundo López (2010), pacientes com dor, com necessidade de ir ao banheiro, com estado neurológico e emocional alterados ou ansioso apresentam maior risco de queda, pois podem se levantar sem pedir ajuda.

Esse diagnóstico corrobora com o diagnóstico de Mobilidade física prejudicada também prevalente e com o perfil majoritário de idoso no estudo. Torna-se importante também ressaltar a escala de Morse utilizada no estudo, pois, embora esse diagnóstico de enfermagem não contemple a Escala de Morse, discutida anteriormente, como indicador de sua população em risco, alguns elementos usados nesse diagnóstico estão presentes como: histórico de quedas, uso de dispositivo auxiliar, mobilidade prejudicada, dificuldade na marcha e alteração na função cognitiva.

Além disso, nesse DE Risco de queda, nem todos os pacientes apresentaram condições associadas, por isso um baixo valor nos resultados.

Nesse aspecto, para Urbanetto, *et al.* (2013), torna-se importante uma escala estruturada na avaliação do risco de quedas em pacientes hospitalizados para o planejamento da assistência com foco na segurança do paciente.

Esse DE torna-se importante, pois as quedas, além de provocarem danos físicos, influenciam no psicológico do paciente, como receio de sofrer nova queda, redução de confiança para deambular com segurança, especialmente em idosos (AMBROSE, PAUL, HAUSDORFF, 2013).

Alguns estudos trazem os fatores de risco mais prevalentes, como apresentado por Luzia, Victor, Lucena (2014), a partir de dados coletados de prontuário online realizado em um hospital universitário no Sul do Brasil, nos quais destacam-se: alteração neurológica, mobilidade prejudicada e extremos de idade.

Em um estudo observacional realizado em um hospital do Sul do Brasil, realizada por Severo *et al.* (2018), os autores demonstraram a importância dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos relacionados a alterações clínicas, como as neurológicas (desorientação/confusão), alteração na eliminação urinária (micção frequente), mobilidade física (limitação para caminhar), ausência de cuidador, período pós-operatório e medicamentos administrados em até 72 horas antes da queda. Além disso esses autores reforçam a importância do enfermeiro conhecer os fatores de risco para quedas, além de critérios para identificá-los e implementar medidas preventivas.

6.5.7 Risco de infecção

Esse diagnóstico é definido como: Suscetibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde (NANDA-I, 2018, p.374).

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são eventos adversos dos serviços de saúde que elevam os custos no cuidado do paciente, além de aumentar o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2017d).

Esse DE foi evidenciado em 88,3% da amostra deste estudo, e os fatores de risco foram: Tabagismo, Alteração na integridade da pele, Desnutrição e Obesidade. E como condições associadas existe: Procedimento invasivo, Doença crônica e Hemoglobina diminuída.

Destacam-se as condições associadas referentes a procedimento invasivo: acesso venoso profundo, acesso periférico, incisão cirúrgica e cateter vesical de demora, associadas às doenças crônicas já discutidas anteriormente.

Esse DE Risco de infecção apresentou poucos fatores de risco, sendo que, alguns fatores de risco se somaram também às condições associadas dos diagnósticos.

Em se tratando de pacientes de UTI, espera-se que estes estão sujeitos a inúmeros procedimentos invasivos que aumentam os riscos de infecção.

Algumas pesquisas trouxeram a identificação desse DE dentre os mais frequentes, como demonstrado em Ferreira *et al.* (2016) que apresentou 47,4% de prevalência no estudo. Além disso, Santos *et al.* (2015), que realizaram uma coorte retrospectiva investigando prontuários de pacientes de UTI em Campinas, identificando o DE Risco de infecção em 99% da amostra. Esses autores destacaram que os pacientes se encontram susceptíveis devido à sua condição clínica e, sendo submetidos a procedimentos invasivos rotineiramente, têm mais chance para o risco de infecção.

6.5.8 Risco de tromboembolismo venoso

Esse diagnóstico é definido como suscetibilidade ao desenvolvimento de coágulo sanguíneo em veia profunda, geralmente na coxa, panturrilha ou extremidade superior, que pode se romper e alojar-se em outro vaso, o que pode comprometer a saúde (NANDA-I, 2018, p.406).

Tromboembolismo venoso (TEV) representa um espectro de doenças que inclui trombose venosa profunda, trombose associada a cateteres venosos centrais e, a complicação mais grave, tromboembolismo pulmonar (TEP) (ROCHA *et al.*, 2005).

Esse DE foi evidenciado em 83,3% da amostra deste estudo, e os fatores de risco foram: Mobilidade prejudicada (70%), Obesidade (20%) e Desidratação (4%). As condições associadas identificadas foram: Comorbidade médica significativa, Pós-operatório de cirurgia importante, Cirurgia e tempo total de anestesia > 90 minutos, seguido de Diagnóstico atual de câncer, Acidente vascular encefálico e Uso de terapia de reposição hormonal.

Entre as populações em risco, destacaram-se: Admissão em unidade de terapia intensiva, Idade maior ou igual a 60 anos e que, História de acidente vascular encefálico, Fumante atual e História anterior de tromboembolismo venoso.

A amostra da pesquisa reflete a população de risco descrita, visto que a maioria tem idade maior ou igual a 60 anos e que, como visto anteriormente 80% dos pacientes possuíam mobilidade reduzida, além das comorbidades médicas descritas no início da discussão, além dos pacientes obesos, pós operatório e com história de neoplasia atual.

Esse DE Risco de tromboembolismo venoso apresentou poucos fatores de risco, sendo que, alguns fatores de risco se somaram também às condições associadas dos diagnósticos.

Em um estudo apresentado por Lima, Ferreira e Rocha (2019), realizado em um hospital do DF, observou-se a frequência de pacientes clínicos com alto risco para TEV. Alguns fatores de risco, como redução de mobilidade, idade avançada e infecções ou doenças reumáticas, tiveram alta incidência. A idade, a quantidade de fatores de risco, a utilização de profilaxia e o desfecho clínico mostraram associação estatística com o maior risco de desenvolver TEV.

6.5.9 Risco de lesão por pressão

Esse diagnóstico é definido como: Suscetibilidade a lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre saliência óssea, em consequência de pressão, ou pressão combinada com forças de cisalhamento (NPUAP, 2007) (NANDA-I, 2018, p.393).

O DE em questão foi evidenciado na maioria da amostra deste estudo (61,7%), sendo identificados, majoritariamente, os seguintes fatores de risco: Atrito em superfície (100%), Forças de cisalhamento (100%) e Redução na mobilidade (81,1%). As condições associadas encontradas foram: doença cardiovascular, anemia, edema, redução no nível de albumina sérica, circulação prejudicada, imobilização física, e alteração na sensibilidade.

Foram identificados cinco populações em risco, com maior prevalência: adulto: escore na Escala de Braden < 17, sexo feminino e extremos de idade. Em menor prevalência está extremos de peso e história de acidente vascular encefálico.

Em relação à terapêutica de enfermagem desenvolvida na unidade em estudo, observou-se a aplicação do processo de enfermagem e de protocolos assistenciais como ferramenta para o cuidado e para a prevenção da LP, o que pode ter contribuído para uma baixa incidência de LP. A pesquisa realizou o uso da escala de Braden, conforme apresentado na NANDA-I e nas demais escalas discutidas anteriormente. Entre a população em risco, teve destaque os pacientes idosos e os pós-operatórios, além das influências das doenças cardiovasculares.

Assim, como evidenciado por Lucena *et al.* (2011), além da idade avançada, outros fatores são determinantes para a o risco no desenvolvimento de LP, como tempo de internação, alterações neurológicas, nutricionais, de mobilidade, atividade e incontinências anal e urinária.

Cox (2011) também apresentou em seu estudo a relação com alguns fatores como preditores significativos: mobilidade, atrito/cisalhamento avaliados pela escala de Braden, além de outros não medidos pela escala, como idade, tempo de permanência na UTI, uso de noradrenalina e doenças cardiovasculares.

Gomes *et al.* (2011) encontraram associação entre idosos e risco para o desenvolvimento de LP, pois apresentavam baixos escores médios da escala de Braden.

Em relação a pacientes cirúrgicos, Borghardt *et al.* (2015) trouxeram em seu estudo a ocorrência de LP em pacientes cirúrgicos no período pós-operatório, em que variáveis relacionadas como o tempo de anestesia e porte cirúrgico foram preditivas para o desenvolvimento de LP.

Em uma pesquisa realizada com a Escala de Braden, apresentou-se como fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento e agravamento da LP, a umidade, percepção sensorial e mobilidade. A umidade irá tornar o pH da pele (levemente ácido 5,5) básico, deixando susceptível à fricção e cisalhamento. Já o rebaixamento da percepção sensorial altera a sensação de dor ou desconforto, diminuindo o potencial de resposta do paciente para a movimentação, tornando-o vulnerável (ROGENSKI, KURCGANT, 2012).

Futuras pesquisas, certamente, merecem ser realizadas, para melhor identificar os fatores de risco mais importantes no desenvolvimento de LPs nos diferentes estágios. Necessita-se de mais pesquisas relacionadas ao estabelecimento de escores de corte na escala

de Braden para populações, unidades e serviços específicos (ROGENSKI, KURCGANT, 2012).

Os pacientes de UTI estão expostos a vários fatores de risco que influenciam no desenvolvimento das LP e não existe um consenso da melhor forma de como mensurar esses fatores. Entretanto, a identificação desses fatores de risco é uma medida para elencar estratégias necessárias na prevenção de LP (COX, 2011).

A relação da presença de LP e a qualidade da assistência tem sido relatada em algumas literaturas, entretanto, os dados apresentados na literatura de Gomes *et al.* (2011), pode indicar, porém nem sempre, a qualidade do cuidado.

Entretanto, torna-se importante a expertise clínica individual do enfermeiro, em consonância com as evidências científicas que orientam o gerenciamento do cuidado ao paciente em risco de desenvolver LP. Tais ações buscam contribuir para práticas de saúde seguras (SOARES *et al.*, 2018).

Nesse sentido, salienta-se a importância da atuação da equipe de enfermagem, na aplicação de estratégias de prevenção, de forma sistematizada e rotineira, nas mudanças de decúbito, colocação de colchões adequados para o alívio da pressão, bem como das demais medidas preconizadas em protocolos pré-estabelecidos. (ROGENSKI, KURCGANT, 2012).

Logo, os diagnósticos de enfermagem subsidiam a construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem e fortalecem as intervenções de enfermagem baseadas em evidência (FERREIRA *et al.*, 2016).

7 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo avaliar os aspectos relacionados à integridade da pele em pacientes adultos internados em uma UTI, fundamentado na teoria da transição de Afaf Ibrahim Meleis.

Quanto a caracterização socioeconômico-demográfica dos 60 pacientes que compuseram a amostra, a maioria foi do sexo feminino, com idade média de 61,5 anos, baixa escolaridade, aposentados, cor autodeclarada parda, casados e naturalidade do nordeste. Entre essas características, a de maior influência no estudo foi a idade com uma população mais idosa e de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão.

No que se refere às características clínicas e dos participantes da amostra, a queixa predominante foi dor, com destaque para dor no peito, o que gerou um diagnóstico de enfermagem específico: Dor aguda. Em relação às condições patológicas pré-existentes houve maior prevalência de indivíduos com uma e duas patologias, sendo as mais prevalentes hipertensão arterial, outras formas de doença do coração, diabetes mellitus e distúrbios metabólicos. Observou-se que as comorbidades são fatores influentes nos aspectos relacionados à integridade da pele. Os principais diagnósticos médicos foram doenças isquêmicas do coração, com destaque para infarto agudo do miocárdio.

A amostra também apresentou características de polimedicação, com predominância do uso de anti-hipertensor, antiagregante plaquetário e antilipídêmico.

Relacionado aos hábitos de vida prevaleceu o sedentarismo e o tabagismo na amostra de estudo. Em relação ao padrão de sono a maioria apresentou um padrão satisfatório. Utilizando-se a classificação adotada pela NANDA-I relativa ao IMC observou-se uma prevalência de indivíduos com o peso acima do esperado. E conforme a classificação nutricional abordada (NRS) a maioria dos participantes avaliados estava sem risco nutricional, excluindo-se a porcentagem que não teve avaliação nutricional.

No quesito procedência, houve uma predominância de indivíduos transferidos de unidades de saúde das Regiões administrativas do DF. Em relação ao tempo de internação, houve prevalência de um tempo de quatro a dez dias, e uma média de 10,5 dias. Com relação ao destino final, a maioria foi para a enfermaria das clínicas do próprio hospital.

Relacionado às mudanças no aspecto da saúde e doença que os participantes vivenciaram durante a internação na UTI, foi possível abordar a temática da teoria da transição identificando as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de reação do

processo de internação vivenciado pelos participantes do estudo, sendo essas condições observadas como pessoais, comunitárias e sociais.

A amostra do estudo se caracterizou por indivíduos participativos, que compreendiam a nova situação de estar internado em uma unidade intensiva e ativos na busca de informações sobre seu estado de saúde. Destaca-se que tais características pessoais são relevantes na maneira dos pacientes responderem à internação, pois conseguiram se ajustar e se adaptar à nova experiência pela qual estavam passando. Além disso, essas características apresentadas são importantes para o tratamento da condição clínica e para a prevenção de LP, visto que essas lesões, quando desenvolvidas, são um problema a mais para os pacientes enfrentarem.

Quanto aos aspectos relacionados às condições comunitárias e sociais, todos os pacientes receberam visita de algum familiar, parente ou conhecido. Também, referiram sentir-se confortáveis com a relação ao Enfermeiro e a equipe de enfermagem. A maioria soube identificar outro profissional que prestou assistência durante o período de internação e afirmou acreditar em algo relacionado à religião ou crença.

Logo, na presente pesquisa foram aspectos facilitadores os laços do paciente com familiares, amigos e a equipe assistencial, além da crença, servindo como suporte nesse processo da transição de internação em uma unidade crítica, com foco na recuperação.

Também como aspecto facilitador destaca-se o fato da maioria ter apresentado afirmação positiva em relação à colaboração e ao alcance das metas do seu tratamento.

Entretanto, houve um aspecto limitador nesse processo social no que se refere à preocupação com alguma situação na sua vida antes do adoecimento. Mas de maneira geral, o significado atribuído pelos pacientes em relação à internação na UTI foi avaliada como uma experiência positiva.

