

# Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão

MAPPING THE NURSING CARE WITH THE NIC FOR PATIENTS IN RISK FOR PRESSURE ULCER

MAPEO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON LAS NIC PARA PACIENTES CON RIESGO DE ÚLCERAS DE PRESIÓN

Ana Gabriela Silva Pereira<sup>1</sup>, Cássia Teixeira dos Santos<sup>2</sup>, Dóris Baratz Menegon<sup>3</sup>, Bruna Mello<sup>2</sup>, Fernanda Azambuja<sup>2</sup>, Amália de Fátima Lucena<sup>4</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em risco de úlcera por pressão (UP) e compará-los com as intervenções da *Nursing Interventions Classification* (NIC). **Método:** Estudo com mapeamento cruzado realizado em hospital universitário. A amostra constou de 219 pacientes adultos internados em unidades clínicas e cirúrgicas. Os critérios de inclusão foram: escore  $\leq 13$  na Escala de Braden e um dos diagnósticos de enfermagem, Síndrome do déficit do autocuidado, Mobilidade física prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Risco de integridade da pele prejudicada. Os dados foram coletados retrospectivamente em sistema de prescrição de enfermagem e analisados estatisticamente e por mapeamento cruzado. **Resultados:** Identificou-se 32 diferentes cuidados de enfermagem para prevenção de UP, mapeados em 17 diferentes intervenções NIC, dentre elas: Supervisão da pele, Prevenção de úlcera por pressão e Posicionamento. **Conclusão:** O mapeamento cruzado apontou semelhança entre os cuidados de enfermagem prescritos e as intervenções NIC.

## DESCRIPTORIOS

Úlcera por pressão  
Medição de risco  
Cuidados de enfermagem  
Diagnóstico de enfermagem  
Processos de enfermagem

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the nursing care prescribed for patients in risk for pressure ulcer (PU) and to compare those with the *Nursing Interventions Classification* (NIC) interventions. **Method:** Cross mapping study conducted in a university hospital. The sample was composed of 219 adult patients hospitalized in clinical and surgical units. The inclusion criteria were: score  $\leq 13$  in the Braden Scale and one of the nursing diagnoses, Self-Care deficit syndrome, Impaired physical mobility, Impaired tissue integrity, Impaired skin integrity, Risk for impaired skin integrity. The data were collected retrospectively in a nursing prescription system and statistically analyzed by crossed mapping. **Result:** It was identified 32 different nursing cares to prevent PU, mapped in 17 different NIC interventions, within them: Skin surveillance, Pressure ulcer prevention and Positioning. **Conclusion:** The cross mapping showed similarities between the prescribed nursing care and the NIC interventions.

## DESCRIPTORS

Pressure ulcer  
Risk assessment  
Nursing care  
Nursing diagnosis  
Nursing process

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los cuidados de enfermería prescritos para pacientes con riesgo de úlceras por presión (UPP) y compararlos con las intervenciones de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (NIC). **Método:** Estudio con mapeo cruzado en el hospital universitario. La muestra estuvo compuesta por 219 pacientes adultos internados en unidades médico-quirúrgicas. Los criterios de inclusión fueron: puntuación  $\leq 13$  en la escala de Braden y uno de los siguientes diagnósticos de enfermería: Síndrome de déficit de autocuidado, Deterioro de la movilidad física, deterioro de la integridad tisular, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Los datos fueron recolectados retrospectivamente en el sistema de prescripción de enfermería y analizados estadísticamente y con mapeo cruzado. **Resultados:** Se identificaron 32 cuidados de enfermería distintos para la prevención de las UPP, mapeados en 17 intervenciones NIC diferentes, entre ellas: Supervisión de la piel, Prevención de úlceras por presión y Posiciones corporales. **Conclusión:** El mapeo cruzado mostró similitud entre los cuidados de enfermería y las intervenciones NIC.

## DESCRIPTORIOS

Úlcera por presión  
Medición de riesgo  
Atención de enfermeira  
Diagnóstico de enfermeira  
Procesos de enfermería

<sup>1</sup> Enfermeira da Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. <sup>2</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. <sup>3</sup> Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil. <sup>4</sup> Professora Adjunta da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. [afatimalucena@gmail.com](mailto:afatimalucena@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

Úlcera por pressão (UP) é uma lesão na pele e/ou no tecido subjacente em consequência da pressão, ou da pressão em combinação com o cisalhamento e/ou a fricção, que normalmente ocorre em locais de proeminências ósseas em indivíduos com mobilidade comprometida<sup>(1)</sup>. A incidência de UP pode variar dependendo do perfil dos pacientes e tipo de instituição em que se encontram<sup>(2-3)</sup>, todavia, a maior parte dos estudos brasileiros demonstram incidência com variabilidade entre 19,1 e 39,8%<sup>(4-6)</sup>, e os internacionais com incidência entre 10,2 e 26,7%<sup>(7-9)</sup>. Por isso, a UP continua a merecer estudos, principalmente, os que abordam medidas de prevenção, na busca pela melhoria da segurança e da qualidade da assistência<sup>(10-11)</sup>.

