

Silvana Abrantes Vivacqua

**PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO:
um estudo avaliativo do cuidado de enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação da Fundação Cesgranrio,
como requisito para a obtenção do título
de Mestre em Avaliação

Orientadora: Profa. Dra. Ligia Gomes Elliot

Rio de Janeiro
2011

V855 Vivacqua, Silvana Abrantes.
Prevenção e tratamento de úlceras por pressão: um estudo
avaliativo do cuidado de enfermagem / Silvana Abrantes Vivacqua.
– 2011.
86 f. ; 30 cm.
Orientadora: Profa. Dra. Ligia Gomes Elliot.
Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação)–Fundação
Cesgranrio, Rio de Janeiro, 2011.
Bibliografia: f. 74-78.

1. Úlceras de decúbito – Prevenção. 2. Enfermagem – Avaliação.
3. Protocolos médicos – Avaliação. I. Elliot, Ligia Gomes. II. Título.

CDD 615.545

Ficha catalográfica elaborada por Vera Maria da Costa Califfa (CRB7/2051)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

SILVANA ABRANTES VIVACQUA

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO:
um estudo avaliativo do cuidado de enfermagem

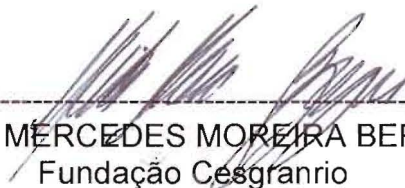
Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação da Fundação Cesgranrio,
como requisito para a obtenção do título
de Mestre em Avaliação

Aprovada em 19 de dezembro de 2011

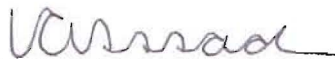
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. LIGIA GOMES ELLIOT
Fundação Cesgranrio



Prof^ª. Dr^ª. MERCEDES MOREIRA BERENGER
Fundação Cesgranrio



Prof^ª. Dr^ª. LUCIANA GUIMARÃES ASSAD
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

A minha mãe, Maria José, que com toda a sua limitação fez todos os sacrifícios possíveis para educar-me.

A meu marido Henrique que com seu companherismo sempre estimulou meu crescimento e ajudou a construir a nossa família com esforço e bons exemplos.

Aos meus filhos Felipe, Daniel, Marcela, Paula e Fernanda, que sempre me incentivaram e compreenderam a minha ausência em prol do meu crescimento profissional.

Aos meus irmãos Patricia, Bolivar e José, que sempre me estimularam e acompanharam esta caminhada.

Ao Jerry e Rosália, pela dedicação no meu dia a dia.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ligia Gomes Elliot pela paciência, delicadeza, confiança, carinho, motivação, firmeza nos ensinamentos, meu eterno respeito e gratidão.

À Professora Doutora Luciana Guimarães Assad que com simplicidade, sabedoria e grande amizade foi minha co-orientadora.

À Professora Doutora Mercedes Moreira Berenger que em sua disciplina me mostrou o enorme caminho a percorrer na área de pesquisa, avaliação e educação.

Aos Docentes do Mestrado em Avaliação da Fundação Cesgranrio, pelos ensinamentos adquiridos e os laços de amizade que serão lembrados.

Aos funcionários Nilma Gonçalves Cavalcante, Valmir Marques de Paiva, Vera Maria da Costa Califfa, Ivan Gonçalves e Cristina pela paciência, carinho e eficiência.

Aos colegas do Mestrado, Turma 2010, que deixarão saudades e que acompanharam este caminhar.

À Superintendente do Consórcio Brasileiro de Acreditação e Sistemas de Saúde, Maria Manoela Pinto Carneiro Alves dos Santos, pela confiança, ensinamentos e incentivos em vários momentos da minha vida.

Aos colegas do Consórcio Brasileiro de Acreditação e funcionários, pela amizade e incentivo.

Aos colegas enfermeiros e auxiliares de enfermagem, não quero citar nomes, pois o espaço não seria suficiente ou poderia esquecer alguém, frente a tantos companheiros especiais, a certeza de um caminhar partilhado na ética e confiança.