Ressalta-se nessa pesquisa a importância do processo de enfermagem enquanto ferramenta que facilita a interação paciente-profissional no aspecto do cuidado abrangente das necessidades que o indivíduo precisa nessa fase de vulnerabilidade, segundo a teórica, que ele está vivenciando devido ao fato de estar internado em uma UTI. Nesse contexto, a teórica Afaf Ibrahim Meleis traz o enfermeiro como um facilitador nesse processo de transição da alteração do padrão de saúde do paciente.

As avaliações realizadas através da aplicação de escalas, já validadas, na coleta de dados, possibilitou o desenvolvimento de uma pesquisa com metodologia científica, pois esses instrumentos subsidiam ao enfermeiro uma assistência metodológica e um planejamento adequado para sua assistência.

Assim, como demonstrado na pesquisa observou-se, a partir do Índice de Katz, predominância de pacientes categorizados nos dois extremos: independentes e muito dependentes. Já na escala visual/verbal numérica de dor, majoritariamente os pacientes indicaram ter algum tipo de dor. Na escala de Morse identificou-se a maioria dos participantes como risco moderado.

O perfil da amostra do estudo demonstrou uma incidência de LP baixa quando em comparação com a literatura, associado ao pouco tempo de internação. Em relação ao tempo de aparecimento da lesão, no geral, foram evidenciadas em poucos dias de internação a lesão, tendo correlação o desenvolvimento da LP com o tempo de internação. Em relação à região acometida, não houve uma predominância de área, sendo identificada em quatro locais distintos.

Faz-se necessária a atuação do enfermeiro na adoção precoce de medidas preventivas na LP, principalmente em relação ao tempo, onde as duas primeiras semanas de internação foram consideradas críticas, representando um fator de risco no desenvolvimento dessa lesão.

Em relação à comparação das escalas de avaliação de risco para lesão por pressão entre Braden, Waterlow e Norton, conforme a média dos escores obtidos na avaliação dos três primeiros dias de internação, houve um acréscimo médio ao longo das três avaliações nas escalas de Braden e de Norton, enquanto Waterlow, mostrou um decréscimo em relação à esses três dias observados, demonstrando uma diminuição de vulnerabilidade nas escalas de modo geral, porém indicando ser importante fazer avaliações periódicas e consecutivas para adoção de medidas preventivas. Ressalta-se que a maioria dos pacientes do estudo (65%) pertencia à unidade coronariana, tendo uma rápida resolução da condição patológica e alta também célere, além de ser pacientes mais independentes para percepção sensorial, mobilidade e alimentação.

Aplicando-se o teste de Mann-Kendall, o mesmo não mostrou significância estatística na sequência dos valores observados nos três dias. Ressalta-se que três dados na análise de tendência não costuma indicar tendência de verdade.

No geral, comparando-se a frequência dos escores, Braden e Norton apresentaram riscos inferiores em comparação com a escala de Waterlow que indicou um risco maior. Utilizando-se o teste de Goodman-Kruskal, identificou-se que as três escalas possuem associação entre si, já que os p-valores associados mostram ser significantes.

No geral, segundo as classificações das escalas conforme os escores, Braden e Norton apresentaram-se semelhantes no que se refere à classificação, mostrando um risco baixo de

desenvolvimento de LP, enquanto Waterlow apresentou risco para a maioria dos pacientes, fazendo-se uma correlação com o perfil dos pacientes do estudo.

Utilizando-se a taxonomia da NANDA-I foram identificados os diagnósticos de enfermagem mais frequentes dos domínios Nutrição, Eliminação/Troca, Atividade/Repouso, Segurança/Proteção e Conforto, onde 651 diagnósticos de enfermagem foram arrolados, dos quais 370 diagnósticos foram com foco no problema, e 281 foram de risco, com média de 10,7 diagnósticos por cliente. Obtiveram-se 43 diagnósticos diferentes, sendo 27 diagnósticos com foco no problema (reais), 16 diagnósticos de risco (ou vulnerabilidade). Apenas nove apresentaram frequências superiores a 40%, sendo eles: Mobilidade física prejudicada, Déficit no autocuidado para banho, Débito cardíaco diminuído, Dor aguda, Integridade tissular prejudicada, Risco de queda, Risco de infecção, Risco de tromboembolismo venoso e Risco de lesão por pressão.

Foram identificadas as seguintes características definidoras mais frequentes nos diagnósticos de maior prevalência: redução na amplitude de movimentos, movimentos lentos e redução nas habilidades motoras grossas, para o DE Mobilidade Física prejudicada; capacidade prejudicada de lavar o corpo, de acessar a fonte de água, de acessar o banheiro, e de secar o corpo, para o diagnóstico de Déficit no autocuidado para banho; alteração no eletrocardiograma, alteração na pressão arterial e fração de ejeção diminuída, para o DE Débito cardíaco diminuído; autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor e expressão facial de dor, para o DE Dor aguda; e dano tecidual, tecido destruído, dor aguda e vermelhidão para o DE Integridade tissular prejudicada.

Os fatores causais/ condições associadas mais frequentes dos diagnósticos de maior prevalência foram: dor/ alteração no metabolismo no caso do diagnóstico Mobilidade física prejudicada; dor, fraqueza/ prejuízo musculoesquelético para o diagnóstico Déficit no autocuidado para banho; alterações na contratilidade, pós-carga, e ritmo cardíaco para o diagnóstico Débito cardíaco diminuído; agente físico lesivo para o diagnóstico de Dor aguda; e estado nutricional desequilibrado/ procedimento cirúrgico e trauma vascular para o diagnóstico Integridade tissular prejudicada.

E como fatores de risco mais frequentes nos diagnósticos de maior prevalência: cenário pouco conhecido e mobilidade prejudicada no caso do diagnóstico Risco de queda; tabagismo para o diagnóstico Risco de infecção; mobilidade prejudicada para o DE Risco de tromboembolismo venoso; e atrito em superfície, forças de cisalhamento e redução na mobilidade para o diagnóstico Risco de lesão por pressão.

Ressalta-se o diagnóstico de enfermagem Risco de lesão por pressão onde três grupos em risco foram identificados: escore na Escala de Braden < 17, sexo feminino e extremos de idade. E as condições associadas prevalentes encontradas foram: doença cardiovascular, anemia e edema.

Observou-se, nos três primeiros dias avaliados, relação estatística significativa entre os pacientes com DE Mobilidade física prejudicada e escores menores que 14 nas escalas de Braden e Norton e escores maiores que 14 na escala de Waterlow.

Comparou-se o desenvolvimento de LP ocorrida nos quatro pacientes com o DE Mobilidade física prejudicada e Déficit no autocuidado para banho. Não houve associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis (formação de LP e os dois DE em tela), embora esses dois DE estivessem presentes nesse grupo. A possível justificativa pode estar relacionada à baixa incidência de LP na amostra estudada.

Observou-se, ainda, que não há na NANDA-I (2018-2020) fator relacionado para o diagnóstico Débito cardíaco diminuído, apenas as condições associadas, necessitando-se de mais trabalhos na área.

Ressalta-se também que no diagnóstico Risco de queda, não consta na NANDA-I a Escala de Morse como um instrumento para a utilização e pontuação ao se apontar os fatores de risco. Além disso, esse diagnóstico foi elencado na taxonomia para ser retirado na edição 2021-2023 caso não exista trabalho adicional que eleve o nível de evidência. Trata-se de um DE importante para a enfermagem na prática clínica, visto que a prevenção da queda consta como a sexta meta internacional de segurança do paciente.

Sugere-se o desenvolvimento de mais pesquisas na área envolvendo diagnósticos de enfermagem, no intuito de validar mais fatores de risco e condições associadas à Taxonomia conforme a realidade das UTI brasileiras. Além de mais estudos relacionados à comparação das escalas em diversas realidades, já que são escalas genéricas e muitas outras escalas específicas para pacientes críticos vem sendo estudadas.

Algumas limitações no estudo podem ser apontadas, entre elas: dificuldades em constituir uma amostra mais numerosa frente às inconstantes mudanças no funcionamento da unidade (houve fechamento temporário da unidade coronariana durante período de coleta de dados), a metodologia utilizada em relação ao grau de dependência na primeira avaliação mostrou uma incidência baixa em relação ao aparecimento de lesão por pressão. Além disso, o fato da amostra se restringir a apenas um local, a escassez de estudos mais atuais que realizem o comparativo entre várias escalas de avaliação de risco de LP e o déficit de

pesquisas que abordem a teoria da transição no contexto de terapia intensiva. Estudos com amostras maiores são necessários para melhor comparação.

Ressalta-se a importância desse estudo, não apenas para a instituição, mas para as unidades de terapia intensiva em geral, especialmente em se tratando de locais de ensino onde há interesse em constante melhoria de processos e elaboração de protocolos assistenciais nos serviços. Espera-se com a pesquisa poder contribuir com o tema e estimular os enfermeiros a utilizarem o processo de enfermagem embasado em um referencial teórico visando a prevenção de eventos adversos.

8 REFERÊNCIAS

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 2016, 4.ed. - São Paulo. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>.

AMBROSE, A.F., PAUL, G., HAUSDORFF, J.M. Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. **Maturitas**. 2013, v.75, n1, p:51-61. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23523272>.

ANDRADE, A.L.S.S., ZICKER, F. Métodos de investigação epidemiológica em doenças transmissíveis. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**; 1997, v. I. Disponível em: <https://posstrictosensu.iptsp.ufg.br/up/59/o/MetodosdeInvestigacaoEpidemiologica-SegundaEd.pdf>.

ALVES, A. G. P.; BORGES, J. W. P.; BRITO, M. A. Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Revista de pesquisa fundam. care. online** v.6, n.2, p.793-804. 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/Dell/Downloads/3004-19419-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/3004-19419-1-PB%20(1).pdf).

ALLIGOOD, M.R. **Nursing Theorists and Their Work**. 8. ed. Mosby Elsevir, 2013, 416-433. Disponível em: <http://docshare01.docshare.tips/files/29843/298436680.pdf>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520: Informação e documentação: Referências**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <https://www.usjt.br/arq.urb/arquivos/nbr10520-original.pdf>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA (SOBEST). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM DERMATOLOGIA (SOBENDE). **Classificação das lesões por pressão - Consenso NPUAP 2016 - adaptada culturalmente para o Brasil**. 2019. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**. Volta Redonda, v. 59. Ano III, n. 6, ago. 2011. Disponível em: <http://webserver.foa.org.br/praxis/numeros/06/59.pdf>.

ARAÚJO, T.M.; ARAÚJO, M.F.M.; CAETANO, J.A. Comparação de escalas de avaliação de risco. **Acta Paul Enferm**, Fortaleza, v. 24, n. 5, p.695-700. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/16v24n5.pdf>.

ARAÚJO, T. M.; MOREIRA, M. P.; CAETANO, J. A. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011; v.19, n.1: p.58-63. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a10.pdf>.

ARAÚJO, T. M., et. al. Diagnósticos de Enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev Bras Enferm**, Brasilia, v. 64, n.4, p. 671-676, jul-ago, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a07v64n4.pdf>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **SOBEST**. Brasil. 2019. Disponível em: <http://www.sobest.org.br>.

BALZER, K., et. al. The Norton, Waterlow, Braden, and Care Dependency ScalesL Comparing Their Validity When Identifying Patients' Pressure Sore Risk. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, 2007, v.34, n.4, p:389–398. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17667085>.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7 ed. Florianópolis: UFSC, 2008.

BARBOSA, B. R., et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2014.v. 19, n. 8, p. 3317-3325. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000803317&script=sci_abstract&tlng=pt.

BARBOZA, D. S., SILVA, R. G. M. Sistemas de classificação de pacientes em uma unidade de terapia intensiva neurológica. **Journal Health NPEPS**. 2016; v.1, n.2, p:197-207. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1552>.

BARROS, A. L. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto** 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2016. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582712924/cfi/0!/4/4@0.00:20.8>.

BARR, J, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. **CritCareMed**.2013; v.41, p:263-306. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23269131>.

BERGSTROM, N., et. al. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. **Nurs Res**. 1987 v.36, n.4:205-210. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3299278>. Acesso em: 14 jan 2019.

BORGHARDT, A.T et al. Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Vitória, v. 23, n.1, p. 28-35, 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01_00028.pdf.

BORGHARDT, A.T et al. Pressure ulcers in critically ill patients: incidence and associated factors. **Rev Bras Enferm**. 2016; v.69, n.3, p:431-438. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690307i>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0460.pdf>.

BRADEN, B.J. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk: reflections after 25 years. **Adv Skin Wound Care**. 2012, v.25, n.2, p:61. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22258213>.

BRADEN, B., BERGSTROM, N. Prevention Plus. **Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk**© [on line]. 1998. Disponível em: <http://www.bradenscale.com/translations.htm>.

BRIGGS, M., et al. The prevalence of pain at pressure areas and pressure ulcers in hospitalised patients. **BMC Nurs**. 2013, n.12, v.1, p:3-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23902583>.

BRASIL. RDC Nº 63, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011. Dispõe sobre os **Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde**. Órgão emissor: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2011. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0063_25_11_2011.pdf/94c25b42-4a66-4162-ae9b-bf2b71337664.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>.

_____. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/.../documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf).

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Brasília, 2016. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6++Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde**. Brasília, p. 24. 2017a. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/notatecnica-gvims-ggtes-03-2017>.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>.

_____. DECRETO Nº 9.255, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017. Decreto n. 3.847, de 30 de mar. de 2017. **Valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo**. Brasília, DF, 2017c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9255.htm.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017d. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 121 p.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_iii_forum_monitoramento_plano.pdf

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária **Relatório nacional de incidentes relacionados à assistência à saúde Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. [entre 2014-2019]. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>.

BUSSAB, W.O., MORETTIN, P. A. **Estatística básica**. 8 ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

CAMPANILI, T.C.G.F. et al. Incidências de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, p. 7-14, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000700007&script=sci_abstract.

CAMPOS, M.G.C.A, et. al. Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico. João Pessoa: **Ideia**, 2016. Disponível em: <http://www.coren.pb.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf>.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** 2009; v.11, n3: p.466. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>.

CASTRO, E. S, ROSERO, E. V. Experiencia de estar hospitalizado em una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. **Av Enferm.**, 2015, v.33, n.3, p: 381-390. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-45002015000300006.

CHABOYER, W., JAMES, H., KENDALL, M. Transitional Care After the Intensive Care Unit Current Trends and Future Directions. **Critical Care Nurse**. 2005, v.25, n.3. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/25/3/16.fullDespite>.

