

# DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

## DIAGNOSES AND NURSING CARE FOR PATIENTS AT RISK OF PRESSURE INJURY: EXPERIENCE REPORT

JÚLIA RUTH TOLEDO DA SILVA<sup>1</sup>, CASSIA TEIXEIRA DOS SANTOS<sup>2</sup>, DENISE AZAMBUJA ZOCHE<sup>3</sup>, CARLA ARGENTA<sup>4</sup>, ROSANA AMORA ASCARI<sup>5\*</sup>

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina; 2. Doutoranda em Enfermagem. Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; 3. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 4. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 5. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Rua Sete de Setembro, 91 D, Sala 2, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89801-140. [rosana.ascari@hotmail.com](mailto:rosana.ascari@hotmail.com)

Recebido em 24/07/2017. Aceito para publicação em 07/08/2017

### RESUMO

Objetivou-se descrever os diagnósticos de enfermagem e os cuidados mais frequentes para pacientes com risco de Lesão por Pressão utilizando o Processo de Enfermagem. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. Os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes foram: Risco de infecção; Integridade da pele prejudicada; Risco de integridade da pele prejudicada; Integridade tissular prejudicada; Risco de lesão por pressão; Mobilidade física prejudicada, Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais; Padrão respiratório ineficaz; Dor aguda, Risco de quedas. Os cuidados abordaram os seguintes aspectos: proteção contra infecção; manutenção das condições basais do organismo, promoção da cicatrização, controle da dor, troca gasosa adequada, promoção do conforto e prevenção de complicações. Foram identificados e descritos quatro Diagnósticos de Risco e seis Diagnósticos Reais. Compreender os Diagnósticos e associá-los as intervenções amplia e desenvolve o raciocínio clínico, qualificando desta forma a assistência prestada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diagnóstico de enfermagem, cuidados de enfermagem, lesão por pressão.

### ABSTRACT

The objective of this study was to describe nursing diagnoses and the most frequent care for patients at risk of Pressure Injury using the Nursing Process. This is an exploratory, descriptive, qualitative approach of the type of experience report. The most frequent DE were: Risk of infection; Impaired skin integrity; Risk of impaired skin integrity; Impaired tissue integrity; Risk of pressure injury; Impaired physical mobility, Unbalanced nutrition: less than bodily needs; Ineffective respiratory pattern;

Acute pain, Risk of falls. The care covered the following aspects: protection against infection; Maintenance of basal conditions of the organism, promotion of healing, pain control, adequate gas exchange, promotion of comfort and prevention of complications. Four Risk Diagnoses and six Real Diagnoses were identified and described. Understanding the Diagnoses and associating them with the interventions broadens and develops the clinical reasoning, thus qualifying the assistance provided.

**KEYWORDS:** Nursing diagnosis, nursing care, pressure ulcer.

### 1. INTRODUÇÃO

A Lesão por Pressão (LPP) é definida como um dano localizado na pele e/ou tecido mole subjacente, normalmente, acomete as regiões de proeminência óssea ou em regiões de contato com equipamentos ou dispositivos por muito tempo, que causem pressão prolongada ou intensa, combinada ou não, com fricção e/ ou cisalhamento<sup>1</sup>.

A pressão sobre a proeminência óssea prejudica a circulação sanguínea favorecendo a morte celular e o consequente aparecimento da LPP em locais de maior risco, como as regiões occipital, escapular, cotovelo, sacral, ísquio, trocanter, crista ilíaca, joelho, maléolo e calcâneo.

O ambiente hospitalar destaca-se como local no qual os sujeitos podem estar expostos a diversos fatores de risco como a instabilidade hemodinâmica, a mobilidade física prejudicada, o estado geral de saúde comprometido e a condição nutricional<sup>2</sup>.

O enfermeiro deve adotar medidas preventivas, para a manutenção da integridade da pele dos pacientes, dando ênfase aos que apresentam fatores de risco através da avaliação da escala de Braden com pontuação menor que 18 e seu julgamento clínico. Essa escala é um instrumento

que foi desenvolvido em meados da década de 80 e adaptado ao Brasil em 1999<sup>3</sup>. É uma escala padronizada pela a sociedade Norte Americana de cuidados hospitalares. Esta avaliação por meio desta escala possibilita uma quantificação, por meio de pontos numéricos de um a quatro, exceto fricção e cisalhamento, cuja medida varia de um a três<sup>4</sup>.