Os cuidados com a integridade da pele e tecidos são elementos da prática do enfermeiro, o que inclui a prevenção da UP. Isso requer uma avaliação dos pacientes com identificação de riscos para este tipo de lesão e, consequentemente, implementação de intervenções de enfermagem<sup>(8,12)</sup> para prevenir complicações que podem comprometer o estado de saúde e a qualidade de vida dos mesmos. A identificação dos pacientes em risco para UP é essencial à implantação de ações preventivas, desde o momento da internação até a sua alta<sup>(12)</sup>. Um dos instrumentos de predição de risco para UP mais amplamente utilizados por enfermeiros é a Escala de Braden (EB)<sup>(11,13)</sup>.

Estudo que investigou o perfil clínico e os diagnósticos de enfermagem (DE) de pacientes com risco de UP<sup>(14)</sup> evidenciou que tanto a EB como os DE são elementos importantes para subsidiar a enfermagem na implementação de intervenções aos pacientes vulneráveis a esta lesão. Entretanto, apesar da literatura apontar intervenções de enfermagem indicadas para estes pacientes<sup>(12,15)</sup>, observa-se a inexistência de estudo que descreva na prática clínica os tipos de cuidados prescritos, de acordo com o DE elencado para os pacientes em risco de UP. Somado a isto, na maioria das vezes, os cuidados de enfermagem são descritos sem o uso de uma linguagem padronizada como a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)<sup>(15-16)</sup>.

Dessa forma, identificou-se a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em risco de UP, comparando-os com a NIC. Para tanto, este estudo teve por objetivos os de identificar os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em risco de UP e compará-los com as intervenções de enfermagem propostas pela NIC.

## MÉTODO

Estudo de mapeamento cruzado<sup>(17-18)</sup> realizado em hospital universitário (HU) do sul do Brasil, com amostra de 219 prontuários de pacientes internados nas unidades clínicas e cirúrgicas, e que preencheram os seguintes critérios de inclusão: ter escore  $\leq 13$  na aplicação escala

de Braden (escore de risco para UP na instituição) no momento da internação ou em até 48 horas após a mesma (tempo máximo estabelecido na instituição para a primeira avaliação do paciente com a EB); ter estabelecido pelo menos um dos seguintes DE: Síndrome do déficit do autocuidado, Mobilidade física prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Integridade da pele prejudicada e Risco de integridade da pele prejudicada. Salienta-se que, a seleção dos DE do tipo real foi orientada pelo fato de os mesmos possuírem fatores relacionados que também consistem em risco para UP<sup>(19)</sup>. Destes, os DE que evidenciam prejuízo real na pele e/ou tecidos foram incluídos pelo fato de que um paciente que apresenta lesão pode ter risco aumentado para o desenvolvimento de nova UP. Portanto, muitas vezes, o enfermeiro necessita tratar e prevenir a UP de forma concomitante. O DE Síndrome do déficit do autocuidado foi incluído no estudo por apresentar fatores relacionados que também são risco de UP (ex. imobilidade). Foram excluídos do estudo pacientes que não possuíam registro completo das informações na Escala de Braden.

A coleta de dados foi retrospectiva, considerando-se as internações ocorridas em um período de seis meses consecutivos, em sistema informatizado de prescrição de enfermagem da instituição. Os dados foram digitados em planilhas do *Excel for Windows* e analisados estatisticamente com o auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 16.0. Posteriormente, os cuidados de enfermagem relacionados à prevenção da UP foram mapeados de forma cruzada com a NIC, de acordo com o nível de ligação das intervenções com cada DE. O mapeamento cruzado consiste em comparar dados visando identificar a similaridade e validar objetos de estudo em diferentes contextos<sup>(17-18)</sup>. Neste estudo ele foi realizado em três grandes fases: a) identificação das prescrições de cuidados de enfermagem vinculados aos DE selecionados e relacionados à prevenção da UP; b) comparação de cada cuidado de enfermagem prescrito com as intervenções de enfermagem da NIC; c) organização de uma listagem de intervenções NIC para cada DE estudado, considerando-se o cenário de cuidado de prevenção de UP. As regras utilizadas no mapeamento cruzado tiveram base no referencial de Moorhead e Delaney adaptado por Lucena<sup>(17-18)</sup>, tendo como ponto de partida os DE da NANDA-I<sup>(19)</sup> e as intervenções de enfermagem NIC, com seus diferentes níveis de ligação aos DE<sup>(15)</sup>.