Aos profissionais da Unidade de Cuidados Intensivos que colaboraram com este estudo.

À Equipe de Enfermagem e à instituição de saúde da qual partilhei e trabalhei em prol em toda minha vida profissional.

RESUMO

As úlceras por pressão afetam pessoas de todos os grupos etários e socioeconômicos e constituem um problema comum a muitos países do mundo, atingindo a todos os níveis assistenciais de saúde. Por esse motivo, o estudo avaliou a utilização de um protocolo institucional, contendo medidas de prevenção e tratamento das úlceras por pressão. Da abordagem avaliativa proposta por Stufflebeam e colaboradores (1971), conhecida pelo anagrama CIPP (contexto, insumo, processo, produto), foi adotada a avaliação de processo a partir da observação das atividades assistenciais de trabalho durante seis turnos consecutivos da equipe de enfermagem, em novembro de 2011, em um hospital geral no Rio de Janeiro. Foram entrevistados 13 enfermeiros e 24 auxiliares de enfermagem que atuavam na Unidade de Cuidados Intensivos na sua rotina de trabalho. Por meio da técnica da triangulação foi processado o cruzamento entre diferentes fontes de informação: análises documentais, observações e respostas dos profissionais. Os resultados mostraram a qualificação, a experiência da equipe e a verificação dos registros de enfermagem que evidenciavam suas ações, facilidades e dificuldades para a implantação do protocolo. Foi observada a ausência do registro da Avaliação do Grau Risco para Úlceras por Pressão, descontinuidade dos cuidados e a não aplicação do protocolo por diversos fatores. Em face deste quadro, há necessidade da adoção de um programa de avaliação de desempenho dos profissionais e dos gestores para sensibilizar os profissionais, manter uma educação continuada e tornar a prevenção de úlcera por pressão uma política pública, frente ao aumento da longevidade da população, aos danos causados aos pacientes, familiares e aos altos custos gerados por problemas que podem ser evitados. Embora a enfermagem utilize algumas práticas preventivas de úlceras de pressão, suas ações não são realizadas de forma sistemática devido a fatores que dificultam essas ações, principalmente fatores relativos a questões institucionais. Fica claro que não só o conhecimento sobre o assunto, mas também uma implementação eficaz de ações preventivas, poderão gerar uma assistência de enfermagem de qualidade.

Palavras-chave: Úlceras por pressão. Avaliação. Protocolo. Prevenção.

ABSTRACT

Pressure ulcers affect people of all ages and socioeconomic levels besides being a common problem to many countries around the world reaching all levels of health care. For this reason, this study evaluated the use of an institutional protocol containing measures for the prevention and treatment of pressure ulcers. It adopted a process evaluation from the approach proposed by Stufflebeam and collaborators (1971) known as CIPP (context, input, process, product). Thus, the study was delineated to observe work processes during six consecutive shifts of nursing team in November 2011, in a general hospital in Rio de Janeiro. A team of 13 nurses and 24 nurses' technician that work in the Intensive Care Unit were interviewed. Through the triangulation technique, different sources of information such as documents analysis, observations, comments and responses from professionals were compared. The results showed team qualification, experience and the verification of nursing records about their activities, easiness and difficulties for the Protocol implementation. It was observed that there is a need for the adoption of an evaluation program of nurse professionals and managers' performances, keeping up a continuum education program, sensitizing professionals and turning the pressure ulcers prevention a public policy which considers population longevity, damages caused to patients and family members, and also high costs that can be avoided. Although the nursing does some preventive procedures concerning to pressure ulcers, this procedures are not carried on systematically due to institutional issues. It is clearly that not only the knowledge on the subject, but also an effective implementation of preventive actions will generate a better quality of nursing assistance.