A identificação dos fatores individuais de risco é útil para direcionar o processo de cuidado incorporado no Processo de Enfermagem (PE), o qual é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. De acordo com a resolução do COFEN 359/2009, o PE é composto por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes<sup>5</sup>.

A primeira etapa é Coleta de dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem (HE) que inclui exame físico, obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e respostas em um dado momento do processo saúde doença, é nessa etapa que o Enfermeiro deve investigar fatores de risco para o desenvolvimento a LPP utilizando escalas de predição<sup>5</sup>. A segunda etapa é o Diagnóstico de Enfermagem (DE) que consiste em interpretar e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que complementam a tomada de decisão sobre as definições dos DE, que dá base para a seleção das ações ou intervenções com que se objetiva alcançar os resultados esperados. Conforme a NANDA existem cinco DEs relacionados à integridade da pele e tecidos, bem como: Integridade da pele prejudicada; Risco de integridade da pele prejudicada; Integridade tissular prejudicada; Risco de integridade tissular prejudicada; Risco de lesão; Risco de úlcera por pressão e Risco de lesão por posicionamento Peri operatório<sup>5,6</sup>.

A terceira etapa do PE é realizada o Planejamento de Enfermagem (PE) na qual consiste em delimitar os resultados que se espera alcançar através de intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas do indivíduo em um dado momento do processo saúde e doença identificada nas etapas anteriores. Já a quarta etapa, procede-se a Implantação de Enfermagem (IE), esse processo deve ser estruturado com base nos DE e nos resultados esperados para o cuidado ser eficaz, apresentando uma proposta ao atendimento e cuidado, direcionando a Equipe de Enfermagem nas ações a serem realizadas, através da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). No contexto da LPP, devem-se implantar ações voltadas para sua prevenção ou tratamento no processo de cicatrização ou cura<sup>7</sup>. E por fim, a quinta etapa consiste a Avaliação de Enfermagem, que é um processo deliberativo, sistemático e contínuo de verificação das mudanças de respostas da pessoa, família ou coletivo, para determinar se as ações ou IE alcançaram os resultados esperados ou se há necessidade de alterar ou adaptar algum elemento nas etapas anteriores do PE<sup>5</sup>.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), no ano de 2013 propôs a avaliação de risco para surgimento da LPP na admissão do paciente, reavaliação de risco diária, inspeção diária da pele, averiguação da hidratação cutânea, cuidados referentes à nutrição e hidratação, minimização de áreas de pressão além da sugestão de instrumentos padronizados para avaliação de risco, sendo indicada a escala de Braden e a classificação das lesões mudança de decúbito<sup>8</sup>.

Nesse contexto, o presente estudo busca descrever os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem mais frequentes no cuidado do paciente com risco de LPP aplicando o Processo de Enfermagem (PE) com base a um relato de experiência vivenciado no estágio curricular obrigatório do curso de Enfermagem em um hospital de grande porte no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul-RS.

A escolha do tema LPP se justifica com base nos estudos que apontam que a LPP está diretamente associada à qualidade assistencial, ou seja, se um paciente que possui risco para LPP não a desenvolve, pode-se deduzir que ele, dentre outras coisas, foi submetido a cuidado eficiente por parte da equipe de enfermagem. Além de que, a LPP influencia drasticamente nas repercussões diretas no desconforto e dor ocasionados aos pacientes acometidos por essas lesões<sup>9</sup>.

Outro estudo desenvolvido em pacientes institucionalizados num hospital do Meio Oeste Catarinense para identificar os fatores de riscos associados ao desenvolvimento de úlcera por pressão e as necessidades humanas básicas afetadas constatou que o desenvolvimento de úlcera por pressão envolve riscos predisponentes; atividade física e cutaneomucosa prejudicada. Além disso, as necessidades humanas básicas mais afetadas foram oxigenação, alimentação, eliminação, sono e repouso e higiene pessoal, fatores que podem contribuir substancialmente para o aparecimento de LPP<sup>10</sup>.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. Realizado em hospital universitário (HU) na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em uma unidade de internação (UI) clínica e cirúrgica. Utilizou-se técnica metodológica de observação direta ativa, assim como, a aplicação do PE, o qual estava proposto como uma das atividades prevista para o estágio curricular obrigatório segundo a ementa no plano de ensino da Universidade- Realizar a gestão do cuidado, por meio da SAE e aplicar o PE.