A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética da Instituição (protocolo nº 08-319) e os pesquisadores assinaram Termo de Comprometimento para utilização de dados.

## RESULTADOS

Nas 219 internações de pacientes em risco para UP houve predominância de idosos, sexo feminino e com período de hospitalização mediano de nove dias (Tabela 1)

**Tabela 1** - Características da amostra de pacientes em risco de UP em hospital universitário - Porto Alegre, 2013

Características (n=219)	(n=219)	
Idade (anos)*	67,18 ± 20,2	
Sexo (feminino) <sup>†</sup>	132 (67)	
Tempo da internação <sup>§</sup>	9,0 (5-17,25)	
Unidade de internação (clínica médica) <sup>†</sup>	129(59)	
Motivo de internação	(doenças cerebrovasculares) <sup>†</sup>	49 (22)
	(doenças pulmonares) <sup>†</sup>	34 (15,5)
	(doenças cardiovasculares) <sup>†</sup>	30 (14)
Comorbidades	(doenças cardiovasculares) <sup>†</sup>	88 (40)
	(doenças cerebrovasculares) <sup>†</sup>	83 (38)
	(doenças metabólicas) <sup>†</sup>	61 (28)

\*Média ± desvio padrão; variáveis categóricas n (%);  
<sup>†</sup> e mediana e percentis 25 e 75%.

Dentre os DE identificados para os 219 pacientes, o DE *Síndrome do déficit do autocuidado* foi estabelecido para 102 (46,5%), com 32 diferentes tipos de cuidados prescritos, sendo nove deles relacionados à prevenção da UP. O DE *Mobilidade física prejudicada* foi estabelecido para 70 (32%) pacientes, com 34 diferentes tipos de cuidados prescritos, sendo 17 (50%) relacionados à prevenção da UP. O DE *Integridade tissular prejudicada* foi estabelecido para 45 (20,5%) pacientes, com 31 diferentes tipos de cuidados prescritos, sendo 13 (42%) deles relacionados à prevenção da UP. O DE *Integridade da pele prejudicada* foi

estabelecido para 29 (13%) pacientes, com 17 diferentes tipos de cuidados prescritos, sendo 13 (76%) relacionados à prevenção da UP. O DE *Risco de integridade da pele prejudicada* foi estabelecido para 29 (13%) pacientes, com 20 diferentes tipos de cuidados prescritos, sendo 14 (70%) relacionados à prevenção da UP.

Alguns cuidados foram prescritos para mais de um DE, assim, excluindo-se as repetições se obteve 32 diferentes cuidados relacionados à prevenção da UP. Estes foram mapeados nas intervenções NIC, em diferentes níveis de ligação com os DE, ou seja, prioritária, sugerida, adicional optativa e não ligada ao DE. Houve cuidados mapeados em mais de uma intervenção NIC, de forma que algumas delas se repetiram. Excluindo-se as repetições obteve-se 17 diferentes intervenções NIC: Supervisão da pele; Prevenção de úlcera por pressão; Posicionamento; Cuidados com o repouso no leito; Banho; Assistência no autocuidado: banho/higiene; Assistência no autocuidado: alimentação; Cuidados com o períneo; Posicionamento: cadeira de rodas; Terapia com exercícios: deambulação; Controle do ambiente; Cuidados com lesões; Controle de pressão sobre áreas de corpo; Cuidados com úlcera por pressão; Cuidados com a pele: tratamentos tópicos; Terapia nutricional; Controle da nutrição. Assim, para cada conjunto de cuidados de enfermagem prescritos para cada DE identificou-se um conjunto de intervenções da NIC para prevenir UP (Quadro 1).