Keywords: Pressure ulcers. Evaluation. Protocol. Prevention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Categorias, indicadores e padrões para a elaboração do instrumento.....	16
Figura 1	Estágio I.....	20
Figura 2	Estágio II.....	20
Figura 3	Estágio III.....	21
Figura 4	Estágio IV.....	21
Quadro 2	Causas de úlceras por pressão.....	37
Quadro 3	Ações preventivas por úlceras por pressão.....	37
Gráfico 1	Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos com experiências anteriores no tratamento de úlcera por pressão fora do setor nos últimos 12 meses, por plantão.....	48
Gráfico 2	Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos que tiveram treinamento específico no hospital nos últimos 2 meses, por plantão.....	48
Gráfico 3	Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos que adquiriram conhecimento em cursos externos por conta própria nos últimos 12 meses, por plantão.....	49
Gráfico 4	Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos com segurança em aplicar a escala de avaliação de risco para úlcera por pressão (Braden), por plantão.....	50
Gráfico 5	Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos que sabem definir a conduta de acordo com o estágio da úlcera por pressão, por plantão.....	51
Gráfico 6	Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos com necessidade de treinamento, por plantão.....	52
Gráfico 7	Auxiliares de Enfermagem com experiências anteriores no tratamento de úlcera por pressão fora do setor nos últimos 12 meses, por plantão.....	55
Gráfico 8	Auxiliares de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos que tiveram treinamento específico no hospital nos últimos 12 meses, por plantão.....	55
Gráfico 9	Auxiliares de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos que adquiriram conhecimento em cursos externos por conta própria sobre prevenção e tratamento de Úlceras por Pressão nos últimos 12 meses, por plantão.....	56
Gráfico 10	Dificuldades para implementação das medidas de prevenção estabelecidas nos protocolos pelos Auxiliares de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos, por plantão.....	57
Gráfico 11	Elementos facilitadores para implementação das medidas de prevenção estabelecidas nos protocolos pelos Auxiliares de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos, por plantão.....	59
Gráfico 12	Tempo médio gasto em minutos, por plantão, por equipe de enfermagem em medidas de prevenção e tratamento da úlcera por pressão, no momento de higienização de 10 pacientes internados na Unidade de Cuidados Intensivos.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Registro em prontuário da avaliação de risco de úlcera por pressão (Escala de Braden), nas primeiras 12h após a internação no hospital.....	44
Tabela 2	Registro da conduta traçada de acordo com o instrumento de Integridade da Pele e Tecidos adotados pela instituição.....	46
Tabela 3	Tempo de lotação dos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos, em meses, por plantão.....	47
Tabela 4	Dificuldades para implementação das medidas de prevenção estabelecidas nos protocolos pelos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos, por plantão.....	52
Tabela 5	Elementos facilitadores para implementação das medidas de prevenção estabelecidas nos protocolos pelos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos, por plantão.....	53
Tabela 6	Tempo de lotação dos Auxiliares de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos, em meses, por plantão.....	54
Tabela 7	Presença de enfermeiro durante o cuidado/prevenção por paciente/plantão.....	59
Tabela 8	Tempo médio gasto em minutos por paciente com medidas de prevenção e tratamento da úlcera por pressão por plantão, considerando o momento da rotina de higienização do início do plantão de 12h.....	60
Tabela 9	Estágio da úlcera por pressão respondido pelo profissional e Enfermeiro/Auxiliar de Enfermagem durante o cuidado.....	63
Tabela 10	Número de úlcera por pressão por paciente registrado no prontuário.....	64
Tabela 11	Número de enfermeiros presentes para prestar os cuidados aos 10 pacientes nas 12h.....	65
Tabela 12	Técnicos de enfermagem escalados para cuidar dos 10 pacientes nas 12h.....	66