Utilizou-se o modelo teórico de Wanda Horta, que visa abordar a identificação das necessidades humanas básicas afetadas pelo processo saúde-doença e a teoria da

adaptação de Callista Roy (1970) que defende que as respostas do indivíduo na forma de controle do processo que se constituem no mecanismo de enfrentamento de cada sujeito<sup>11</sup>.

O estágio foi realizado a partir do dia 2 de março a 01 de junho, na qual, se observou os casos de adultos ou idosos que apresentavam risco para LPP, definido pelo escore menor que 16 na escala de Braden utilizando o PE como instrumento organizacional do cuidado seguindo os seguintes passos: anamnese; exame físico; avaliação de escore da escala de Braden; identificar as necessidades de cuidado elencando os DE segundo a Taxonomia II da NANDA e as intervenções de enfermagem relacionadas aos diagnósticos e os resultados esperados foi identificada de acordo com a NIC<sup>3,6</sup>. Os dados coletados foram registrados em diário de campo, sendo este um instrumento que permite a sistematização das informações coletadas. A análise do conteúdo foi de forma exploratória e descritiva, utilizando tabela do Excel para melhor clareza e exploração do conteúdo. Para seleção dos DE e cuidados de enfermagem mais usada, optou-se por DEs e cuidados que repetissem mais de três vezes em pacientes diferentes, excluindo os demais.

### 3. DISCUSSÃO

#### Relato de experiência

Na unidade tinha trinta e três leitos, na qual, todos os pacientes eram avaliados pelo Enfermeiro ou acadêmico de Enfermagem no momento da admissão, com vistas à verificação da presença de LPP/UP e estratificação de risco para o desenvolvimento da LPP através da aplicação da escala de Braden<sup>3</sup> e julgamento clínico, o qual era anexado ao prontuário impresso e eletrônico do paciente.

A escala de Braden varia de seis a 24 pontos na avaliação de seus seis domínios (percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento), sendo que os escores de 15 a 16 correspondem a um risco leve, de 12 a 14 um risco moderado, e inferiores a 11 um risco alto para o desenvolvimento de UP<sup>3</sup>. No vigente setor da vivência, reavaliava-se o escore da escala seguindo os seguintes critérios: se o escore da Braden era maior que 13, se reavaliava a cada sete dias ou quando houvesse mudança no quadro clínico do paciente; ou se era igual ou menor que 13, se reavaliava a cada sete dias e era inspecionada diariamente a pele do paciente.

Os DE mais frequentes para quem apresentava risco para LPP eram: Risco de infecção; Integridade da pele prejudicada; Risco de integridade da pele prejudicada; Integridade tissular prejudicada; Risco de lesão por pressão; Mobilidade física prejudicada, Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais; Padrão respiratório ineficaz; Dor aguda; Risco de quedas.

Os DE Risco de infecção, Risco de quedas, Risco de

integridade da pele prejudicada e Risco de lesão são DE clássicos no cenário hospitalar, prevalecendo a fatores associados a tempo de internação prolongado, idade avançada, sobre peso, procedimentos invasivos e diagnósticos secundários<sup>12</sup>.

O DE Risco de infecção é definido como: risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos<sup>6</sup>. Foi um dos DE mais utilizados, assim como em outro estudo<sup>13</sup>. Os cuidados mais prescritos para esse DE foram: Implantar cuidados para punção venosa; trocar extensor de acesso venoso a cada quatro dias; trocar tampa de acesso venoso quando necessário; observar sinais de infecção; observar condições da ferida operatória; observar pertuito e locais de inserção de cateteres ou outros dispositivos; realizar curativo; higienizar as mãos com gel alcoólico antes e depois de cada procedimento; estimular cuidados de higiene.