CHEN, H.L., et.al. Construct Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Assessment in Acute Care: A Structural Equation Modeling Approach. **Ostomy Wound Manage**. 2017, v.63, n.2, p:38-41. Disponível em: <https://www.o-wm.com/article/construct-validity-braden-scale-pressure-ulcer-assessment-acute-care-structural-equation>.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). **Perfil da população idosa do Distrito Federal**. Brasília. 2012. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/>

_____. **Análise dos dados da PNAD 2012: comparativo Distrito Federal e Brasil**. 2013. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/An%C3%A1lise-dos-Dados-da-PNAD-2012-Comparativo-Distrito-Federal-e-Brasil.pdf>.

_____. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal – PDADDF – 2015**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-Distrito-Federal-1.pdf>.

_____. **Atlas do Distrito Federal 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Atlas-do-Distrito-Federal-2017.pdf>

_____. **Pesquisa de emprego e desemprego - PED**. Mercado de trabalho no distrito federal em 2018. Ano 27, boletim edição especial. 2018. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Boletim-PED-DF-me%CC%81dia-anual-2018.pdf>.

_____. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios (PDAD)**. Brasília. 2019. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/PDAD_DF-Grupo-de-Renda-compactado.pdf.

COOPER, J., et. al. Classification of patient-safety incidents in primary care. **Bulletin of the World Health Organization**. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/96/7/17-199802.pdf>.

COSTA, I. G. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, 2010, v. 31, n. 4, p. 693-700. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472010000400012&lng=en&nrm=iso.

COX, J. Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. **Am J Crit Care**. 2011, v.20, n.5, p:364-75. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21885457>.

CREMASCO, M. F., et al. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, 2009, v. 22, n. spe, p. 897-902. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/11.pdf>.

DATASUS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças) - CBCD / Faculdade de Saúde Pública da. 2019. Universidade de São Paulo FSP-USP. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/listacateg.htm>.

DUARTE, Y. A. O., ANDRADE, C. L., LEBRAO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, 2007, v. 41, n. 2, p. 317-325. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021.

EBSERH. **Nossa história**. 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hub-umb/nossa-historia>.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **EPUAP**. Praga. 2019. Disponível em: www.epuap.org.

FERNANDES, L.M., CALIRI, M.H.L. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva. *Rev. Lat Am Enferm.* 2008; v.16, n.6, p:973-8.)

FERNANDES, N. C. S., TORRES, G. V., VIEIRA, D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. **Rev Eletr Enf.** 2008, v.10, n.3, p.733-46. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a19.pdf.

FERNANDES, M. G. M., et al. Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de Waterlow. **Revista Enfermagem UERJ**, 2012, v. 20, n. 1, p. 56-60. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3977>.

FERREIRA, A. M., et al., Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. **Rev Bras Enferm.** 2016; v.69, n.2, p:307-315. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0307.pdf>.

FENG, H., et.al. Educational campaign to increase knowledge of pressure ulcers. **British Journal of Nursing**. 2016; v.25, n.12, p:30–35. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27345080>.

FORTUNATO, J.G.S; et. al. Escalas de dor no paciente crítico: Uma revisão integrativa. **Revista HUPE**, 2013.Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p.110-117. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426.

GILBERT, R.O. Statistical Methods for Environmental Pollution Monitoring. John Wiley and Sons, 1987, New York.

GOMES, F. S. L., et. al. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. **Rev Esc Enferm USP**; v. 44, n. 4, p. 1070-1076. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/31.pdf>.

GOMES, F. S. L., et. al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev Esc Enferm USP**; v. 45, n. 2, p. 313-318. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a01.pdf>.

GOMES, A. G. A., CARVALHO, M. F. O.. A perspectiva do paciente sobre a experiência de internação em UTI: revisão integrativa de literatura. **Rev. SBPH**, 2018, v. 21, n. 2, p. 167-185. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000200010.

GONÇALVES, M. R, et. al. TeleCondutas lesão por Pressão. **TelessaúdeRS-UFRGS**. 2017. Porto Alegre. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_lesaopressao.pdf

GOTHARDO, A.C.L.O., et.al. Incidência de úlcera por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva adulto. **J Health Sci Inst.** 2017; v. 35, n. 4, p: 252-6. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2017/04_out-dez/V35_n4_2017_p252a256.pdf.

GLOTH, F.M., et. al. The functional pain scale (FPS): Reliability, validity, and responsiveness in a senior population. **Journal of the American Medical Directors**

Association. 2001, v.2, n.3, p:110-114. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861004701760#!>.

GUIMARÃES, MSF. SILVA, LR. **Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem.** Rio de Janeiro; 2016. Disponível em:
<https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>.

GUIA, C. M., et. al. Perfil epidemiológico e preditores de mortalidade de uma unidade de terapia intensiva geral de hospital público do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde.** 2015, v.26, n.1/2, p: 9-19. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Karlo_Quadros/publication/294876323_Epidemiological_profile_and_predictors_of_mortality_in_an_intensive_care_unit_in_a_general_hospital_in_Distrito_Federal/links/56c5177a08ae736e7047124e/Epidemiological-profile-and-predictors-of-mortality-in-an-intensive-care-unit-in-a-general-hospital-in-Distrito-Federal.pdf.

HERDMAN, T. H. **Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional.** [Case management using NANDA International nursing diagnoses]. XXX CONGRESO FEMAFEE 2013. Monterrey, Mexico.

HINOJOSA, I.J., MOREIRA, D.G., GUERRA, H.R. Benefício de la aplicación de la escala de Norton en pacientes graves. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas. 2010. **Rev. Med. Electrón.**, v. 32, n. 5. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000500002.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB). **Plano diretor estratégico 2017-2021.** 2017. Brasília: Hospital universitário de Brasília (HUB-UnB). Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/16496/2575708/PDE+2017-2021/7fd166e8-4532-4c49-8a05-8ff4c6edca17>. Acesso em: 10 mar. 2018.

_____. **Plano diretor estratégico 2017-2021.** 2019. Brasília: Hospital Universitário de Brasília. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/16496/2575708/PDE+2017-2021/7fd166e8-4532-4c49-8a05-8ff4c6edca17>.

_____. **Relatório de gestão 2018.** 2018. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/16496/208897/Relat%C3%B3rio+de+Gest%C3%A3o+2018/54a1ee2c-9116-4e89-ac13-2e108e2e5b51>.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Gerenciamento da dor na SBIBHAE.** 2018. Versão 16. Diretrizes assistenciais. Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Paginas/diretrizes-assistenciais.aspx?busca=%20dor&Especialidade=>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). **Indicadores IBGE: pesquisa mensal de emprego.** 2002. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme/pmemet2.shtm>.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** 2018. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>.

_____. **Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação.** Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 180 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/pns2013.pdf>.

_____. **Práticas de esporte e atividade física: 2015.** Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. 80p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100364.pdf>

JÚNIOR, B. S. S. et al. Análise das ações preventivas de Úlceras por Pressão por meio da escala de Braden. **Estima**, Natal, v. 5, n. 1, p. 10-18, 2017. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/446>.

KENDALL, M.G. Rank Correlation Methods. 4th Edition, 1975. Charles Griffin, London.

KOTTNER, J., DASSEN, T. Pressure ulcer risk assessment in critical care: interrater reliability and validity studies of the Braden and Waterlow scales and subjective ratings in two intensive care units. **International Journal of Nursing Studies**. 2010; v. 47, n.6, p:671-677. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20003975>.

KONDRUP, J. et al. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. **Clinical Nutrition**. v. 22, n. 4, p. 415-421, 2003. Disponível em: <http://espen.info/documents/screening.pdf>.

LIMA, C. F. M.; Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada nos Dados para pesquisa/cuidado de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2016; v.24, n.5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a21.pdf>.

LIMA, P. R., et. al. Ocorrência de lesão por pressão em pacientes hospitalizados: uma revisão integrativa. **Revista Uningá**, v. 32, n. 1, p. 53-67, 2017. Disponível em: revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/download/39/446/.

LIMA, I., FERREIRA, E.B., ROCHA, P.R.S. Estratificação de risco para tromboembolismo venoso em pacientes de um hospital público do distrito federal. **Cogitare enferm**. 2019, v.24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.56741>.

LOPES, M. I., SANTOS, M. R. A prática de cuidados de enfermagem na prevenção das úlceras de pressão. **Revista de Enfermagem Referência**. v.8, n.1, p:63-9, 2002. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=A%20pr%E1tica%20de%20cuidados%20de%20enfermagem%20na%20preven%E7%E3o%20das%20FAlceras%20de%20press%E3o&id_artigo=58.

LÓPEZ, M. E. Prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira. **Cultura del Cuidado**, 2010, v. 7, n. 1, p. 16-23. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3716291>.

LOSPITAO-GÓMEZ, S. et. al. Validity of the current risk assessment scale for pressure ulcers in intensive care (EVARUCI) and the Norton-MI scale in critically ill patients. **Appl Nurs Res.** 2017, p:76-82. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29241524>.

LUCENA, A.F., et.al. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2011, v.19, n.3: 08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_11.pdf.

LUCENA, A.F., et.al. Intervenções de enfermagem utilizadas na prática clínica de uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2010, v.18, n.5, p: [09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_06.pdf.

LUZIA, M. F., VICTOR, M. A. G., LUCENA, A. F. Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** mar.-abr. 2014; v.22, n.2, p:262-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00262.pdf

MANN, H.B. **Nonparametric Tests against Trend.** *Econometrica*, 1945, v.13, n.3, p.245-259.

MATOS, L., DUARTE, N., MINETTO, R. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, v.12, n.4, p: 719-26, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/8481/8495>.

MARIEB, E. N., HOEHN, K. **Anatomia e fisiologia.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MARINHO, G. S., *et al.* Risco de quedas em pacientes hospitalizados. **Revista Pesquisa em Fisioterapia.** 2017, v.7, n.1, p:55-60. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1218>.

MARTINS, M.C. T., CHIANCA, T. C. M. Construção de um software com o com o Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva. **Journal of Health Informatics**, 2016. v. 8, n.4. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhisbis/article/view/420/0>.

MARTINS, C. P., *et al.* Diagnósticos de enfermagem em uti: uma revisao integrativa. **Rev. Aten. Saúde**, 2018, v. 16, n. 57, p. 74-86. Disponível em: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/5124-17751-1-PB.pdf>

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas de enfermagem.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p.241-243.

MEDEIROS, A. B. F., LOPES, C. H. A. F., JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p.223-228, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/29.pdf>.

MELEIS, A.I., et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **ANS Adv Nurs Sci.** 2000, v.23, n1, p:12-28. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>.

MELEIS, A.I. **Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Research and Practice**. New York, NY: Springer Publishing Company, 2010. Disponível em: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf.

_____. **Theoretical nursing: development and progress**. 5 ed. Philadelphia (US): J. B. Lippincott Company; 2012. Disponível em: https://www.academia.edu/30976329/Theoretical_Nursing_Development_and_Progresss.pdf

_____. **Penn Nursing. University of Pennsylvania School of Nursing**. 2018. Disponível em: <https://www.nursing.upenn.edu/live/profiles/69-afaf-i-meleis>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de prevenção de quedas**. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>.

_____. DATASUS. **Lista de categorias de três caracteres**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/listacateg.htm>.

_____. **Lista nacional de medicamentos**. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19412pt/s19412pt.pdf>.

MENDES, B. S. O., et al. Assistência a dor em um hospital de ensino. **Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo**, 2018, v.6, n.10, p. 111-123. Disponível em: <https://ojs.netlink.com.br/index.php/rpq/article/view/209/109>.

MITTAG, B.F. et al. Cuidados com lesão de pele: ações de enfermagem. **Estima**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 19-25, 2017. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/447/pdf>.

MOTA, N.V.V.P. (Org.). **Manual de indicadores de enfermagem**. NAGEH. Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), São Paulo: APM/CREMESP. 2.ed., 2012. 60p. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=125.

MORO, A., et. al. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **Rev Assoc Med Bras**, 2007; v.53, n4, p.300-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/0D/ramb/v53n4/12.pdf>.

MSD. **Escala de Dor Funcional**. Merck Sharp & Dohme Corp., subsidiária da Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, EUA. 2019. Adaptado GLOTH, F.M., et. al. The functional pain scale (FPS): Reliability, validity, and responsiveness in a senior population. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2001, n.2, v.3, p:110-114. Editado por FM Gloth III. Totowa (NJ), Humana Press, 2003, p. 17; usada com permissão; copyright © FM Gloth, III, 2000. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BARbios-neurol%C3%B3gicos/dor/avalia%C3%A7%C3%A3o-da-dor?query=%20pain%20scale>

MORSE, J.M. MORSE, R. M., TYLKO, S. Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. **Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement**. 1989, v.8,

n.4, p:366 - 377. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/231749811_Development_of_a_Scale_to_Identify_the_Fall-Prone_Patient.

NASSAJI, M.; ASKARI, Z.; GHORBANI, R. Cigarette smoking and risk of pressure ulcer in adult intensive care unit patients. **Int. J. Nurs Pract.**, 2014, v.20, n.4, p.418-423. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25157943>.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (PPPIA). **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/NPUAP-EPUAP-PPPIA-CPG-2017.pdf>.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Conferência de Consenso de Escalonamento do NPUAP**. Chicago. 2016a. Disponível em: <https://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Pressure injury and stages**. 2016b. Disponível em: <https://npuap.org/store/ViewProduct.aspx?ID=14379717>.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). Washington – United States of America (USA). 2019. Disponível em: <http://www.npuap.org>

NOGUEIRA, G. M., FERMENTÃO, C.A.G.R. O estado civil das pessoas que vivem sob o regime de união estável em face dos direitos da personalidade. **Revista Jurídica Cesumar**, 2006, v.6, n.1, p. 489-498. Disponível em: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/324-1045-1-PB.pdf>.

NOGUEIRA, J. J. Q., et al. Aggravating and mitigating factors to death perception in the ICU: a vision of patients. **J. res.: fundam. care**. 2017, v. 9, n.1, p: 51-56. Disponível em: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/4255-30637-1-PB.pdf>.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION INTERNATIONAL (NANDA-I). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. Tradução: Regina Machado Garcez. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

OLKOSKI, E., ASSIS, G.M. Application of measures for preventing pressure ulcers by the nursing team before and after an education campaign. **Esc Anna Nery**. 2016; v. 20, n.2, p: 363-369. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0363.pdf>.