**Quadro 1** - Mapeamento cruzado entre os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em risco de UP, com os diagnósticos de enfermagem e as intervenções NIC e seus níveis de ligação com os mesmos - Porto Alegre, 2013

Diagnóstico de Enfermagem	Cuidado de Enfermagem Prescrito	Intervenções NIC e seu Nível de Ligação com o DE/NANDA-I
* Síndrome de déficit do autocuidado	- Implementar protocolo assistencial de prevenção de UP	- Supervisão da pele (Adicional optativa) - Prevenção de úlcera por pressão (Não ligada ao DE)
	- Manter colchão piramidal	- Posicionamento (Adicional optativa) - Cuidados com o repouso no leito (Não ligada ao DE) - Prevenção de úlcera por pressão (Não ligada ao DE)
	- Proteger proeminências ósseas	- Prevenção de úlcera por pressão (Não ligada ao DE)
	- Realizar mudança de decúbito	- Posicionamento (Adicional optativa)
	- Realizar higiene perineal após cada evacuação;	- Banho (Prioritária) - Assistência no autocuidado: banho/higiene (Prioritária) - Cuidados com o períneo (Sugerida)
	- Manter períneo limpo e seco	- Banho (Prioritária) - Cuidados com o períneo (Sugerida)
	- Sentar paciente na cadeira	- Posicionamento (Adicional optativa)
	- Realizar higiene perineal	- Banho (Prioritária) - Cuidados com o períneo (Sugerida)
	- Alimentar paciente	- Assistência no autocuidado: alimentação (Prioritária)
Mobilidade física prejudicada	- Manter colchão piramidal	- Posicionamento (Sugerida) - Cuidados com repouso no leito (Sugerida) - Prevenção de úlcera por pressão (Não ligada ao DE)

Continua...

Continuação...

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Cuidado de Enfermagem Prescrito</b>	<b>Intervenções NIC e seu Nível de Ligação com o DE/NANDA-I</b>
<b>Mobilidade física prejudicada</b>	- Implementar protocolo assistencial de prevenção de UP	- Supervisão da pele (Adicional optativa) - Prevenção de úlcera por pressão (Não ligada ao DE)
	- Proteger proeminências ósseas	- Prevenção de úlcera por pressão (Não ligada ao DE)
	- Sentar paciente na cadeira	- Posicionamento (Sugerida) - Posicionamento: cadeira de rodas (Sugerida)
	- Realizar mudança de decúbito	- Posicionamento (Sugerida) - Cuidados com repouso no leito (Sugerida) - Prevenção de úlcera por pressão (Não ligada ao DE)
	- Auxiliar paciente sentar na cadeira	- Posicionamento (Sugerida) - Posicionamento: cadeira de rodas (Sugerida)
	- Auxiliar na mudança de decúbito	- Posicionamento (Sugerida) - Cuidados com repouso no leito (Sugerida) - Prevenção de úlcera por pressão (Não ligada ao DE)
	- Estimular movimentação no leito	- Posicionamento (Sugerida) - Cuidados com repouso no leito (Sugerida) - Prevenção de úlcera por pressão (Não ligada ao DE)
	- Proporcionar posição confortável ao paciente	- Posicionamento (Sugerida) - Controle do ambiente (Sugerida)
	- Estimular saída do leito	- Terapia com exercícios: deambulação (Prioritária)
	- Auxiliar movimentos ativos	- Posicionamento (Sugerida)
	- Auxiliar na deambulação	- Terapia com exercícios: deambulação (Prioritária)
	- Estimular deambulação	- Terapia com exercícios: deambulação (Prioritária)
	- Acompanhar durante a deambulação	- Terapia com exercícios: deambulação (Prioritária)
	- Elevar membros inferiores	- Posicionamento (Sugerida)
	- Estimular movimentos ativos	- Posicionamento (Sugerida) - Cuidados com repouso no leito (Sugerida)
- Realizar movimentos passivos	- Posicionamento (Sugerida) - Cuidados com repouso no leito (Sugerida)	
<b>Integridade tissular prejudicada</b>	- Manter colchão piramidal	- Posicionamento (Sugerida) - Prevenção de úlcera por pressão (Sugerida) - Cuidados com o repouso no leito (Não ligada ao DE)
	- Estimular movimentação no leito	- Controle de pressão sobre áreas de corpo (Adicional Optativa)
	- Implementar protocolo de cuidados para UP	- Cuidados com úlcera por pressão (Sugerida)
	- Proteger proeminências ósseas	- Prevenção de úlcera por pressão (Sugerida)
	- Comunicar aspecto da lesão	- Cuidado com lesões (Prioritária) - Supervisão da pele (Prioritária)
	- Manter curativo externo limpo e seco	- Cuidado com lesões (Prioritária)
	- Registrar aspecto da lesão	- Cuidado com lesões (Prioritária) - Supervisão da pele (Prioritária)
	- Sentar paciente na cadeira	- Posicionamento (Sugerida)
	- Realizar mudança de decúbito	- Posicionamento (Sugerida) - Prevenção de úlcera por pressão (Sugerida) - Cuidados com o repouso no leito (Não ligada ao DE)
	- Observar condições do períneo	- Supervisão da pele (Prioritária) - Cuidados com o períneo (Sugerida)
	- Auxiliar na mudança de decúbito	- Posicionamento (Sugerida) - Prevenção de úlcera por pressão (Sugerida) - Cuidados com o repouso no leito (Não ligada ao DE)
	- Proteger a pele para evitar rompimento	- Supervisão da pele (Prioritária) - Prevenção de úlcera por pressão (Sugerida)
	- Realizar movimentos passivos	- Posicionamento (Sugerida) - Cuidados com o repouso no leito (Não ligada ao DE)