O DE Risco de quedas (RQ) é definido suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico<sup>6</sup>. Os fatores de risco relacionados à predição para RQ podem ser identificados através de escalas que mensuram numericamente essa pré-disposição a tal evento; no cenário o qual foi realizado o estágio, utilizava-se a escala de Morse para mensurar essa predição e a partir da avaliação do escore era proposto o DE de RQ e prescrito os seguintes cuidados: Manter cama na posição mais baixa; Manter campainha perto do paciente; Manter grades do leito elevadas; Manter pertences próximo ao paciente; Auxiliar durante a deambulação; Auxiliar durante a troca de roupas; Levantar paciente ao banheiro; Auxiliar paciente no banho de chuveiro; Oferecer cadeira de rodas quando necessário; Monitorar pulseira de sinalização de RQ. Todos os pacientes que o escore da avaliação da escala de Morse era maior que 35, eram identificados com uma pulseira amarela no braço para sinalizar aos profissionais de saúde que o paciente tinha RQ.

O DE Integridade da pele prejudicada é definido como epiderme e/ou derme alteradas<sup>6</sup>. E na sua maioria estão relacionados a fatores de circulação prejudicada; fatores mecânicos; déficit/ excesso nutricional; extremos de idade; imobilização física. Os cuidados mais prescritos para esse DE foram: Proteger a pele para evitar rompimento; inspecionar a pele em pontos hiperemiados ou isquêmicos; implantar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão; avaliar aspecto da ferida operatória; manter curativo limpo e seco externamente; registrar aspecto da lesão; estimular cuidados de higiene. Auxiliar na mudança de decúbito; realizar mudança de decúbito; sentar paciente na cadeira.

Os mesmos cuidados de enfermagem se aplicavam aos DEs Risco de integridade da pele prejudicada; Integridade tissular prejudicada; Risco de lesão por pressão, acrescentando a esses DEs os cuidados: Observar condições do pernéo; realizar rodízio nas aplicações subcutâ-

neas registrando o local; manter colchão piramidal; aplicar triglicérido de cadeia média- TCM, na pele íntegra após banho; realizar higiene perianal após evacuações; realizar banho no leito. Outros estudos corroboram que esses cuidados são mais associados a estes Des<sup>14,15</sup>.

Estudo que sintetizou as evidências disponíveis na literatura acerca dos fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem do Domínio Segurança/Proteção e eventos adversos correlacionados em pacientes hospitalizados concluiu que os fatores de risco mais prevalentes foram tempo de internação prolongado, idade avançada e sobrecarga dos profissionais de enfermagem<sup>16</sup>. O mesmo estudo sinalizou que o Risco de lesão apresentou o maior número de fatores de risco sem correspondência NANDA Internacional (NANDA-I), denotando necessidade de estudos mais aprofundados na temática<sup>16</sup>.

O DE de Padrão Respiratório Ineficaz é descrito como inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada<sup>6</sup>. Esse DE está associado na maioria dos pacientes com estado cardiopulmonar comprometido ou alterado, o qual apresenta uma incidência e prevalência alta de casos; um estudo realizado em um hospital universitário no sul do Brasil apontou que os DEs Padrão Respiratório Ineficaz e Ventilação Espontânea Prejudicada como sendo o mais prevalente dentro das necessidades psicobiológica de oxigenação<sup>17</sup>. Os cuidados mais prescritos para esse DE foram: Manter cabeceira elevada; implantar cuidados com oxigênio terapia; vigiar sensorio; verificar sinais vitais; verificar oximetria; manter vigilância constante; comunicar mudança no padrão ventilatório; comunicar alteração no ritmo e/ou na frequência cardíaca.

Em um estudo que buscou identificar DE reais e propostas de intervenções a pacientes vítimas de múltiplos traumas; verificou-se que para o DE Padrão Respiratório Ineficaz os cuidados eram semelhantes a esses mencionados, porém escritos de outra forma: Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço na respiração; Monitorar ocorrência de respiração ruidosa, com sibilos ou roncos; Registrar mudanças no SO<sub>2</sub>, SvO<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub>, mudanças nos valores da gasometria conforme apropriado; Monitorar aumento da inquietude, ansiedade e falta de ar<sup>15</sup>.