PARK, S.H., LEE, Y.S., KWON, Y.M. Predictive Validity of Pressure Ulcer Risk Assessment Tools for Elderly. **West J Nurs Res**. 2016; v.38, n.4, p: 459-83. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26337859>.

PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. **PPPIA**. 2019. Disponível em: <http://www.internationalguideline.com/>. Acesso em: 14 jan 2019.

PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V.L.C.G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**. 1999; 33 (nº esp): 191-206. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:d5AaPLplyP0J:www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridas cronicas/images/images/escala_braden.docx+&cd=14&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br.

PEGENAUTE, E. A., et. al. Úlceras por presión en cuidados intensivos: valoración del riesgo y medidas de prevención. **Enferm Intensiva. Espanha**, v. 16, n. 4, p. 153-63, 2005. Disponível em: [file:///C:/Users/velin/Downloads/3%20ulceras%20por%20pression%20en%20cuidads %20ontensivos.pdf](file:///C:/Users/velin/Downloads/3%20ulceras%20por%20pression%20en%20cuidads%20ontensivos.pdf).

PEREIRA, J. M. V, et al., Diagnósticos de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca hospitalizados: estudo longitudinal. **Rev Esc Enferm USP**. 2016; v.50, n6, p:929-936. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n6/pt_0080-6234-reeusp-50-06-00929.pdf

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem [recurso eletrônico]. 9. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2019. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582714904/cfi/6/2!/4/2@0:0>

RIBEIRO, J. B., et al. Principais fatores de risco para o Desenvolvimento de lesão por pressão em Unidades de terapia intensiva. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit** 2018, v. 5, n. 1, p. 91-102. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5278/3002>.

ROCHA, A. B. L.; BARROS, S. M. O. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paul Enferm**. 2007, v. 20, n. 2, p. 143-150. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0103-21002007000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200006).

ROCHA, A.B.L. **Tradução para a língua portuguesa, adaptação transcultural e aplicação clínica da escala de Waterlow para avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de decúbito** [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2003. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/18481>.

ROCHA, S. C. G., et. al. Comparação das escalas de avaliação de risco de lesão por pressão. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n.4, p. 143-151, 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/16742>.

ROCHA, A. T., et. al. **Tromboembolismo Venoso: Profilaxia em Pacientes Clínicos – Parte II**. Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo; 2005. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tromboembolismo2.pdf>

ROGENSKI, N. M. B., KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n.2, p: 01-07 mar.-abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_16.pdf.

ROLIM, J.A. et al. Prevenção e tratamento de Úlceras por Pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. **Rev. Rene**. Paraíba, v. 14, n. 1, p. 148-157, 2013. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/336/pdf.

SALGADO, L. P., et al. Escalas preditivas utilizadas por enfermeiros na prevenção de lesão por pressão. **Saber Digital**, 2018, v. 11, n. 1, p. 18 -35. Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/468/349>

SANTOS, C. T., ALMEIDA, M. A., LUCENA, A. F. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.24, e2693, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692016000100335&lng=en&nrm=iso.

SANTOS, M. P.; NEVES, R. C.; SANTOS, C. O. Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos. **Revista Enfermagem Contemporânea**. n. 2, n. 1, p.19-31. 2013. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/185/186>.

SANTOS, I. F. A. et al. Validation of the Brazilian version of Behavioral Pain Scale in adult sedated and mechanically ventilated patients. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, 2017. V. 67, n.3. Disponível: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003470941730079X>.

SANTOS, E. J. F., et. al. O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. **Millenium**, 2015, v. 49, p:153-171. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf>.

SANTOS, R.B., et. al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com infecção hospitalar. **Rev enferm UFPE**. 2015. v.9(Supl. 8), p:9359-65. Disponível em: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/10741-22875-1-PB.pdf>

SEVER, R. et. al. Norton scale scores and 1-year mortality in elderly patients following lower limb amputations. **Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie**. v. 48, n.4, p.365-369, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25239682>.

SEVERO, I. M., et al. Fatores de risco para quedas em pacientes adultos hospitalizados: um estudo caso-controlado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2018, v. 26, e3016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100332&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

SHAHIN, E.S., DASSEN, T., HALFENS, R.J. Pressure ulcer prevalence and incidence in intensive care patients: literature review. **Nurs Crit Care**. 2008; v.13, n.2, p:71-79. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18289185>.

SIMAN, A. G., BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm**. 2016; v.37(esp):e68271. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000500413&script=sci_abstract&tlng=es

SILVA, M. S.M. L. Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes hospitalizados. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – **Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba**. Disponível em: <http://www.feridologo.com.br/teseup.htm>.

SILVA, M. L. N., et. al. Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: análise da incidência e lesões instaladas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 2013, v. 14, n. 5, p: 938-944. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324028789010.pdf>.

SILVA, F. R.R., et al. Avaliação da capacidade funcional dos pacientes em uso de ventilação mecânica internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Hupe**. 2017. v. 16, n. 1. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/33299/26654>.

SOARES, R.S.A., et al. Gerenciamento do cuidado de enfermagem na prevenção de lesões por pressão. **Rev. Cient. Sena Aires**. 2018; v.7, n.3, p:157-9. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/viewFile/324/235>.

SOBEST. 2016. Classificação das Lesões por Pressão - **Consenso NPUAP 2016** - Adaptada Culturalmente para o Brasil. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM DERMATOLOGIA. **SOBENDE**. Brasil. 2019. Disponível em: <http://sobende.org.br>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Quedas em idosos: prevenção**. Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo; 2008. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wpcontent/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>.

SOUSA, L. D., et. al. Validação da Escala de Norton. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. 2007, v.9. p:27-36. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Luis_Sousa20/publication/298786237_Validacao_da_Escala_de_Norton/links/587be41008ae9275d4e016f9/Validacao-da-Escala-de-Norton.pdf.

SOUZA, V., et al. Débito cardíaco diminuído: revisão sistemática das características definidoras. **Acta Paul Enferm**. 2011; v.24, n.1, p:114-119. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307023869017.pdf>.

SOUZA, R. C. S. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, 2013. v. 34, n. 3, p. 55-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300007

SOUZA, N. R. et al. Fatores predisponentes para o desenvolvimento da lesão por pressão em pacientes idosos: uma revisão integrativa. **ESTIMA**, 2017, v.15 n.4, p. 229-239. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/442>.

TEIXEIRA, A. K. S.; et. al. Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação. **Estima**. Fortaleza. 2017, v. 15, n. 3, p. 152-160. Disponível em: www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/545/pdf.

TOFFOLETTO, M. C., et al. Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1039-1045, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672016000601039&lng=en&nrm=iso.

WADA, A.; NETO, N. T.; FERREIRA, M. C. Úlceras por pressão / Pressure sores **Rev. med.** 2010; v.89, n3/4: p.170-177. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46293/49949>.

WALLACE, M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). **The Hartford Institute for Geriatric Nursing**, [1998]. New York University, College of Nursing Issue Number 2, Revised 2007. Disponível em: <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-2.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The conceptual framework for the international classification for patient safety v1.1: final technical report and technical annexes**. 2009a. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.

_____. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva, 2009b. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES (WUWHS). **Consensus Document. Role of dressings in pressure ulcer prevention**. Wounds International, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/consensus-document-role-of-dressings-in-pressure-ulcer-prevention.pdf>. Acesso em: 24 mai 2019.

URBANETTO, J. S., et. al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Rev. esc. enferm. USP**. v.47, n.3, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>.

UNA-SUS. Conceitos e ferramentas da epidemiologia. **Universidade Aberta do SUS**. Módulo 3. Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6203/mod_resource/content/1/Cont_Impre_14-04/Modulo3_Unid1_14-04.pdf.

VALLES, J. H. H., et al. Cuidado de enfermagem omitido com risco ou com úlceras por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2016; v.24, p:2-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692016000100424&script=sci_arttext&tlng=pt.

VASCONCELOS, D. S. S., JÚNIOR, E. S. L. Mensuração da dor na terapia intensiva para um cuidado humanizado: uma revisão integrativa. **PECIBES**. 2018. v. 4, n. 2. Disponível em: <http://desafioonline.ufms.br/index.php/pecibes/article/view/6926/4991>.

ZAMBONATO, B.P.; ASSIS, M.C.S.; BEGHETTO, M.G. Associação das sub-escalas de Braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.34, n.1, p.21-28, 2013. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a03.pdf.

ZIMMERMANN, G. S., et. al. Predição de risco de lesão por pressão em pacientes de Unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.**, 2018; v. 27, n.3, p:2-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018003250017>.

9 APÊNDICES

9.1 APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Convidamos o(a) senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado **Processo de transição em clientes adultos de Unidade de Terapia Intensiva com risco de integridade da pele**, sob a responsabilidade da pesquisadora Evellyn dos Santos Penha. Trata-se de um trabalho de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-UnB, orientado pela Prof^a Dr^a Cristine Alves Costa de Jesus.

Os objetivos deste estudo consistem em: avaliar aspectos da pele – em específico, a lesão por pressão – em pacientes adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI); identificar os principais aspectos facilitadores e inibidores das condições da transição e os padrões de reação; identificar os diagnósticos e os cuidados de enfermagem frequentes; descrever os componentes desses diagnósticos prevalentes (características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco e/ou condições associadas).

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, e asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Sua participação nesta pesquisa será realizada durante internação nessa UTI, em horários aleatórios, por meio de acesso aos dados do prontuário, o que será realizado apenas pelo pesquisador responsável, sendo mantido sigilo sobre os dados. O(a) senhor(a) também responderá um formulário através de entrevista (dados sociodemográficos, como idade, procedência, ocupação, naturalidade, dentre outros; dados clínicos, como diagnóstico médico, internação prévia, alergias, dentre outros), que terá duração aproximada de vinte minutos, e de exame físico (nível de consciência, percepção visual e auditiva, eliminações fisiológicas, atividade/movimentação, nutrição, uso de dispositivos médicos, regulação térmica e vascular, alimentação, cuidado corporal, integridade da pele, sono e repouso, medicações, visualização de dor), com duração de aproximadamente trinta minutos.

O(a) senhor(a) poderá sentir algum desconforto relacionado ao fato de responder algumas perguntas ou de estar exposto(a) à realização de exame físico, ou até mesmo cansaço decorrente da frequência de observações, da invasão da privacidade e da tomada do seu tempo, porém, diante de tais possibilidades, os pesquisadores estarão disponíveis para esclarecer quaisquer dúvidas, bem como para escutá-lo(a). Esclarecimentos serão fornecidos como forma de minimizar esses riscos, antes e no decorrer da pesquisa, a respeito do objetivo desta e de qualquer procedimento do exame físico. Também, para a minimização do desconforto, será garantido local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras. Caso o seu desconforto persista, o(a) senhor(a) poderá desistir a qualquer

momento de participar do estudo. Se houver algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para o incremento do conhecimento na área da Assistência de Enfermagem, especialmente no que tange à redução de lesões por pressão durante o processo de internação hospitalar.

O(a) senhor(a) pode recusar responder ou participar de qualquer procedimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

A sua identidade será guardada; serão respeitados valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas, e asseguramos o sigilo sobre sua participação e identificação. O(a) senhor(a) receberá uma cópia deste termo e os contatos por meio dos quais poderá dirimir suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Se necessário, todas as despesas que o(a) senhor(a) ou seu acompanhante tiverem relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (como, por exemplo, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Os resultados da pesquisa serão utilizados em publicações de artigos científicos ou em outros trabalhos e eventos científicos, sem que seu nome ou qualquer outra informação que o(a) identifique seja revelado. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos. Após esse período, serão destruídos.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para Evellyn dos Santos Penha (pesquisadora principal), na Universidade de Brasília (UnB), no número (61) 3797-6063, (61) 983853875, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou envie *e-mail* para velinesantos@hotmail.com. O endereço da base desta pesquisa é: Universidade de Brasília (UnB)/Faculdade de Medicina/Faculdade de Ciências de Saúde – Asa Norte, Brasília – DF, CEP 70910-900. Telefone: (61) 3107-1702.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas por meio do telefone (61) 3107-1947 ou do *e-mail* cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, no seguinte horário de atendimento: 10h às 12h e 13h30 às 15h30, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento, que foi elaborado em duas vias – uma delas ficará com o pesquisador responsável e, a outra, com o(a) senhor(a).

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____

9.2 APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Universidade de Brasília	
Faculdade de Ciências da Saúde	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Nível: Mestrado acadêmico	
Orientadora: Prof. ^a Dra. Cristine Alves Costa de Jesus	Aluna: Evellyn dos Santos Penha

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Pesquisa intitulada: **PROCESSO DE TRANSIÇÃO EM CLIENTES ADULTOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COM RISCO DE LESÃO DA PELE**

Nº de ordem _____ Nº prontuário _____ DATA
COLETA: _____

BLOCO I - DADOS PESSOAIS/ SOCIOECONÔMICOS / DEMOGRÁFICOS

- a) Identificação: _____
 b) Idade: ____ anos DATA NASCIMENTO: _____
 c) Data/hora admissão: _____
 d) _____
 Procedência: _____
 e) Gênero:
 Masculino Feminino
 f) Ocupação/profissão: empregado desempregado aposentado
 auxílio
 g) Naturalidade: _____
 h) Raça/Cor declarada:
 branca pardo amarela negro indígena não declarado
 i) Escolaridade:
 sem instrução fundamental completo fundamental incompleto
 médio completo médio incompleto superior completo
 superior incompleto
 j) Renda familiar:
 <1 salário mínimo
 1 a 2 salários mínimos
 3 a 5 salários mínimos
 > 5 salários mínimos
 não declarou
 sem renda
 l) Estado Civil:
 solteiro casado divorciado união estável viúvo

BLOCO II – DADOS CLÍNICOS

- a) Queixa principal: _____
 b) Diagnóstico médico atual: _____
 c) Tempo de internação na UTI: _____
 d) Internação prévia:
 Não Sim. Motivo: _____
 e) Alergia: N S _____
 f) Uso de medicamentos: _____

() N () S

Especificar: _____

g) Hábitos:

Tabagismo: () Etilismo () Drogas ilícitas () () Práticas de atividade física () Nega

h) Comorbidades:

() HAS () DM () Cardiopatia () Asma

() Transtorno psiquiátrico () Outros _____

i) Peso:

Fornecida pelo paciente: _____

Estimado pela nutrição: _____ () Sem registro

j) Nutricional Risk screening (NRS): avaliação triagem nutrição: _____

k) Altura: _____

l) IMC _____ kg/m²**BLOCO III – PROPRIEDADES E CONDIÇÕES DA TRANSIÇÃO**

	S	N	NA	OBS
Busca informação sobre sua condição?				
Acha importante o pensamento de superar/ajustar-se à sua realidade?				
Recebe visita de conhecidos/familiar?				
Sente-se diferente do mundo ou dos outros?				
Você consegue dormir à noite ou durante o dia? (A hospitalização atrapalha seu sono/repouso?)				
Sente-se confortável em relação a: enfermeiro(a)				
Sente-se confortável em relação a: equipe de enfermagem				
Consegue interagir com os outros?				
Possui alguma religião/crença que o ajude nesse processo de internação				
Compreende aspectos relacionados ao diagnóstico, tratamento e recuperação?				
Você participa/participou na definição das metas do seu cuidado?				
Você sabe quem são os profissionais que cuidam de você?				
Você está preocupado com alguma situação cotidiana devido a hospitalização?				
Quanto ao processo de internação na UTI atribui significado: Positivo () negativo () neutro ()				
Na colaboração para o alcance das metas de seu tratamento você sente-se: () participativo () indiferente				

Legenda: S= Sim; N= Não; NA= Não se aplica; OBS= Observações.