Continua...

Continuação...

Diagnóstico de Enfermagem	Cuidado de Enfermagem Prescrito	Intervenções NIC e seu Nível de Ligação com o DE/NANDA-I
<b>Integridade da pele prejudicada</b>	- Implementar protocolo de cuidados para UP	- Cuidados com úlcera por pressão (Prioritária)
	- Realizar mudança de decúbito	- Posicionamento (Sugerida) - Prevenção de úlcera por pressão (Sugerida) - Cuidados com o repouso no leito (Não ligada ao DE)
	- Proteger proeminências ósseas	- Prevenção de úlcera por pressão (Sugerida)
	- Auxiliar na mudança de decúbito	- Prevenção de úlcera por pressão (Sugerida) - Posicionamento (Sugerida) - Cuidados com o repouso no leito (Não ligada ao DE)
	- Manter curativo externo limpo e seco	- Cuidado com lesões (Prioritária)
	- Registrar aspecto da lesão	- Cuidado com lesões (Prioritária) - Supervisão da pele (Prioritária)
	- Oferecer hidratante para a pele	- Prevenção de úlcera por pressão (Sugerida) - Banho (Sugerida)
	- Proteger a pele para evitar rompimento	- Supervisão da pele (Prioritária) - Prevenção de úlcera por pressão (Sugerida)
	- Auxiliar paciente sentar na cadeira	- Posicionamento (Sugerida) - Posicionamento: cadeira de rodas (Não ligada ao DE)
	- Sentar paciente na cadeira	- Posicionamento (Sugerida) - Posicionamento: cadeira de rodas (Não ligada ao DE)
	- Estimular movimentação no leito	- Posicionamento (Sugerida) - Prevenção de úlcera por pressão (Sugerida) - Cuidados com o repouso no leito (Não ligada ao DE)
	- Estimular cuidados de higiene	- Banho (Sugerida) - Cuidados com o períneo (Sugerida)
	- Hidratar a pele	- Cuidados com a pele: tratamento tópicos (Sugerida) - Prevenção de úlcera por pressão (Sugerida)
<b>Risco de integridade da pele prejudicada</b>	- Manter colchão piramidal	- Prevenção de úlcera por pressão (Prioritária) - Posicionamento (Sugerida) - Cuidados com repouso no leito (Sugerida)
	- Implementar protocolo assistencial de prevenção de UP	- Supervisão da pele (Prioritária) - Prevenção de úlcera por pressão (Prioritária)
	- Proteger a pele para evitar rompimento	- Supervisão da pele (Prioritária) - Prevenção de úlcera por pressão (Prioritária)
	- Realizar mudança de decúbito	- Prevenção de úlcera por pressão (Prioritária) - Posicionamento (Sugerida) - Cuidados com repouso no leito (Sugerida)
	- Proteger proeminências ósseas	- Prevenção de úlcera por pressão (Prioritária)
	- Manter períneo limpo e seco	- Banho (Sugerida) - Cuidados com o períneo (Sugerida)
	- Implementar protocolo de cuidados para UP	- Cuidados com úlceras por pressão (Não ligada ao DE)
	- Auxiliar na mudança de decúbito	- Prevenção de úlcera por pressão (Prioritária) - Posicionamento (Sugerida)
	- Hidratar a pele	- Prevenção de úlcera por pressão (Prioritária)
	- Oferecer hidratante para a pele	- Cuidados com a pele tratamentos tópicos (Sugerida)
	- Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos	- Supervisão da pele (Prioritária) - Prevenção de úlcera por pressão (Prioritária)
	- Sentar paciente na cadeira	- Posicionamento: cadeira de rodas (Não ligada ao DE) - Posicionamento (Sugerida)

Continua...