O DE Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais são definidas como Ingestão insuficiente de nutrientes para atender as necessidades metabólicas<sup>6</sup>. Normalmente associado ao estado nutricional ou peso: massa corpórea alterada; os indicadores mais utilizados na avaliação do estado nutricional de uma pessoa são a estatura, o peso e o índice de massa corporal (IMC). Os cuidados de enfermagem mais frequente para esse DE eram: Comunicar aceitação da dieta; comunicar sinais de hipo/hiperglicemia; implantar cuidados na verificação da glicemia capilar; pesar paciente em sete em sete dias e monitorar náuseas e vômitos.

O DE Mobilidade física prejudica é definido como li-

mitação no movimento físico independente e com uma finalidade, do corpo, ou de uma ou mais extremidades<sup>6</sup>. Normalmente esse DE está associado a pacientes com desempenho da mecânica corporal alterado devido diversos fatores, dentre os mais acometidos é trauma mecânico. Os cuidados de enfermagem devem considerar que a mobilidade do paciente está diretamente relacionada com a independência da pessoa e que o entendimento sobre os aspectos psicossociais é de suma importância para o cuidado de cada indivíduo<sup>18</sup>. Os cuidados mais prescritos para esse DE são similares aos RQ.

O DE Dor Aguda foi encontrado em quase todos os pacientes, talvez, por justamente ela ser um grande desencadeador para as pessoas procurarem assistência médica. Esse DE é definido como experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses<sup>6</sup>. Segundo a Associação Internacional para Estudos da Dor<sup>19</sup>, a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável, na qual, cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências prévias traumática”. Acredita-se que a saúde de todos os doentes deve incluir a avaliação da dor e do seu impacto sobre os doentes, esforços especiais por parte dos profissionais de saúde para controlar a dor e entendê-la<sup>19</sup>. Sugere que os componentes críticos do processo de avaliação da dor incluem: localização; descrição; intensidade; duração; fatores de alívio e agravamento. É fundamental a avaliação e a mensuração da dor, devido o papel que desempenha tanto no diagnóstico, como na terapêutica visando à melhora do quadro geral das pessoas acometidas<sup>20</sup>. Os cuidados de enfermagem utilizados para esse DE foram: Avaliar a característica, localização e intensidade da dor utilizando escala categórica verbal; administrar analgesia após avaliação do enfermeiro; reavaliar a dor de 30 minutos à 1 hora após manejo; promover segurança e conforto; evitar procedimentos durante o sono do paciente; explicar previamente os procedimentos; tranquilizar paciente; registrar a dor como o quinto sinal vital. Utilizava-se no setor uma escala, na qual, era numerada de 0 a 10 e explicava ao paciente de que 0-3 era uma dor leve, 4-7 moderada e 8-10 forte e que dependendo da pontuação e avaliação clínica se administrava determinados medicamentos.

A determinação da sensibilidade, especificidade e poder preditivo dos sinais clínicos associados com um DE são uma parte importante na consolidação de uma assistência de enfermagem organizada e qualificada, que por sua vez, é uma parte essencial do processo de enfermagem – a avaliação, o diagnóstico, a intervenção e a avaliação de resultados. Fez-se muito válido tal experiência visualizando e explorando as dimensões que o PE consegue contemplar ao paciente e a equipe. Considerando também,

que a inserção dos acadêmicos na prática serve para desenvolver a reflexão sobre o cuidado, não só na perspectiva do paciente, mas também de todos os envolvidos no processo da saúde/doença.

#### 4. CONCLUSÃO

A partir de tal vivência, percebe-se que os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes aos pacientes com Risco de Lesão por Pressão em um hospital universitário no Sul do Brasil são: Risco de infecção; Integridade da pele prejudicada; Risco de integridade da pele prejudicada; Integridade tissular prejudicada; Risco de lesão por pressão; Mobilidade física prejudicada; Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais; Padrão respiratório ineficaz; Dor aguda e Risco de quedas.

Evidenciou-se que tais diagnósticos de enfermagem compreendem uma linguagem técnica científica internacional encontrado na NANDA internacional (NANDA I).

Os cuidados de enfermagem mais frequente abordaram os seguintes aspectos: proteção contra infecção; manutenção das condições basais do organismo, promoção da cicatrização, controle da dor, troca gasosa adequada, promoção do conforto e prevenção de complicações.