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	OBJETIVO E IMPORTÂNCIA DO ESTUDO.....	15
1.2	QUESTÕES AVALIATIVAS.....	16
2	ÚLCERAS POR PRESSÃO	18
2.1	FATORES CAUSAIS.....	18
2.2	ESTÁGIOS/TIPOS DE ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	20
2.3	CICATRIZAÇÃO.....	23
2.4	DISPOSITIVOS UTILIZADOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO.....	23
2.5	MEDIDAS PREVENTIVAS.....	25
2.6	ASPECTOS LEGAIS.....	28
2.7	ESCALAS DE AVALIAÇÃO.....	31
2.8	CUSTOS.....	32
2.9	O PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM.....	33
2.10	O PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES.....	36
3	METODOLOGIA	39
3.1	ABORDAGEM AVALIATIVA.....	39
3.2	PARTICIPANTES.....	40
3.3	INSTRUMENTOS.....	40
3.4	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4	RESULTADOS, CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	44
4.1	REGISTRO DA AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	44
4.2	PERFIL DOS ENFERMEIROS FRENTE À PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	47
4.3	PERFIL DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM FRENTE À PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	54
4.4	A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM DURANTE AS AÇÕES DE PREVENÇÃO E OU TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO DE ACORDO COM O PROTOCOLO.....	59
5	CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	68
5.1	CONSIDERAÇÕES.....	68
5.2	RECOMENDAÇÕES.....	71
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICES	79
	ANEXOS	84

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica é um fenômeno mundial decorrente do declínio da taxa de fecundidade, da diminuição da taxa de mortalidade e do aumento da expectativa de vida, refletindo diretamente no perfil etário da população, ou seja, no envelhecimento desta. Para Araujo (2006 apud CARVALHO; GARCIA, 2003) o fenômeno, há muito verificado em países desenvolvidos, vem sendo observado nos países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil. O envelhecimento nem sempre é saudável. Estudos realizados no Brasil demonstram que cerca de 90% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e, em torno de 10%, até cinco tipos dessas enfermidades (SILVESTRE; COSTA, 2003). A ocorrência das úlceras por pressão tem aumentado com o envelhecimento da população, estando associada às doenças crônico-degenerativas, consideradas como um dos fatores predisponentes (DEALEY, 1996).

Considera-se úlcera por pressão uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada, fricção¹, cisalhamento², ou combinação destes (BLANES et al., 2004). A úlcera por pressão é considerada uma iatrogenia³ com componente causal extrínseco e intrínseco podendo, na maioria das vezes, ser prevenida.

As úlceras por pressão constituem motivo de preocupação para as instituições e profissionais da área da saúde, em virtude das possibilidades de sanção legal que podem advir a partir da sua ocorrência notadamente no que diz respeito à enfermagem, pelo envolvimento direto desta no cuidado prestado aos pacientes (HAMPTON; COLLINS, 2005). A equipe de enfermagem tem papel preponderante, pois através do tratamento e sistematização do cuidado responde pelas ações de preservação da integridade da pele.

Conhecidas vulgarmente como “escaras”, podem levar ao óbito por septicemia, quando associadas a doenças graves ou terminais. A condição imposta aos pacientes e familiares, representa uma sobrecarga física, emocional e social, contribuindo para o decréscimo da qualidade de vida e o aumento do índice de

¹ Força de duas superfícies deslizando uma sobre a outra (COUTINHO, 1960, p. 801).

² Força aplicada paralelamente à superfície, criando deformação internamente em direção angular (COUTINHO, 1960, p. 803).

³ Estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por ou resultantes do diagnóstico ou tratamento médico; o termo deriva do grego *iatros* (médico, curandeiro) e *genia* (origem, causa), pelo que pode aplicar-se tanto a efeitos bons ou maus (FERREIRA, [2006]).

morbimortalidade, ou seja, de impacto das doenças e dos óbitos que incidem em uma população. Além disso, a ocorrência de úlceras por pressão resulta no incremento dos custos de manutenção dos serviços de saúde, em virtude do maior tempo de hospitalização demandado e dos cuidados.

Além das doenças crônicas, os idosos também se defrontam, rotineiramente, com alterações anatômicas e funcionais impostas por sua natural maturação biológicas, as quais associadas às doenças crônico-degenerativas podem levar à restrição de mobilidade e, conseqüentemente, à perda de autonomia (DUARTE; DIOGO, 2000).