Continuação...

Diagnóstico de Enfermagem	Cuidado de Enfermagem Prescrito	Intervenções NIC e seu Nível de Ligação com o DE/NANDA-I
Risco de integridade da pele prejudicada	- Estimular a movimentação no leito	- Prevenção de úlcera por pressão (Prioritária) - Posicionamento (Sugerida) - Cuidados com repouso no leito (Sugerida)
	- Estimular ingestão alimentar	- Terapia nutricional (Sugerida) - Controle da nutrição (Sugerida)

\* DE não descrito pela NANDA-I, que está definido no campo do estudo como o estado em que o indivíduo apresenta prejuízo na função motora e cognitiva, causando uma diminuição da capacidade ou incapacidade de desempenhar cada uma das atividades de auto cuidado: alimentação, banho e higiene, vestir-se/arrumar-se. Para o nível de ligação entre as intervenções NIC e o mesmo foram considerados os DE Déficit no autocuidado para banho/higiene/vestir/alimentação<sup>(19)</sup>.

Dentre os 32 diferentes cuidados prescritos para os pacientes em risco de UP, o mais frequente foi *manter colchão piramidal*, seguido por *Implementar protocolo assistencial de prevenção de UP*, *Proteger proeminências ósseas* e *Realizar mudança de decúbito*.

## DISCUSSÃO

A importância de o enfermeiro avaliar os fatores de risco para UP em pacientes que apresentam déficit para o autocuidado, restrições na mobilidade e presença de alterações na pele é corroborada por pesquisa sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem relacionada à prevenção de lesões<sup>(20)</sup>, bem como em estudo em unidade de geriatria de um hospital universitário de São Paulo<sup>(21)</sup>. No presente estudo, os pacientes com os DE Síndrome do déficit do autocuidado e Mobilidade física prejudicada tiveram cuidados de enfermagem prescritos à prevenção da UP, pois os mesmos necessitam de auxílio para as atividades diárias de levantar-se, caminhar, tomar banho, alimentar-se e vestir-se. Somado a isto, estes dois DE também estão relacionados com a necessidade de cuidado à pele, uma vez que o autocuidado e a mobilização alterados se apresentam como riscos à UP.

Entre os cuidados prescritos para os pacientes com esses DE, destacando-se os referentes à presença de umidade da pele: *realizar higiene perineal após cada evacuação*, *manter períneo limpo e seco* e *realizar higiene perineal*. A umidade torna a pele mais vulnerável às lesões, pois macera e enfraquece as suas camadas superficiais<sup>(13,22-23)</sup>, sendo estes cuidados importantes na prevenção da UP. A avaliação da umidade também se constitui em uma subescala da Escala de Braden, o que corrobora o seu caráter preditivo à UP<sup>(23)</sup>.

No mapeamento cruzado chamou a atenção a não identificação da ligação da intervenção Prevenção de úlcera por pressão<sup>(15)</sup> ao DE Síndrome do Déficit do autocuidado. Por um lado isso demonstra a falta de especificidade deste DE para a situação de risco de UP, e por outro lado, conforme discutido anteriormente, há fatores relacionados ao mesmo que podem demandar esta intervenção e, assim, a mesma poderia estar listada na NIC no nível adicional optativo.

O DE Mobilidade física prejudicada resulta na diminuição da capacidade do paciente em aliviar a pressão sobre o corpo, o que pode aumentar a probabilidade de desenvolvimento da UP<sup>(9,14)</sup>. A mobilidade é ponto importante na avaliação do paciente e a enfermagem pode realizá-la de modo mais fidedigno com o auxílio da Escala de Braden<sup>(20,23)</sup>.

No mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com este DE e as intervenções da NIC foram encontradas semelhanças, todavia, a intervenção Prevenção de úlcera por pressão<sup>(15)</sup> também não está ligada a este DE, sendo encontrada a intervenção Supervisão da pele em nível sugerido. Apesar de a NIC apresentar intervenções direcionadas ao posicionamento e repouso do paciente com este DE, percebe-se que também não há, de forma específica, intervenções preventivas de UP. Porém, sabe-se que a mudança de posição dos pacientes se justifica pela possibilidade de interrupção da circulação causada por imobilidade prolongada, que associada com a pressão externa sobre as proeminências ósseas pode trazer dano tecidual por hipóxia e finalmente causar necrose<sup>(22)</sup>.