Neste sentido, recomenda-se que se adotem mais as taxonomias oficiais do NIC nos estudos que envolvam o processo de enfermagem para qualificar cada vez mais a prática de enfermagem.

#### REFERÊNCIAS

- [1] NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Stages Revised. Washington, 2016. Disponível em: <http://www.npuap.org/about-us/>
- [2] Pereira, M.O.; Ludvich, S.C.; Omizzolo, J.A.E. Segurança do paciente: prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. Revista Inova Saúde, Criciúma; 2016; v. 5, n. 2, p. 29-44. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/3009/2780>
- [3] Paranhos WY, Santos VL. Avaliação de risco para úlceras por pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Rev. Esc. Enferm USP. 1999; v. 33, n. esp., p. 191-206.
- [4] Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. Rehabil Nurs. 1987; v. 12, n. 1, p. 8-12.
- [5] COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN – 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da assistência de Enfermagem e a implantação do processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html).
- [6] Herdman H, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações. São Paulo: Artmed, 2015.
- [7] Bulechek GM, et al. Nursing Intervention Classification (NIC). 6.ed. Philadelphia: Elsevier, 2013.
- [8] Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 02: Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. Brasília, 2013a. Disponível em: [file:///C:/Users/Taciana/Downloads/protoc\\_ulceraPres-sao.pdf](file:///C:/Users/Taciana/Downloads/protoc_ulceraPres-sao.pdf)
- [9] Brasil. Portaria MS/GM 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília; 2013b. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>
- [10] Ascari RA, Veloso J, Silva OM, Kessler M, Jacoby AM, Schwaab G. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 2014; v. 6, n. 1, p. 11-16. Disponível em: [http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301\\_132755.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301_132755.pdf)
- [11] Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo. EDUSP, 1979. 99 p.
- [12] Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, Cordeiro DO, Rosa EG; Rocha NA. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. Revista de Enferm do Centro Oeste Mineiro: RECOM, 2016; v. 6, n. 2, p. 2292-2306. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423/1111>
- [13] Souza TM, Carvalho R, Paldino CM. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. Rev. SOBECC, 2012; v. 4, n. 17, p. 33-47. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/2.pdf>
- [14] Pereira AGS, Santos CT, Menegon DB, Mello B, Azambuja F, Lucena AF. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. Rev Esc Enferm USP, 2014, v. 48, n. 3, p. 454-461. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/84110/86978>
- [15] Bertoncello KCG, Cavalcant CD'K, Ilha P. Diagnósticos reais e proposta de intervenções de enfermagem para os pacientes vítimas de múltiplos traumas. Rev. Eletr. Enferma., 2013; v. 15, n. 4, p. 905-914. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n4/pdf/v15n4a07.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/pdf/v15n4a07.pdf)
- [16] Moura LA, Araújo JNM, Pitombeira DO, Fernandes APNL, Botarelli FR, Vitor AF. Fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/ proteção: revisão integrativa. Cogitare Enferm, 2016; v. 21, n. 4, p. 1-8. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/12/45145-189353-1-PB.pdf>
- [17] Canto DF, Almeida MA. Resultado de Enfermagem para Padrão Respiratório Ineficaz e Ventilação Espontânea Prejudicada em terapias intensivas. Revista Gaúcha de Enferma., 2013; v. 34, n. 4, p. 137-145. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/97172/000915507.pdf?sequence=1>
- [18] Paula JM, Sawada NO, Nicoluss AC, Andrade CTAE, Andrade V. Qualidade de vida de idosos com mobilidade física prejudicada. Rev. Rene, 2013, v. 14, n. 6, p. 1224-1231. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3748/2968>
- [19] Kopf A, Patel NB. Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. In: Associação Internacional

para o Estudo da Dor, 2010. 418 p. Disponível em: [https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement\\_Portuguese.pdf](https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf)

- [20] Nascimento JCC, Silva LCS. Avaliação da dor em pacientes sob cuidados em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão de literatura. Rev. Movimenta, 2014, v. 7, n. 2, p. 711-720. Disponível em: <http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/view/688/55798-103>