A população idosa é definida como aquela a partir dos 60 anos de idade. Para os países em desenvolvimento, este limite aumenta para 65 anos de idade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

As tendências verificadas sobre as taxas de fecundidade e longevidade da população brasileira, segundo estudos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelam estimativas para os próximos 20 anos. Essas estimativas indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas ao final deste mesmo período, chegando a representar em torno de 13% da população. As projeções demonstram que, em 2025, o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo. O grupo etário acima de 65 anos deverá representar cerca de 19% da população brasileira (IBGE, 2008).

A mudança do perfil etário da população leva, por conseguinte, à alteração do padrão das doenças mais comuns. Ter-se-á, portanto, maior incidência das doenças crônicas e das disfunções comuns ao envelhecimento, além das quedas que representam fator de limitação da mobilidade e conseqüente aumento da dependência.

Vale ressaltar que, dependendo das medidas de prevenção adotadas, a úlcera atinge a todas as faixas etárias dependendo das condições de alívio da pressão, nutrição, patologias e medicações associadas. Nesse problema de saúde, a enfermagem exerce um papel fundamental, à medida que possui ações determinantes na sua prevenção e tratamento.

Na relação custo e tratamento, Bergstrom e colaboradores (1996) fazem referência à dificuldade em efetivar a estimativa do mesmo. Muitas vezes, as úlceras por pressão não são registradas por não serem o diagnóstico primário, dificultando,

desta forma, a identificação da totalidade dos casos e, portanto, do cálculo de seu custo real.

Dentre os problemas decorrentes de úlcera por pressão cita-se a dor e o desconforto que afligem e desencorajam os pacientes. É uma porta de entrada para infecções, pois atinge a integridade da pele, diminui a irrigação sanguínea na área dificultando a recuperação. Como resultado, ocorre o aumento do tempo de permanência do paciente no hospital e o número de horas gastas pela equipe de enfermagem no tratar a lesão. Aumenta assim o custo da internação, pois com um maior número de dias no hospital, o paciente deixa de se movimentar no leito, há um maior gasto de insumos tais como antibióticos, coberturas e dietas especiais. Há também o prejuízo financeiro do paciente e família, pois o mesmo deixa de produzir, ausentando-se do trabalho sendo muitas vezes o responsável pelo sustento familiar. Existe ainda o problema da autoestima, pois esteticamente o fato de ter uma lesão aparente, muitas vezes levando meses para tratá-la, pode trazer transtornos psicológicos.

Segundo o Painel Nacional de Orientação sobre úlcera por pressão (*National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP*), a prevalência de úlceras por pressão em Hospitais Gerais em todo o mundo é de 3% a 15%, em pacientes crônicos é de 15% a 25%, e em pacientes sob cuidados domiciliares, de 7% a 12% (EPUAP; NPUAP, 2009).

A realidade em Portugal, segundo comentam Gouveia e colaboradores (2004), é escassa em dados relativos a taxas de prevalência e incidência em meio hospitalar ou em Cuidados de Saúde Primários. Existem poucos estudos, sendo que os que existem apenas permitem inferir conclusões que podem apenas ser a “ponta do iceberg” de um problema de saúde pública como são as úlceras por pressão. Frente ao apresentado, percebe-se o envolvimento de instituições públicas e privadas no desenvolvimento de estratégias que possam minimizar a ocorrência das úlceras por pressão.

O Instituto para Melhoria da Qualidade para Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o processo de Acreditação realizado pela *Joint Commission International*/Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), com a visão de diminuir as iatrogênias, incluíram como meta internacional de segurança diminuir as úlceras por pressão.