O DE Integridade tissular prejudicada<sup>(19)</sup> parece ser o que melhor descreve a evidência de UP, uma vez que esta lesão pressupõe dano tecidual. Para os pacientes com este DE se identificou como cuidados prescritos os de *registrar aspecto da lesão*, *comunicar aspecto da lesão* e *proteger a pele para evitar rompimento*, os quais indicam a existência de lesão e a necessidade de implementação de medidas para evitar complicações<sup>(1,22)</sup>, como o desenvolvimento de outra lesão.

No mapeamento cruzado entre os cuidados prescritos aos pacientes com esse DE e as intervenções NIC, observou-se que as intervenções estavam, na maioria, ligadas ao mesmo, com destaque para as de cuidado com a pele e o posicionamento do paciente. Somente a intervenção Prevenção de úlcera por pressão não se apresentou ligada ao DE o que pode ser entendido, uma vez que a mesma retrata ações preventivas à UP e, neste DE o paciente já apresenta pelo menos uma lesão. Ao mesmo tempo, verifica-se que este DE possui uma grande abrangência, não sendo específico para determinar apenas a presença de UP, mas sim para todo e qualquer tipo de lesão tecidual.

Dentre os DE da NANDA-I<sup>(19)</sup>, entende-se que o *Risco de integridade da pele prejudicada* é o que atualmente

melhor descreve a condição do paciente em risco de UP, subsidiando o melhor planejamento de cuidados preventivos à lesão, embora também não seja específico para este tipo de agravo<sup>(12)</sup>. Para melhor acurácia do mesmo, pode-se usar instrumento de avaliação de risco como a Escala de Braden<sup>(12-14,19,23)</sup>. Os cuidados prescritos aos pacientes com esse DE estavam, na sua maioria, relacionados à prevenção de UP, como por exemplo, *proteger a pele para evitar rompimento, hidratar a pele, inspecionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos*. Esses cuidados foram mapeados na NIC, principalmente, na intervenção prioritária Prevenção de úlcera por pressão. Posicionamento, Banho e o Controle da nutrição também se apresentaram como intervenções sugeridas.

Assim, pode-se dizer que o mapeamento cruzado corroborou a precisão dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes em risco de UP, com identificação na NIC das intervenções para esta situação clínica, mesmo que ainda não se disponha de um DE específico na NANDA-I<sup>(19)</sup>, que aponte o Risco de UP. A proposta deste DE já foi encaminhada a esta classificação, estando o mesmo sob apreciação<sup>(24)</sup>.

Na análise geral dos 32 diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes estudados, verificou-se que o cuidado *manter colchão piramidal* foi o mais prescrito, seguido pelo cuidado *Implementar protocolo assistencial de prevenção de UP*. Isto demonstra a preocupação das enfermeiras com a necessidade de diminuir a pressão sobre as áreas do corpo do paciente, com o uso de colchões especiais e aplicação de outras medidas de prevenção protocoladas na instituição para o paciente em risco de UP<sup>(25)</sup>. O cuidado *Proteger proeminências ósseas* foi o terceiro mais frequente e se sabe que a UP, geralmente, desenvolve-se sobre uma proeminência óssea, pois o osso faz pressão sobre a pele e causa isquemia tecidual<sup>(9,22)</sup>. Assim, este cuidado foi acuradamente prescrito para esses pacientes. O mesmo ocorreu com o cuidado *Realizar*

*mudança de decúbito*, que reforça a importância de mobilização e reposicionamento do paciente na prevenção da UP. Estes cuidados de enfermagem foram mapeados na intervenção prioritária Prevenção de úlcera por pressão.

Finalmente, infere-se que o uso de protocolos assistenciais e de escalas preditivas de risco para UP associados ao processo de enfermagem, de forma especial nas etapas de DE e intervenções, podem favorecer a qualificação da assistência do paciente em risco para UP.

## CONCLUSÃO

O estudo identificou os cuidados de enfermagem mais frequentemente prescritos para a prevenção da UP em um hospital do sul do Brasil, com mapeamento dos mesmos nas intervenções NIC, demonstrando que a linguagem utilizada nas prescrições de enfermagem está retratada nessa classificação internacional. O DE Risco de integridade da pele prejudicada se mostrou o mais indicado a este tipo de pacientes, uma vez que o mapeamento cruzado dos cuidados prescritos para eles foram identificados de forma semelhante na intervenção prioritária da NIC Prevenção de úlcera por pressão. Os DE Síndrome do déficit do autocuidado, Mobilidade física prejudicada, Integridade tissular prejudicada e Integridade da pele prejudicada se mostraram menos acurados para descrever a situação de risco para UP, embora as prescrições de cuidado de enfermagem tenham se mostrado em parte com semelhança na NIC, conforme discutido.