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

BLOCO IV- IDENTIFICAÇÃO DA VULNERABILIDADE

EXAME FÍSICO

a) Sinais Vitais:

FC: ___bpm

FR: ___irpm

PA: _____x_____mmHg

TAX: _____°C

SpO2: _____%

DX: _____mg/dL () Não se aplica

BALANÇO HÍDRICO: _____

b) Nível de consciência/Percepção sensorial:

Estado emocional:

() tranquilo () agitado () ansioso () triste outro _____

Percepção dos órgãos do sentido

Condição visual:

() normal () alterada

Condição audição:

() normal () diminuída () uso aparelho

c) Sistema respiratório

1. Oxigenoterapia: Tempo: _____

() ar ambiente

() cateter nasal.

() máscara de venturi

() macronebulização

() máscara de oxigênio com

reservatório

() VM não invasiva

() CPAP

() BIPAP

() VM invasiva:

() TOT

() TQT

2. Ausculta:

() murmúrio vesicular

Ruído adventícios: () sibilos () creptos () roncos () cornagem

3. Secreção: () N () S _____

4. Tosse: () N () S _____

5. Cianose: () N () S _____

6. Olfato:

() Nariz normal () Desvio de septo () Obstrução () Lesões () Coriza

d) Sistema cardiocirculatório

1. Padrão pulso:

() normocardia () taquicardia () bradicardia () rítmico () arrítmico

2. Ausculta:

() Bulhas normofonéticas () sopro () extrassístole () outros

3. Perfusão periférica:

() preservada () prejudicada ()

4. Marcapasso: () N () S

5. Prótese valvar: () N () S
 6. Drogas vasoativas: _____ dose _____ ml/h
 _____ dose _____ ml/h
 _____ dose _____ ml/h

e) Atividade/mobilidade

Sistema músculo-esquelético:

1. Fratura:
 () N () S Local: _____
 2. Fisioterapia motora: () Manhã () Tarde () Noite

ESCALA MORSE

Risco de Queda: pontuação: _____
 () risco baixo () risco médio () risco alto
 Risco baixo: 0 a 24; Risco médio: 25-44; Risco alto: ≥ 45

ÍNDICE DE KATZ PARA AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

pontuação: _____ () Não se aplica

f) Sistema gastrointestinal

Estado nutricional:

- () Nutrido () Sobrepeso () Obeso () Abaixo peso
 () Desnutrido

Abdômen:

Inspeção: () plano () distendido () globoso () semigloboso () ascite ()
 gravídico

Palpação:

- () normotenso () flácido () rígido () doloroso à palpação
 () massas () hérnias

Dieta: Tempo dispositivo: _____

- () Via oral () Gastrostomia
 () Sonda nasoenteral () Jejunostomia
 () Sonda oroenteral () Nutrição parenteral

() Jejum - tempo _____

g) Sistema tegumentar:

Acesso/Cateteres:

- () periférico- Local _____ Data inserção: _____
 () periférico- Local _____ Data inserção: _____
 () Central - Local _____ Tipo: _____ Data inserção: _____
 () Central - Local _____ Tipo: _____ Data inserção: _____
 () Central - Local _____ Tipo: _____ Data inserção: _____
 () Central - Local _____ Tipo: _____ Data inserção: _____

Drenos: () N () S Local _____ Data inserção: _____

Pele:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> normocorada | <input type="checkbox"/> Manchas de nascimento |
| <input type="checkbox"/> hipocorada | <input type="checkbox"/> Sardas |
| <input type="checkbox"/> hidratada | <input type="checkbox"/> Bolhas |
| <input type="checkbox"/> desidratada | <input type="checkbox"/> Cistos |
| <input type="checkbox"/> ressecada | <input type="checkbox"/> Nódulo |
| <input type="checkbox"/> Cianótica | <input type="checkbox"/> Escoriações |
| <input type="checkbox"/> Ictérica | <input type="checkbox"/> Petéquia |
| | <input type="checkbox"/> Hematoma |
| | <input type="checkbox"/> outro _____ |

Exames laboratoriais:

Plaquetas: _____

TAP _____

TTPA _____

INR _____

Hb _____

Ht _____

Outros exames _____

Turgor da pele: preservada diminuídaEdema: Não Sim: MMII ___/+4 MMSS ___/+4 anasarcaLesão por pressão desenvolvida: N S. Local 1: _____ Data: _____ Estágio 1 Estágio 2 Estágio 3 Estágio 4 Não classificável LP tissular profunda Relacionada a dispositivos médicos LP em membranas mucosas

Local 2: _____ Data: _____

 Estágio 1 Estágio 2 Estágio 3 Estágio 4 Não classificável LP tissular profunda Relacionada a dispositivos médicos LP em membranas mucosas

Local 3: _____ Data: _____

 Estágio 1 Estágio 2 Estágio 3 Estágio 4 Não classificável LP tissular profunda Relacionada a dispositivos médicos LP em membranas mucosasESCALA DE BRADEN

Risco de úlcera por pressão: pontuação: _____

Sem risco ≥ 19

Baixo Risco: 15 a 18 pontos

Risco Moderado: 13 a 14 pontos

Alto Risco: 10 a 12 pontos

Altíssimo Risco: 6 a 9 pontos

ESCALA DE WATERLOW

Risco de úlcera por pressão: pontuação: _____

10-14: paciente em risco

15-19: alto risco

20-92: risco muito alto

ESCALA DE NORTON

Risco de úlcera por pressão: pontuação: _____

5-10: elevado risco

11-15: moderado
16-20: baixo risco

h) Umidade/Continência

Evacuação:

Ostomias: () colostomia () ileostomia () jejunostomia () outro _____

Diarreia: () N () S frequência _____

Frequência _____ vezes ao dia

Última vez: ____/____/____

Característica:

() pastosa	() muco
() líquida	() rajadas de sangue
() semipastosa	() melena
() semilíquida	() endurecida
	() hematoquesia

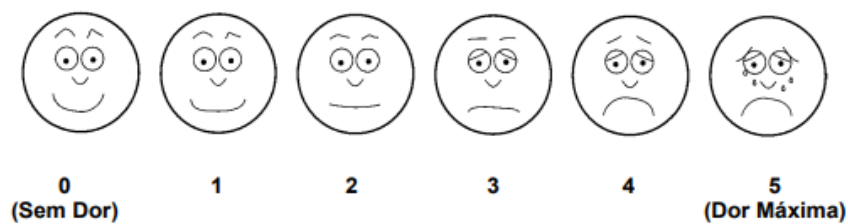
Diurese: Tempo dispositivo: _____

() espontânea	Quantidade:
() SVD	() oligúria
() SVA	() anúria
() Cistostomia	() poliúria
() urostomia	() polaciúria
() nefrostomia	

Frequência: _____ vezes ao dia

() uso de fraldas

Escala visual/verbal numérica para mensuração da intensidade da dor



i) Sono/repouso: _____

BLOCO V – IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

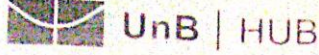
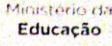
Identificação/comparação dos Diagnósticos de enfermagem / Características definidoras/ Fatores relacionados / Fatores de risco evidenciados

DOMÍNIO	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	CARATERÍSTICAS DEFINIDORAS/ FATOR DE RISCO	FATOR RELACIONADO/ POPULAÇÃO EM RISCO/ CONDIÇÃO ASSOCIADA

Fonte: Base de dados da pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2019.

10 ANEXOS

10.1 ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

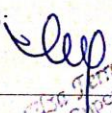
TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL

O Superintendente do hospital universitário de Brasília está de acordo com a realização da pesquisa **“Processo de transição em clientes adultos de unidade de terapia intensiva com risco de integridade da pele”**, de responsabilidade da pesquisadora **Evellyn dos Santos Penha**, após aprovação da mesma pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos **CEP/FS- UnB**.

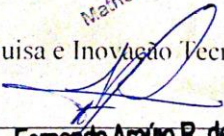
O estudo envolve realização de entrevista com pacientes consulta ao prontuário, e terá duração de aproximadamente 3 meses com previsão de início para nov/2018.

Brasília, 26 de 06 de 2018.

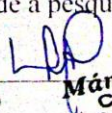
Superintendente do HUB:

Assinatura/carimbo 
Marcia A. S. Câmpara
 Superintendente
 HUB-UnB
 Matrícula SIAPE 2487183

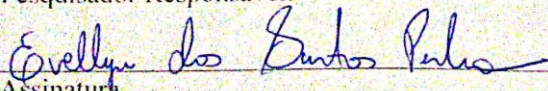
Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica:

Assinatura/carimbo 
Fernando Araújo R. de Oliveira
 Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação
 GEP HUB UnB/Ebserh
 SIAPE 2658839

Chefia do Setor onde a pesquisa será conduzida:

Assinatura/carimbo 
Marcia A. S. Câmpara
 Chefe da Unidade de
 Cuidados Intensivos e
 Semi-Intensivos
 Matrícula: 1158468
 COREN-DF: 85650
 HUB/UnB/EBSERH

Pesquisador Responsável:

Assinatura 
Evellyn dos Santos Penha

10.2 ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP 2879665



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE TRANSIÇÃO EM CIENTES ADULTOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COM RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE

Pesquisador: EVELLYN DOS SANTOS PENHA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66646918.5.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.879.665

Apresentação do Projeto:

Resumo:

As lesões de pele, devido a sua clínica complexa, tornam-se um desafio para profissionais da saúde que cuidam de pacientes críticos. O estudo tem como objetivo geral comparar as escalas de avaliação de risco para lesão por pressão de Norton, Braden e Waterlow em pacientes adultos de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Trata-se de uma pesquisa quantitativa observacional do tipo coorte prospectiva, no qual será desenvolvido na UTI de um hospital público de Brasília-DF. A coleta de dados será feita diariamente, no segundo semestre de 2018 através da avaliação de cada paciente por 15 dias pelo responsável da pesquisa. Para a coleta de dados será realizada entrevista com o cliente e/ou familiares, seguida da realização de exame físico completo sendo avaliadas as escalas de Braden, Norton e Waterlow, além de possíveis associações entre elas serão feitas a posteriori.

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa observacional do tipo coorte prospectiva no qual será desenvolvido na UTI de um hospital público de Brasília- DF. Trata-se de um hospital geral que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência. A unidade selecionada para estudo tem dez leitos gerais e nove coronarianos; recebe pacientes do pronto atendimento, do centro cirúrgico,



Contribuição do Parecer: 2.879.665

das clínicas e de outros hospitais, quando regulados pela secretaria de saúde (BRASILIA, 2017).

Critério de Inclusão:

Idade superior ou igual a dezoto anos, permanecer internado na UTI no mínimo 48 horas e apresentar familiar ou responsável no caso de pacientes inconscientes.

Critério de Exclusão:

Ter diagnóstico médico de morte encefálica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Comparar as escalas de avaliação de risco para lesão por pressão de Norton, Braden e Waterlow em pacientes adultos de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Objetivo Secundário:

Caracterizar os sujeitos de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas;

Comparar as escalas de avaliação de risco para lesão por pressão de Norton, Braden e Waterlow na clientela da pesquisa;

Determinar os diagnósticos de enfermagem da área , segundo a da NANDA-I mais frequentes em pacientes adultos de uma Unidade de Terapia Intensiva;

Identificar as prescrições de enfermagem relacionadas a prevenção de desenvolver LP para a prática assistencial segundo a avaliação de risco;

Relacionar os fatores de riscos controlados no Domínio Segurança e Proteção/ nutrição, conforme diagnóstico de enfermagem Nanda;

Calcular a incidência de lesão de pele desenvolvida durante o período observado no estudo.

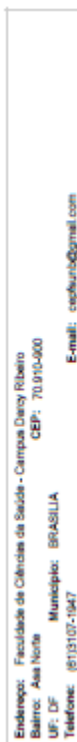
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo apresenta riscos mínimos ao sujeito da pesquisa, visto que os dados analisados serão de fonte em papel e on line e não terá realizado procedimentos invasivos nos mesmos. Caso presente, será de natureza psíquica, decorrente de possível desconforto ou ansiedade ao responder perguntas, mas que será minimizado com esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, referente ao seu objetivo e procedimentos de coleta de dados.

Benefícios:

A pesquisa trará como benefícios mais conhecimento na área no processo da assistência em vista da redução da incidência de lesões por pressão.