Como iniciativa da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética e com o apoio da Associação Européia de Gerenciamento de Feridas (*European Wound Management Association - EWMA*), Grupo Nacional para Estudo e Assessoramento em Úlceras por Pressão e Feridas Crônicas (*Grupo Nacional para El Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas - GNEAUP*), Sociedade Ibero Latino Americana de Úlceras e Feridas (*Sociedad Ibero-latinoamericana em Úlceras y Heridas - SILAUHE*), Sociedade de Gerontologia, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Conselho Regional de Enfermagem (COREN), Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Estácio de Sá, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Hospitais Federais do Rio de Janeiro foi lançada a pré Campanha DIGA NÃO À ÚLCERA POR PRESSÃO no dia 12 de maio de 2010, Dia Internacional da Enfermagem. Esta pré-campanha também foi apresentada no Congresso Europeu de Feridas em Genebra para representantes de 43 países membros da EWMA. Esta idéia partiu de uma iniciativa da OMS e do Instituto para Melhoria do Cuidado em Saúde, que em 2006 inseriu entre suas metas de segurança e qualidade a meta de proteger os pacientes de 5 milhões de lesões causadas pela atividade médico hospitalar (iatrogênicas) nos próximos dois anos. A OMS, na Resolução 55.18 de Maio de 2000, com objetivo de tornar a segurança do paciente uma alta prioridade na agenda de políticas dos países membros, define dentre outras metas reduzir a próximo de zero a incidência de úlceras por pressão.

Dentro da campanha lançada, pretende-se fazer um movimento integrado e participativo. A idéia é expandir este movimento em outros países e implantar iniciativas de prevenção, possibilitando universalização de protocolos e medidas preventivas uma vez que as lesões provocadas causam muitos danos e altos custos na assistência onde a equipe de enfermagem está extremamente envolvida.

Cabe à enfermagem, através de seus conhecimentos específicos, estabelecer metas, utilizar escalas preditivas de avaliação de risco para implantar medidas de prevenção e tratamento da lesão estabelecendo um processo avaliativo contínuo preservando a integridade da pele (LOBOSCO, 2008). Prevenir a úlcera por pressão é, portanto, um compromisso ético principalmente da equipe de enfermagem, que deve buscar atualização e uma visão holística do paciente, influenciando na redução da carga de trabalho, no tratamento e na recuperação das lesões.

1.1 OBJETIVO E IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

As úlceras por pressão têm sido motivo de preocupação para as instituições e para os profissionais da área da saúde, em virtude das possibilidades das sanções legais, dos danos causados aos pacientes e agravamento de outros quadros ou patologias que podem ser demandadas a partir de sua ocorrência, com destaque para a enfermagem, pelo seu envolvimento direto com o cuidado prestado a esses clientes. A autora do presente estudo, membro da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética (SOBEENFE) e avaliadora de Acreditação Hospitalar, ao se deparar com sua realidade no campo institucional, percebeu lacunas administrativas tais como a falta de monitoramento da assistência e garantia do cuidado e segurança, ausência de informações e frente a esta realidade, o comprometimento frente a responsabilidade legal do exercício profissional junto ao COREN. Além disso, observou que vários pacientes são admitidos no hospital sem possuírem a úlcera por pressão e a adquirem durante a internação.

Tendo em vista a situação explanada, o objetivo deste estudo avaliativo foi avaliar as ações preventivas e de tratamento utilizadas pela equipe de enfermagem a partir da adoção de um protocolo institucional.

A relevância deste estudo se dá pelo caráter socioeconômico que apresenta, tendo em vista que, além do gasto em recursos financeiros que representa o tratamento de uma úlcera por pressão, uma ferida altera a imagem corporal, muitas vezes causando exclusão social, dor, sofrimento, odor, perda de líquidos por exsudatos e perda de funcionalidade no seio da família.

Poderá também fortalecer a necessidade de educação permanente para que as lideranças e profissionais valorizem a capacitação específica, manutenção de protocolos assistenciais, avaliação e a supervisão da aplicação dos mesmos.

A prevenção e tratamento das úlceras por pressão é relevante tanto para o cliente, como para a instituição, no que se refere a credibilidade e qualidade da assistência de enfermagem, entre outros aspectos. Vale também fazer referência ao tempo despendido pela equipe de enfermagem, pois cuidar de uma úlcera leva mais tempo para tratar do que prevenir a lesão na pele. Este tempo poderia ser destinado a outra atividade, atendendo a mais pacientes, pois muitas vezes as instituições trabalham com déficit de profissionais.