Como implicação à prática clínica, o estudo identificou os cuidados e as intervenções NIC mais apropriados ao planejamento de medidas preventivas aos pacientes em risco de UP. Aponta-se a necessidade de um DE que retrate de maneira específica a questão do risco para UP, a fim de melhor explorar os fatores de risco desta lesão, como também facilitar o planejamento dos cuidados mais apropriados na busca de melhores resultados para o paciente.

## REFERÊNCIAS

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel; European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington (DC): National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
2. Costa IG. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(4):693-700.
3. Soares DAS, Vendramin FS, Pereira LMD, Proença PK, Marques MM. Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua. Rev Bras Cir Plast. 2011;26(4):578-81.
4. Scarlatti KC, Michel JLM, Gamba MA, Gutiérrez MGR. Pressure ulcers in surgery patients: incidence and associated factors. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2013 Aug 19];45(6):1372-79. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/en\\_v45n6a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/en_v45n6a14.pdf)
5. Ursi ES, Galvão CM. Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes submetidos a cirurgias eletivas. Acta Paul Enferm. 2012;25(5):653-9.
6. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. Acta Paul Enferm. 2010;23(1):29-34.
7. McGuinness J, Persaud-Roberts S, Marra S, Ramos J, Toscano D, Policastro L, et al. How to reduce hospital-acquired pressure ulcers on a neuroscience unit with a skin and wound assessment team. Surg Neurol Int [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 19];3(1):138. Available from: <http://www.surgicalneurologyint.com/text.asp?2012/3/1/138/103645>
8. Schindler CA, Mikhailov TA, Kuhn EM, Christopher J, Conway P, Ridling D, et al. Protecting fragile skin: nursing interventions to decrease development of pressure ulcers in pediatric intensive care. Am J Crit Care. 2011;20(1):26-35.

9. Yepes D, Molina F, León W, Pérez E. Incidence and risk factors associated with the presence of pressure ulcers in critically ill patients. *Med Intensiva*. 2009;33(6):276-81.
10. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):111-8.
11. Rogenski NMB, Kurcgant P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. *Rev Latino Am Enferm*. 2012;20(2):333-9.
12. Bavaresco T, Lucena AF. Nursing intervention classifications (NIC) validated for patients at risk of pressure ulcers. *Rev Latino Am Enferm*. 2012;20(6):1109-16.
13. Menegon DB, Bercini RR, Santos CT, Lucena AF, Pereira AGS, Scain SF. Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(4):854-61.
14. Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Clinical profile and nursing diagnosis of patients at risk of pressure ulcers. *Rev Latino Am Enferm*. 2011;19(3):523-30.
15. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C, editors. *Nursing interventions classification (NIC)*. 6th ed. St Louis: Elsevier; 2013.
16. Salgado PO, Chianca TCM. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Latino Am Enferm*. 2011;19(4): 928-35.
17. Moorhead S, Delaney C. Mapping nursing intervention data into the Nursing Interventions Classification (NIC): process and rules. *Nurs Diagn*. 1997;8(4):137-44.
18. Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(1):82-8.
19. Herdman HT. *NANDA-International Nursing Diagnoses: definitions and classification, 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
20. Rodrigues MM, Souza MS, Silva JL. Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão. *Cogitare Enferm*. 2008;13(4):566-75.
21. Sakano LM, Yoshitome AY. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(4):495-8.
22. Lyder CH, Ayello EA. Pressure ulcers: a patient safety issue. In: Hughes RG, editor. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [cited 2013 Aug 19]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2650/>
23. Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge SBM. Analysis of prevention and treatment of the pressure ulcers proposed by nurses. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2013 Aug 19];43(1): 223-8. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en\\_29.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_29.pdf)
24. Santos CT, Lucena AF, Oliveira MC. Definition and risk factors of a new nursing diagnosis: risk for pressure ulcer. In: Sheerin F, Sermeus W, Ehrenberg A, editors. *Proceedings at 9th International Conference of ACENDIO; 2013; Dublin, Ireland* [Internet]. Dublin, Ireland: Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes; 2013 [cited 2013 Aug 19]:374-7. Available from: <http://www.acendio.net/members/proceedings/ACENDIO2013.pdf>
25. Menegon DB, Bercini RR, Brambila MI, Scola ML, Jansen MM, Tanaka RY. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlceras de pressão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA*. 2007;27(2):61-4.