Contribuição do Pesquisador: 2.570,00\$

466/2012, mediante submissão e aprovação pelo CEP da Instituição proponente.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solista-se:

1. Quanto ao TCLE:
 - 1.1 Apresentar TCLE redigido com linguagem acessível e adequada a menor escolaridade dos participantes convidados. Remover termos técnicos como NANDA -1 e nomes de escalas. Simplificar a redação dos objetivos secundários. Recomenda-se revisão da redação do texto no que se relaciona a erros de concordância nominal/verbal.
 - 1.2 Segundo a Resolução CNS 466/2012, Item V, "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados." e ainda em seu item "II.22 - risco da pesquisa - possibilidade de danos a dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente". Portanto, solista-se que seja realizada análise de riscos, bem como tomadas de minimizações. Sugrir o termo usado para a graduação de risco: "mínimo". Tal modificação deverá consistir do TCLE, do projeto detalhado e do projeto da Plataforma Brasil.
 - 1.3 Informar se haverá ou não benefício direto ao participante da pesquisa (nos documentos TCLE, Projeto detalhado, projeto da Plataforma Brasil), caso contrário, informar os benefícios indiretos.
 - 1.4 Esclarecer o tempo gasto nos procedimentos da pesquisa (realização dos questionários e entrevistas/avame). Fazer constar todos os procedimentos que o participante será submetido nesta pesquisa. Descrever do que se trata o exame físico completo.
 - 1.5 Apresentar TCLE adequado a Resolução CNS 466/2012, Item IV.3, todas as letras em especial as letras g e h que tratam da explicitação da garantia de ressarcimento e de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Esclarecermos que "II.21 - ressarcimento - compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação" e "II.7 - indenização - cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte
 CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cep@unb@gmail.com

Página 14 de 17



Contribuição do Pesquisador: 2.570,00\$

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem-UNB a ser orientado pela Profa. Dra. Cristine Alves Costa de Jesus.

A coleta de dados da pesquisa esta prevista para NOVENBRO DE 2018 a FEVEREIRO DE 2019.

Foi apresentado orçamento detalhado no valor de R\$ 2.580,00.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos para emissão desse parecer:

1. Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1116439.pdf" de 22/08/2018;
2. Folha de Rosto: "folha_de_rosto.pdf" de 03/08/2018 preenchida adequadamente, datada e assinada pelo diretor da F5 : Dr Laudimir Alves de oliveira;
3. Cronograma: "cronograma.docx" de 22/08/2018 e "cronograma.pdf" de 03/08/2018;
4. Currículos: "Currículo_lattes_pesquisador.docx" e "Currículo_Lattes_orientador.docx", ambos de 22/08/2018 e "Currículo_lattes_pesquisador.pdf" e "Currículo_Lattes_orientador.pdf", Profa. Dra. Cristine Alves Costa de Jesus de 03/08/2018;
5. Orçamento: "orcamento.docx" de 22/08/2018 e "orcamento.pdf" de 03/08/2018, no valor de R\$ 2.580,00;
6. Carta de encaminhamento do projeto: "CARTA_ENCAMINHAMENTO_PROJETO_CEP.doc" de 22/08/2018 e "Carta_Encaminhamento_Projeto_CEP.pdf" de 03/08/2018, assinada pela pesquisadora principal e Profª. Drª. Cristine Alves Costa de Jesus (Orientadora);
7. TCLE: "TCLE.docx" de 22/08/2018 e "TCLE.pdf" de 03/08/2018 (ver pendências);
8. Projeto Detalhado: "PROJETO_MESTRADO_EVELLYN_DOS_SANTOS_PENHA.docx" de 22/08/2018 e "PROJETO_MESTRADO_EVELLYN_DOS_SANTOS_PENHA.pdf" de 03/08/2018;
9. Termo de concordância Institucional: "Termo_concordancia_Institucional.doc" de 22/08/2018 e "termo_concordancia_institucional.pdf" de 03/08/2018, assinado pelo superintendente do HUB - Eiza Ferreira Noronha, Chefe do Setor de pesquisa e inovação - Fernando Araújo R. Oliveira, chefe da Unidade de cuidados intensivos e semi-intensivos - Márcia A. S. Câmpara. consta no documento que o estudo envolve realização de entrevista com pacientes, consulta ao prontuário, e terá duração de aproximadamente 3 meses com previsão de início para nov/2018.
10. Termo de ciência da coparticipante: "Termo_coparticipacao.docx" de 22/08/2018 e "termo_ciencia_instituicao_coparticipante_1.pdf" de 03/08/2018, assinado pelo superintendente do HUB - Eiza Ferreira Noronha, Chefe do Setor de pesquisa e inovação - Fernando Araújo R. Oliveira declarando conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte
 CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cep@unb@gmail.com

Página 14 de 17

consulência do CEP. Tal procedimento facilita a análise do relator e permite celeridade nas análises e emissão dos respectivos pareceres.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1116439.pdf	22/08/2018 14:39:13		Aceito
Outros	Termo_participacao.docx	22/08/2018 14:38:48	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	22/08/2018 14:29:41	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_pesquisador.docx	22/08/2018 14:27:23	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_orientador.docx	22/08/2018 14:26:49	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Termo_concordancia_institucional.doc	22/08/2018 14:24:16	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	22/08/2018 14:02:32	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_PROJET O_CEP.doc	22/08/2018 13:54:21	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/08/2018 13:47:21	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_EVELLYN_DO S_SANTOS_PENHA.docx	22/08/2018 13:39:36	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_orientador.pdf	03/08/2018 15:10:01	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_pesquisador.pdf	03/08/2018 15:09:47	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/08/2018 15:08:24	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	03/08/2018 15:08:06	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	03/08/2018 15:07:22	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_Encaminhamento_Projeto_CEP.p df	03/08/2018 14:38:41	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Projeto Detalhado	PROJETO_MESTRADO_EVELLYN_DO	03/08/2018	EVELLYN DOS	Aceito

da pesquisa", sendo "11.6 - dano associado ou decorrente da pesquisa - agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, ao indivíduo ou a coletividade, decorrente da pesquisa", conforme Resolução CNS 466/2012. Recomendamos utilizar modelo de TCLE disponível no site do CEP FS (<https://fs.unb.br/cep/modelos-de-documentos>).

1.6 Informar o papel do CEP, endereço, telefone e horário de funcionamento do CEP/FS, bem disponibilizar ao participante da pesquisa ligação telefônica a cobrar sem restrição de horário do telefone do pesquisador principal e seu orientador (se for o caso). Recomenda-se usar modelo do site do CEP/FS (<https://fs.unb.br/cep/modelos-de-documentos>).

1.7 Considerando que o prontuário sempre pertence ao paciente e só podem ser divulgados com sua autorização ou a de seu responsável (Res. CFM No. 1.821/07), solicita-se que seja acrescentado ao TCLE a informação de acesso ao seu prontuário pelo pesquisador.

Resalta-se que informação quanto a medidas de proteção de dados individuais, resultados de exames e testes, bem como do prontuário, somente serão acessíveis aos pesquisadores envolvidos e que não será permitido o acesso a terceiros, ou seja será mantido sigilo sobre os dados do prontuário.

2. Substituir o termo "sujeito de pesquisa" por "participante de pesquisa" ao longo do texto (Res. CNS 466/2012, Item II.10). Foram observados o termo "sujeito de pesquisa" no TCLE, projeto detalhado e projeto da plataforma Brasil.

3. Remover do projeto detalhado o modelo de TCLE, para evitar confusões de versões. Será considerado somente o arquivo único contendo o TCLE.

4. Apresentar Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador referenciando a Resolução CNS 466/2012. Recomenda-se usar modelo de documento no site do CEP/FS (<https://fs.unb.br/cep/modelos-de-documentos>).

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicita-se responder aos questionamentos do CEP, em carta resposta anexada à Plataforma Brasil, apontando onde se encontram as alterações. Indicar parágrafo, página e documento, no qual encontram-se as alterações realizadas, seguindo a mesma numeração de pendências do parecer



Contribuição do Pesquisador: 2.076.000

1) Brechura Investigador	SANTOS_PENHA.pdf	14:26:19	SANTOS PENHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_concordancia_institucional.pdf	03/08/2018 14:22:13	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_ciencia_instituicao_coparticipante_1.pdf	03/08/2018 14:21:48	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/08/2018 14:13:37	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

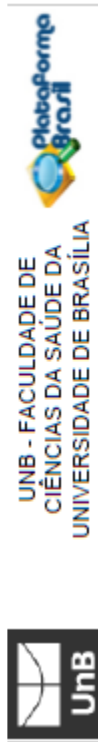
Necessita Apreciação da COMEP:

Não

BRASÍLIA, 17 de Setembro de 2018

Assinado por:
Marta Togsashi
(Coordenadora)

10.3 ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP N.2964148



Contribuição do Parecer: 2.964.148

Critério de Inclusão:

Idade superior ou igual a dezotto anos, permanecer internado na UTI no mínimo 48 horas e apresentar familiar ou responsável no caso de pacientes inconscientes.

Critério de Exclusão:

Ter diagnóstico médico de morte encefálica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Comparar as escalas de avaliação de risco para lesão por pressão de Norton, Braden e Waterlow em pacientes adultos de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Objetivo Secundário:

Caracterizar os sujeitos de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas;

Comparar as escalas de avaliação de risco para lesão por pressão de Norton, Braden e Waterlow na clientela da pesquisa;

Determinar os diagnósticos de enfermagem da área, segundo a da NANDA-I mais frequentes em pacientes adultos de uma Unidade de Terapia Intensiva;

Identificar as prescrições de enfermagem relacionadas a prevenção de desenvolver LP para a prática assistencial segundo a avaliação de risco;

Relacionar os fatores de riscos constatados no Domínio Segurança e proteção/ nutrição, conforme diagnóstico de enfermagem NANDA;

Calcular a incidência de lesão de pele desenvolvida durante o período observado no estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo apresenta riscos mínimos ao sujeito da pesquisa, visto que os dados analisados serão de fonte em papel e on line e não terá realização de procedimentos invasivos nos mesmos. Caso presente, será de natureza psíquica, decorrente da possível desconforto ou ansiedade ao responder perguntas, mas que será minimizado com esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, referente ao seu objetivo e procedimentos de coleta de dados.

Benefícios:

A pesquisa trará como benefícios mais conhecimento na área no processo da assistência em vista da redução da incidência de lesões por pressão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfurb@gmail.com

Página 02 de 08



UNB - FACULDADE DE
 CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
 UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE TRANSIÇÃO EM CLIENTES ADULTOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COM RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE

Pesquisador: EVELLYN DOS SANTOS PENHA

Área Temáticas:

Versão: 2

C-AAE: 96646918.5.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.964.148

Apresentação do Projeto:

Resumo:

"As lesões de pele, devido a sua clínica oculta, tornam-se um desafio para profissionais da saúde que cuidam de pacientes críticos. O estudo terá como objetivo geral comparar as escalas de avaliação de risco para lesão por pressão de Norton, Braden e Waterlow em pacientes adultos de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Trata-se de uma pesquisa quantitativa observacional do tipo coorte prospectiva, no qual será desenvolvido na UTI de um hospital público de Brasília-DF. A coleta de dados será feita diariamente, no segundo semestre de 2019 através da avaliação de cada paciente por 15 dias pelo responsável da pesquisa. Para a coleta de dados será realizada entrevista com o cliente e/ou familiares, seguida da realização de exame físico completo sendo avaliado as escalas de Braden, Norton e Waterlow, além de consulta ao prontuário. As variáveis serão analisadas por medidas de tendência central e dispersão. E possíveis associações entre elas serão feitas a posteriori."

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa observacional do tipo coorte prospectiva no qual será desenvolvido na UTI de um hospital público de Brasília- DF. Trata-se de um hospital geral que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência. A unidade selecionada para estudo tem dez leitos gerais e nove coronarianos; recebe pacientes do pronto atendimento, do centro cirúrgico, das clínicas e de outros hospitais, quando regulados pela secretaria de saúde (BRASILIA, 2017).

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfurb@gmail.com

Página 01 de 08



Continuação do Protocolo: 2.866.148

Resposta: "Encontra-se as modificações em todo o termo referente a linguagem acessível a menor escolaridade e revisão da redação quanto a erros de concordância nominal/verbal. Relativo à remoção dos termos técnicos está na página n.1 do 3º parágrafo do texto original com modificação na página n.1 do 2º parágrafo do texto modificado".

Análise: **PENDENCIA ATENDIDA.**

1.2 Segundo a Resolução CNS 466/2012, item V, "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados," e ainda em seu item "II.22 - risco da pesquisa - possibilidade de danos a dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e sua decorrente". Portanto, solicita-se que seja realizada análise de riscos, bem como formas de minimizá-los. Suprimir o termo usado para a graduação de risco: "mínimo". Tal modificação deverá constar do TCLE, do projeto detalhado e do projeto da Plataforma Brasil.

Resposta: "Texto original está na página n.2 do 5º parágrafo, com modificações na página n.1 do 5º parágrafo do texto modificado."

Análise: Os riscos apresentados no TCLE e no projeto detalhado, devem ser descritos também nos projetos da Plataforma Brasil.

Análise: **PENDENCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.**

1.3 Informar se houvera ou não benefício direto ao participante da pesquisa (nos documentos TCLE, Projeto detalhado, projeto da Plataforma Brasil), caso contrário, informar os benefícios indiretos.

Resposta: "Texto original está na página n.2 do 5º parágrafo, com modificações na página n.1 no 6º parágrafo do texto modificado.". Os textos sobre os benefícios indiretos devem ser unificados nos documentos: TCLE, Projeto detalhado e projeto da plataforma Brasil.

Análise: **PENDENCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.**

1.4 Esclarecer o tempo gasto nos procedimentos da pesquisa (realização dos questionários e entrevista/lexame). Fazer constar todos os procedimentos que o participante será submetido nesta pesquisa. Descrever do que se trata o exame físico completo.

Resposta: "Texto original não contempla, com acréscimos na página n.1 do 4º parágrafo do texto modificado.". Foram esclarecidos os procedimentos e informados os tempos

Análise: **PENDENCIA ATENDIDA.**

1.5 Apresentar TCLE adequado a Resolução CNS 466/2012, item IV.3, todas as letras em especial

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA E-mail: cep@unb@gmail.com
 Telefone: (61)3107-1947

Página 61 de 68



Continuação do Protocolo: 2.866.148

Trata-se de projeto de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem-UnB a ser orientado pela Profa. Dra. Cristine Alves Costa de Jesus.

A coleta de dados da pesquisa está prevista para NOVEMBRO DE 2018 a FEVEREIRO DE 2019.

Foi apresentado orçamento detalhado no valor de R\$ 2.580,00.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos para emissão desse parecer:

Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1116439.pdf" de 11/10/2018;

Cumtulo lattes da pesquisadora: "Cumtulo_lattes_pesquisador.pdf" de 11/10/2018;

Termos de responsabilidade do Pesquisador: "Termo_responsabilidade_cep.doc" e "termo_responsabilidade_cep.pdf" ambos postados em 11/10/2018;

Carta de resposta as pendências: "CartaRespendencias_CEP_N2879665.doc" e "CartaRespendencias_CEP_N2879665.pdf" ambas de 11/10/2018;

Projeto Detalhado: "Projeto_modificado_evellyn.docx" e "Projeto_modificado_evellyn.pdf" ambos de 11/10/2018;

TCLE: "TCLE_modificado_evellyn.pdf" e "TCLE_modificado_evellyn.docx" de 11/10/2018.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências emitidas pelo parecer consubstanciado no. 2.879.665:

1. Quanto ao TCLE:

1.1 Apresentar TCLE redigido com linguagem acessível e adequada a menor escolaridade dos participantes convidados. Remover termos técnicos como NANDA -1 e nomes de escalas. Simplificar a redação dos objetivos secundários. Recomendou-se revisão da redação do texto no que se relaciona a erros de concordância nominal/verbal.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA E-mail: cep@unb@gmail.com
 Telefone: (61)3107-1947

Página 62 de 68

exames e testes, bem como do prontuário, somente serão acessíveis aos pesquisadores envolvidos e que não será permitido o acesso a terceiros, ou seja será mantido sigilo sobre os dados do prontuário.

Resposta: "Texto original está na página n.2 do 8º parágrafo, com modificações na página n.1 do 4º e 8º parágrafo do texto modificado."

Análise: **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

2. Substituir o termo "sujeito de pesquisa" por "participante de pesquisa" ao longo do texto (Res. CNS 466/2012, item II.10). Foram observados o termo "sujeito de pesquisa" no TCLE, projeto detalhado e projeto da plataforma Brasil.

Resposta: "Texto original está no projeto detalhado na página n.3 do 2º parágrafo do resumo, na página 15 no objetivo específico, na metodologia na página 19 em aspectos éticos item 4.5 e em riscos e benefícios item 4.6, e no TCLE no penúltimo parágrafo nas assinaturas, com modificações nas respectivas páginas do projeto detalhado modificado no anexo encaminhado e no TCLE no antepenúltimo parágrafo e nas assinaturas do texto modificado."

Análise: **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

3. Remover do projeto detalhado o modelo de TCLE, para evitar confusões de versões. Será considerado somente o arquivo único contendo o TCLE.

Resposta: Foi encaminhado o projeto detalhado modificado sem o TCLE.

Análise: **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

4. Apresentar Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador referenciando a Resolução CNS 466/2012. Recomenda-se usar modelo de documento no site do CEP/FS (<https://fs.unb.br/cepf/modelos-de-documentos>).

Resposta: foi apresentado o termo.

Análise: **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

Conclusão desse parecer: Solicita-se responder aos itens 1.2, 1.3, 1.5 e 1.6, (**PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA**).

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicita-se responder aos questionamentos do CEP, em carta resposta anexada a Plataforma Brasil, apontando onde se encontram as alterações. Indicar parágrafo, página e documento, no qual

as letras g e h que tratam da explicitação da garantia de ressarcimento e de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Esclarecemos que "II.21 - ressarcimento - compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação" e "II.7 - indenização - cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa", sendo "II.6 - dano associado ou decorrente da pesquisa - agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, ao indivíduo ou a coletividade, decorrente da pesquisa", conforme Resolução CNS 466/2012. Recomendamos utilizar modelo de TCLE disponível no site do CEP FS (<https://fs.unb.br/cepf/modelos-de-documentos>).

Resposta: "Texto original não contempla, com acréscimos na página n.2 do 9º parágrafo do texto modificado.". Foi alterado o texto do TCLE quanto ao ressarcimento de despesas, contudo, sobre a indenização a seguinte frase deveria ser acrescida: "Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil."

Análise: **PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.**

1.6 Informar o papel do CEP, endereço, telefone e horário de funcionamento do CEP/FS, bem disponibilizar ao participante de pesquisa ligação telefônica a cobrar sem restrição de horário do telefone do pesquisador principal e seu orientador (se for o caso). Recomenda-se usar modelo do site do CEP/FS (<https://fs.unb.br/cepf/modelos-de-documentos>).

Resposta: "Texto original está no último parágrafo da página n.2, com modificações na página n.2 do 12º parágrafo do texto modificado.". A alteração realizada não atende ao solicitado. Deverá constar a seguinte frase com as devidas adequações:

"Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação a pesquisa, por favor telefone para: (Nome do Pesquisador. Se for o caso, indicar nome do professor orientador também), na (Nome da Instituição) no telefone (No. do telefone fixo e móvel), disponível inclusive para ligação a cobrar. (Fornecer também e-mail) Análise: **PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.**

1.7 Considerando que o prontuário sempre pertence ao paciente e so podem ser divulgados com sua autorização ou a de seu responsável (Res. CFM No. 1.621/07), solicita-se que seja acrescentado ao TCLE a informação de acesso ao seu prontuário pelo pesquisador.

Resposta-se que informamos quanto a medidas de proteção de dados individuais, resultados de



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Contribuição do Pesquisador: 2.961,140

Orçamento	orcamento.docx	14:02:32	SANTOS PENHA	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_PROJETO_CEP.doc	22/08/2018 13:54:21	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_orientador.pdf	03/08/2018 15:10:01	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	03/08/2018 15:08:06	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	03/08/2018 15:07:22	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Declaração de pesquisadores	Carta_Encaminhamento_Projeto_CEP.pdf	03/08/2018 14:38:41	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Declaração de instrução e infraestrutura	termo_concordancia_institucional.pdf	03/08/2018 14:22:13	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Declaração de instrução e infraestrutura	termo_ciencia_instituicao_coparticipante_1.pdf	03/08/2018 14:21:48	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	03/08/2018 14:13:37	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito

Situação do Pesquisador:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 16 de Outubro de 2018

Assinado por:
Kella Elizabeth Fontana
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cep@unb@gmail.com

Página 53 de 58



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Contribuição do Pesquisador: 2.961,140

encontram-se as alterações realizadas, seguindo a mesma numeração de pendências do parecer consultado do CEP. Tal procedimento facilita a análise do relator e permite celeridade nas análises e emissão dos respectivos pareceres.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMACOES_BASICAS_DO_P	11/10/2018 14:35:16		Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_pesquisador.pdf	11/10/2018 14:32:27	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Termo_responsabilidade_cep.doc	11/10/2018 14:15:27	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	CartaRespPendencias_CEP_N2879665.doc	11/10/2018 14:13:43	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	CartaRespPendencias_CEP_N2879665.pdf	11/10/2018 14:09:25	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	termo_responsabilidade_cep.pdf	11/10/2018 14:06:29	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_modificado_evellyn.docx	11/10/2018 14:02:24	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_modificado_evellyn.pdf	11/10/2018 14:00:19	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Investigador	TCLE_modificado_evellyn.pdf	11/10/2018 13:59:53	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	11/10/2018 13:59:34	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_evellyn.docx	11/10/2018 13:59:34	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Termo_coparticipacao.docx	22/08/2018 14:35:48	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	22/08/2018 14:28:41	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_pesquisador.docx	22/08/2018 14:27:23	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_orientador.docx	22/08/2018 14:26:49	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	termo_concordancia_institucional.doc	22/08/2018 14:24:16	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	22/08/2018	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cep@unb@gmail.com

Página 57 de 58



Contribuição do Parecer: 2.986.923

Critério de Inclusão:

Idade superior ou igual a dezotto anos, permanecer internado na UTI no mínimo 48 horas e apresentar familiar ou responsável no caso de pacientes inconscientes.

Critério de Exclusão:

Ter diagnóstico médico de morte encefálica.

Objetivo da Pesquisa:

Comparar as escalas de avaliação de risco para lesão por pressão de Norton, Braden e Waterlow em pacientes adultos de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Objetivo Secundário:

Caracterizar os sujeitos de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas; Comparar as escalas de avaliação de risco para lesão por pressão de Norton, Braden e Waterlow na clientela da pesquisa;

Determinar os diagnósticos de enfermagem da área, segundo a da NANDA-I mais frequentes em pacientes adultos de uma Unidade de Terapia Intensiva;

Identificar as prescrições de enfermagem relacionadas a prevenção de desenvolver LP para a prática assistencial segundo a avaliação de risco;

Relacionar os fatores de riscos contabilizados no Domínio Segurança e Proteção/ nutricao, conforme diagnóstico de enfermagem Nanda;

Calcular a incidência de lesão de pele desenvolvida durante o período observado no estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo apresenta riscos mínimos ao sujeito da pesquisa, visto que os dados analisados serão de fonte em papel e on line e não terá realização de procedimentos invasivos nos mesmos. Caso presente, será de natureza psíquica, decorrente de possível desconforto ou ansiedade ao responder perguntas, mas que será minimizado com esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, referente ao seu objetivo e procedimentos de coleta de dados.

Benefícios:

A pesquisa trará como benefícios mais conhecimento na área no processo da assistência em vista da redução da incidência de lesões por pressão.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte
 CEP: 70.910-000
 UF: DF
 Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947
 E-mail: cepfurb@gmail.com



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE TRANSIÇÃO EM CLIENTES ADULTOS DE UNIDADE DE TERAPIA FAMILIAR OU RESPONSÁVEL NO CASO DE PACIENTES INCONSCIENTES.

Investigador Principal: EVELLYN DOS SANTOS PENHA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 66646918.5.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.986.923

Apresentação do Projeto:

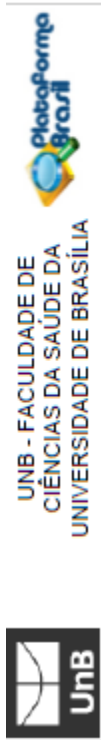
Resumo:

“As lesões de pele, devido a sua clínica oculta, tornam-se um desafio para profissionais da saúde que cuidam de pacientes críticos. O estudo tem como objetivo geral comparar as escalas de avaliação de risco para lesão por pressão de Norton, Braden e Waterlow em pacientes adultos de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Trata-se de uma pesquisa quantitativa observacional do tipo coorte prospectiva, no qual será desenvolvido na UTI de um hospital público de Brasília-DF. A coleta de dados será feita diariamente, no segundo semestre de 2018 através da avaliação de cada paciente por 15 dias pelo responsável da pesquisa. Para a coleta de dados será realizada entrevista com o cliente e/ou familiares, seguida da realização de exame físico completo sendo avaliado as escalas de Braden, Norton e Waterlow, além de consulta ao prontuário. As variáveis serão analisadas por medidas de tendência central e dispersão. E possíveis associações entre elas serão feitas a posteriori.”

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa observacional do tipo coorte prospectiva no qual será desenvolvido na UTI de um hospital público de Brasília-DF. Trata-se de um hospital geral que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência. A unidade selecionada para estudo tem dez leitos gerais e nove coronarianos; recebe pacientes do pronto atendimento, do centro cirúrgico, das clínicas e de outros hospitais, quando regulados pela secretaria de saúde (BRASILIA, 2017).

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte
 CEP: 70.910-000
 UF: DF
 Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947
 E-mail: cepfurb@gmail.com



Contribuição do Pesquisador: 2.906,923

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Trata-se de projeto de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem-UNB a ser orientado pela Profa. Dra. Cristine Alves Costa de Jesus.
A coleta de dados da pesquisa esta prevista para NOVEMBRO DE 2018 a FEVEREIRO DE 2019.
Foi apresentado orçamento detalhado no valor de R\$ 2.580,00.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Foram analisados os seguintes documentos para emissão desse parecer:

Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1116439.pdf" postado em 23/10/2018;

Carta de resposta as pendências: "CartaResppendencias_CEP_N2964148.pdf" e "CartaResppendencias_CEP_N2964148.doc" de 23/10/2018;

TCLE: "TCLE_modificado2_evellyn.pdf" e "TCLE_modificado2_evellyn.docx" ambos postados em 23/10/2018;

Projeto Detalhado: "Projeto_modificado2_evellyn.pdf" e "Projeto_modificado2_evellyn.docx" postados em 23/10/2018.

Recomendações:
Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Análise das respostas as pendências emitidas pelo parecer consubstanciado no. 2.879.665 e 2.964.148:

1. Quanto ao TCLE:
- 1.1 Apresentar TCLE redigido com linguagem acessível e adequada a menor escolaridade dos participantes convidados. Remover termos técnicos como NANDA -1 e nomes de escalas. Simplificar a redacao dos objetivos secundarios. Recomenda-se revisao da redacao do texto no que se relaciona a erros de concordancia nominal/verbal.



Página 15 de 28



Contribuição do Pesquisador: 2.906,923

Resposta: "Encontra-se as modificações em todo o termo referente a linguagem acessível a menor escolaridade e revisão da redação quanto a erros de concordância nominal/verbal. Relativo a remoção dos termos técnicos esta na pagina n.1 do 3o paragrafo do texto original com modificacao na pagina n.1 do 2o paragrafo do texto modificado."

Análise: PENDENCIA-ATENIDIA.

1.2 Segundo a Resolução CNS 466/2012, item V, "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados." e ainda em seu item "1.22 - risco da pesquisa - possibilidade de danos a dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrentes". Portanto, solicita-se que seja realizada análise de riscos, bem como formas de minimiza-los. Suprimir o termo usado para a gradação de risco: "mínimo". Tal modificação devera constar do TCLE, do projeto detalhado e do projeto da Plataforma Brasil.

Resposta: "Texto original esta na pagina n.2 do 5o paragrafo, com modificacoes na pagina n.1 do 5o paragrafo do texto modificado."

Análise: Os riscos apresentados no TCLE e no projeto detalhado, devem ser descritos tambem nos projeto da Plataforma Brasil;

Nova resposta: Texto original encaminhado esta na pagina n.1 do 5o paragrafo do TCLE mantido e no projeto detalhado enviado na pagina 19 no ultimo paragrafo mantido, com modificacoes descritas tambem no projeto da Plataforma.

Análise: PENDENCIA-ATENIDIA.

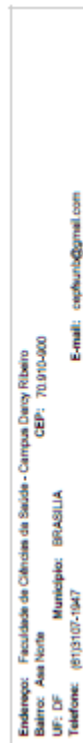
1.3 Informar se haverá ou não benefício direto ao participante da pesquisa (nos documentos TCLE, Projeto detalhado, projeto da Plataforma Brasil), caso contrario, informar os benefícios indiretos.

Resposta:"Texto original esta na pagina n.2 do 5o paragrafo, com modificacoes na pagina n.1 no 6o paragrafo do texto modificado.". Os textos sobre os benefícios indiretos devem ser unificados nos documentos: TCLE, Projeto detalhado e projeto da plataforma Brasil.

Nova resposta: Texto original encaminhado esta na pagina n.1 do 6o paragrafo do TCLE, mantido, com modificacoes na pagina n.20 do ultimo paragrafo do projeto detalhado, e do projeto da Plataforma.

Análise: PENDENCIA-ATENIDIA.

1.4 Esclarecer o tempo gasto nos procedimentos da pesquisa (realizacao dos questionarios e entrevista/exame). Fazer constar todos os procedimentos que o participante sera submetido nesta



Página 16 de 28



Contribuição do Pesquisador: 2.986.923

pesquisa. Descrever do que se trata o exame físico completo.
 Resposta: "Texto original não contempla, com acréscimos na página n.1 do 4º parágrafo do texto modificado.". Foram esclarecidos os procedimentos e informados os tempos.
 Análise: PENDENCIA ATENDIDA.

1.5 Apresentar TCLE adequado a Resolução CNS 456/2012, Item IV.3, todas as letras em especial as letras g e h que tratam da exploração da garantia de ressarcimento e de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Esclarecemos que "11.21 - ressarcimento - compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação" e "11.7 - indenização - cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa", sendo "11.6 - dano associado ou decorrente da pesquisa - agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, ao indivíduo ou a coletividade, decorrente da pesquisa", conforme Resolução CNS 456/2012. Recomendamos utilizar modelo de TCLE disponível no site do CEP FS (<https://fs.unb.br/cep/modelos-de-documentos>).

Resposta: "Texto original não contempla, com acréscimos na página n.2 do 9º parágrafo do texto modificado.". Foi alterado o texto do TCLE quanto ao ressarcimento de despesas, contudo, sobre a indenização a seguinte frase deveria ser acrescida: "Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.".

Nova resposta: Texto original encaminhado já constava na página n.1 do 5º parágrafo, conforme solicitação do endereço da seguinte frase "Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil", mantido no texto modificado.

Análise: PENDENCIA ATENDIDA.

1.6 Informar o papel do CEP, endereço, telefone e horário de funcionamento do CEP/FS, bem disponibilizar ao participante de pesquisa ligação telefônica a cobrar sem restrição de horário do telefone do pesquisador principal e seu orientador (se for o caso). Recomenda-se usar modelo do site do CEP/FS (<https://fs.unb.br/cep/modelos-de-documentos>).

Resposta: "Texto original esta no último parágrafo da página n.2, com modificações na página n.2 do 12º parágrafo do texto modificado.". A alteração realizada não atende ao solicitado. Deveria constar a seguinte frase com as devidas adequações:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA E-mail: cepfsunb@gmail.com
 Telefone: (61)3107-1947

Página 15 de 38



Contribuição do Pesquisador: 2.986.923

"Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação a pesquisa, por favor telefone para: (Nome do Pesquisador. Se for o caso, indicar nome do professor orientador também), na (Nome da Instituição) no telefone (No. do telefone fixo e móvel), disponível inclusive para ligação a cobrar. (Fornecer também e-mail.)
 Nova resposta: Texto original encaminhado esta no parágrafo 11º da página n.2, com modificações no mesmo parágrafo conforme indicação do parecer no texto modificado.
 Análise: PENDENCIA ATENDIDA.

1.7 Considerando que o prontuário sempre pertence ao paciente e so podem ser divulgados com sua autorização ou a de seu responsável (Res. CFM No. 1.821/07), solicita-se que seja acrescentado ao TCLE a informação de acesso ao seu prontuário pelo pesquisador.

Ressalta-se que informação quanto a medidas de proteção de dados individuais, resultados de exames e testes, bem como do prontuário, somente serão acessíveis aos pesquisadores envolvidos e que não será permitido o acesso a terceiros, ou seja será mantido sigilo sobre os dados do prontuário. Resposta: "Texto original esta na página n.2 do 6º parágrafo, com modificações na página n.1 do 4º e 6º parágrafo do texto modificado.".

Análise: PENDENCIA ATENDIDA.

2. Substituir o termo "sujeito de pesquisa" por "participante de pesquisa" ao longo do texto (Res. CNS 456/2012, Item II.10). Foram observados o termo "sujeito de pesquisa" no TCLE, projeto detalhado e projeto da plataforma Brasil.

Resposta: "Texto original esta no projeto detalhado na página n.3 do 2º parágrafo do resumo, na página 15 no objetivo específico, na metodologia na página 19 em aspectos éticos item 4.5 e em riscos e benefícios item 4.6, e no TCLE no penúltimo parágrafo nas assinaturas, com modificações nas respectivas páginas do projeto detalhado modificado no anexo encaminhado e no TCLE no antepenúltimo parágrafo e nas assinaturas do texto modificado.".

Análise: PENDENCIA ATENDIDA.

3. Remover do projeto detalhado o modelo de TCLE, para evitar confusões de versões. Sera considerado somente o arquivo unico contendo o TCLE.

Resposta: Foi encaminhado o projeto detalhado modificado sem o TCLE.

Análise: PENDENCIA ATENDIDA.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA E-mail: cepfsunb@gmail.com
 Telefone: (61)3107-1947

Página 16 de 38



Contribuição do Pesquisador: 2.006.223

Brochura Investigador	Projeto_modificacao2_evellyn.docx	00:45:08	SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_pesquisador.pdf	11/10/2018 14:32:27	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Termo_responsabilidade_cep.doc	11/10/2018 14:15:27	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	CartaRespPendencias_CEP_N2879665.doc	11/10/2018 14:13:43	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	CartaRespPendencias_CEP_N2879665.pdf	11/10/2018 14:09:25	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	termo_responsabilidade_cep.pdf	11/10/2018 14:06:29	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Termo_coparticipacao.docx	22/08/2018 14:38:48	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	22/08/2018 14:29:41	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_pesquisador.docx	22/08/2018 14:27:23	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_orientador.docx	22/08/2018 14:26:49	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Termo_concordancia_institucional.doc	22/08/2018 14:24:16	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	22/08/2018 14:02:32	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_PROJETO_CEP.doc	22/08/2018 13:54:21	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_orientador.pdf	03/08/2018 15:10:01	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	03/08/2018 15:08:06	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	03/08/2018 15:07:22	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_Encaminhamento_Projeto_CEP.pdf	03/08/2018 14:38:41	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_concordancia_institucional.pdf	03/08/2018 14:22:13	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_ciencia_institucio_coparticipante_1.pdf	03/08/2018 14:21:46	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	03/08/2018 14:13:37	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte
Município: BRASÍLIA
UF: DF
Telefone: (61)3107-1947
E-mail: cep@unb@gmail.com

Página 28 de 38



Contribuição do Pesquisador: 2.006.223

4. Apresentar Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador referenciando a Resolução CNE 466/2012. Recomenda-se usar modelo de documento no site do CEP/FS (https://fs.unb.br/cep/modulos-de-documentos).
Resposta: foi apresentado o termo.
Análise: PENDENCIA/ATENDIDA.

Conclusão: Todas as pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização deste projeto. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNE 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNE, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial, semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. O início das atividades de coleta dos dados do projeto devem aguardar a aprovação do projeto pelo CEP da instituição coparticipante, se for o caso.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas PB - INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P DO PROJETO 1116439.pdf	23/10/2018 00:48:59	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
CartaRespPendencias_CEP_N2864148.pdf	23/10/2018 00:47:18	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
CartaRespPendencias_CEP_N2864148.doc	23/10/2018 00:46:29	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
TGLE/Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	23/10/2018 00:45:46	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
TGLE/Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	23/10/2018 00:45:38	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Projeto Detalhado / Investigador	23/10/2018 00:45:26	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito
Projeto Detalhado	23/10/2018	EVELLYN DOS SANTOS PENHA	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte
Município: BRASÍLIA
UF: DF
Telefone: (61)3107-1947
E-mail: cep@unb@gmail.com

Página 17 de 38



Continuação do Processo: 2.206.923

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BRASÍLIA, 29 de Outubro de 2018

Assinado por:
Kátia Elizabeth Fontana
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
UF: DF Município: BRASÍLIA E-mail: ccs@unb@gmail.com
Telefone: (61)3107-1947

10.5 ANEXO E – ESCALAS UTILIZADAS NA PESQUISA

Escala de queda de Morse: versão traduzida e adaptada.

1. Histórico de quedas	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Muletas/Bengala/Andador	15
Mobiliário/Parede	30
4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Fraca	10
Comprometida/Cambaleante	20
6. Estado Mental	
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Fonte: Morse, Morse, Tylko (1989).

Escala de queda de Morse: definição operacional.

Item	Definição Operacional
1. Histórico de quedas	
Não	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.
Sim	Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.
2. Diagnóstico secundário	
Não	Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico.
Sim	Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico.
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	Se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou Se deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda Se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho .
Muletas/Bengala/Andador	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador.
Mobiliário/Parede	Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes.
4. Terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.
Sim	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).
5. Marcha	
Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação . Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação) .
Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio . Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto.
Comprometida/Cambaleante	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão . Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente <i>realmente</i> se apoia nele e que, quando o paciente se apoia em um corrimão ou móvel, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas .
6. Estado mental	
Orientado/ Capaz quanto à sua capacidade/ limitação	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.
Superestima capacidade/ Esquece limitações	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.

Fonte: Morse, Morse, Tylko (1989).

Índice de Katz para avaliação de atividades da vida diária.

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto)	DEPENDÊNCIA (0 pontos)	
	SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral	
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho	
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido	
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre	
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira	
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga	
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral	

Total de Pontos = ____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente
---------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------

Fonte: Wallace (2007)

Escala de Braden: versão adaptada e validada para o Brasil.

PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1. Totalmente limitado: não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo	2. Muito limitado: somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto por gemido ou agitação, ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo	3. Levemente limitado: responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição, ou tem um certo grau de deficiência sensorial, que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4. Nenhuma limitação: responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
UMIDADE Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1. Completamente molhada: a pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente	2. Muito molhada: a pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3. Ocasionalmente molhada: a pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4. Raramente molhada: a pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina
ATIVIDADE Grau de atividade física	1. Acamado: confinado à cama	2. Confinado à cadeira: a capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	3. Anda ocasionalmente: anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	4. Anda frequentemente: anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas, durante as horas em que está acordado
MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2. Bastante limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho	3. Levemente limitado: faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio
NUTRIÇÃO Padrão usual de consumo alimentar	1. Muito pobre: nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou intravenosa por mais de 5 dias	2. Provavelmente inadequado: raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceita um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	3. Adequado: come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente aceita um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	1. Problema: requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando de frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	2. Problema em potencial: move-se, mas sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente escorrega	3. Nenhum problema: move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira	
Risco muito alto: 6 a 9	Risco alto: 10-12	Risco moderado: 13-14	Baixo risco: 15-18	Sem risco: 19-23

Fonte: Braden, Bergstrom, 1998.

Escala de Waterlow.

Constituição peso/altura	Débito neurológico
Normal: 0 ponto Acima da média: 1 ponto Obeso: 2 pontos Abaixo da média: 3 pontos	Déficit neurológico diabético (5 pontos) Déficit neurológico de esclerose múltipla (5 pontos) Déficit neurológico de Acidente Vascular Cerebral (5 pontos) Déficit neurológico do sistema motor (5 pontos) Déficit neurológico paraplégico (5 pontos)
Sexo	Continência
Feminino: 2 pontos Masculino: 1 ponto	Normal: 0 Incontinência ocasional: 1 Caráter incontinência: 2 Incontinência dupla (urinária e fecal): 3
Idade	Riscos especiais - má nutrição tecidual
14-49 anos de idade: 1 ponto 50-64: 2 pontos 65-74: 3 pontos 75-80: 4 pontos > 85 anos de idade: 5 pontos	Caquexia terminal: 8 Insuficiência cardíaca: 5 Doença vascular periférica: 5 Anemia: 2 Fumo: 1
Apetite	Cirurgia de grande porte ou trauma
Normal: 0 Diminuído: 1 Sonda nasogástrica/líquidos: 2 Anoréxico: 3 pontos	Ortopédica abaixo da cintura, espinha dorsal: 5 Anestesia espinal recente na mesa de operação: > 2 horas: 5
Tipo de pele	Medicação
Saudável: 0 Fina/folha de papel: 1 Seca: 1 Edematosa: 1 Viscosa: 1 Descorada: 2 Quebradiça: 3	Esteroides: 4 Citotóxicos: 4 Anti-inflamatório: 4
Mobilidade	Pontuação
Total: 0 Inquieto: 1 Apático: 2 Restrito: 3 Inerte/tração: 4 Preso à cadeira de rodas: 5	10-14 pontos: em risco 15-19 pontos: alto risco 20-92 pontos: Altíssimo risco

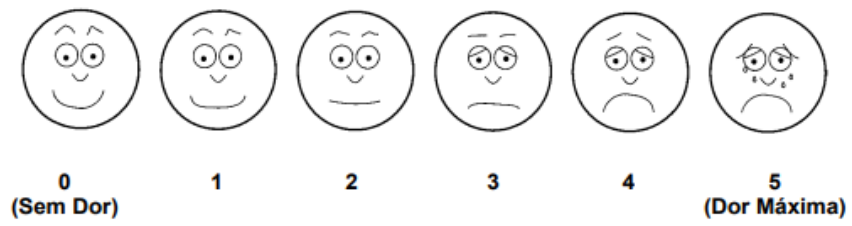
Fonte: ROCHA, BARROS, 2007 *apud* ROCHA, 2003.

Escala de Norton.

Condição física	Condição mental	Atividade	Mobilidade	Incontinente
Boa: 4	Alerta: 4	Ambulante: 4	Total: 4	Não: 4
Razoável: 3	Apático: 3	Anda com ajuda: 3	Ligeiramente prejudicada: 3	Ocasionalmente: 3
Ruim: 2	Confuso: 2	Utiliza cadeira: 2	Muito limitada: 2	Geralmente/Urina: 2
Muito ruim: 1	Estupor: 1	Acamado: 1	Imóvel: 1	Duplamente: 1
Classificação dos pontos	5-10: Elevado	11-15: Moderado	16-20: Baixo	

Fonte: SEVER, et. al, 2015.

Escala visual/verbal numérica para mensuração da intensidade da dor.



Fonte: MSD 2019; GLOTH, et. al, 2001; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2018.