Outro fator importante é chamar atenção dos gestores sobre a importância de manter continuamente as instituições com os insumos necessários estabelecidos pelas comissões de curativos, definidos a partir de sociedades especialistas e estudos científicos, para a prevenção, tratamento da lesão e atendimento à pareceres técnicos, que auxiliam os profissionais a esclarecer dúvidas quanto a melhor conduta.

1.2 QUESTÕES AVALIATIVAS

As dimensões ou categorias traduzem as perguntas que levam a investigação segundo Cronbach (apud WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004).

Os indicadores apresentados no Quadro 1 foram os norteadores que deram visibilidade às questões avaliativas auxiliando na formulação dos instrumentos de observação sistemática, entrevistas e coleta de dados.

Quadro 1: Categorias, indicadores e padrões para a elaboração do instrumento.

Categoria	Indicador	Padrões
Registro da Avaliação da Integridade da Pele (escala preditiva de Braden)	Taxa de pacientes com avaliação de risco nas primeiras 12h de internação.	100%
Dimensionamento de Enfermeiros/ quantitativo	Quantitativo de enfermeiros na UCI a cada 12h/ 12 leitos.	1 enfermeiro para cada 5 leitos (COFEN, Res. N 293/2004)
Tempo destinado à educação permanente para enfermeiros nos últimos 12 meses.	Taxa de horas de treinamento em serviço relacionadas prevenção e tratamento de úlcera por pressão para enfermeiros.	Mínimo de 1 h/ mês.*
Experiência prévia dos enfermeiros em UCI	Tempo de experiência prévia em meses trabalhando em UCI por enfermeiros	Mínimo 3 meses*
Experiência dos técnicos de enfermagem em UCI	Tempo de experiência prévia em meses trabalhando em UCI por técnicos	Mínimo 3 meses*
Experiência dos Enfermeiros no setor	Tempo de lotação na UCI da instituição por enfermeiros	Mínimo 3 meses*
Experiência dos técnicos e ou auxiliares de enfermagem no setor.	Tempo de lotação na UCI da instituição por técnicos e auxiliar de enfermagem.	Mínimo 3 meses*
Tempo gasto para atividades de tratamento da úlcera por pressão na UCI (considerar n° de lesões e estágios)	Tempo em minutos gasto na execução do curativo de pacientes com úlcera por pressão	Tempo gasto em minutos por lesão.*
Tempo gasto para atividades de prevenção da úlcera por pressão no UCI/paciente	Tempo gasto na execução de medidas preventivas.	Tempo gasto em minutos.*

(Continuação)

(Continuação)

Categoria	Indicador	Padrões
Abastecimento de insumos gastos por tratamento padronizados na folha de avaliação da integridade da pele da instituição	Completeness de abastecimento dos insumos para tratamento da úlcera por pressão padronizada no instrumento de avaliação da integridade da pele.	Existência dos insumos padronizados pelo protocolo.
Continuidade do cuidado	Percentual de Interrupção do cumprimento no protocolo da conduta traçada durante as 24h	0%

Fonte: A autora (2011).

* Não encontrado padrão em literatura.

Esse estudo pretendeu obter respostas para as seguintes questões:

1) Até que ponto a existência do protocolo de prevenção de úlcera por pressão focalizado no estudo contribui efetivamente para a realização dos cuidados de enfermagem em relação a prevenção e o tratamento das Úlceras por Pressão?

2) Quais os fatores que interferem na aplicação do protocolo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão na visão da Equipe de Enfermagem?

2 ÚLCERAS POR PRESSÃO

Ao focalizar o objeto da avaliação este capítulo trata dos fatores de causa das úlceras, estágios, tipos de úlceras por pressão, cicatrização, coberturas, medidas preventivas, aspectos legais, escala de avaliação, custos e o papel da enfermagem no cuidar. Segundo Ohnishi (2001, p. 78), a úlcera por pressão é definida como “lesão ocasionada pela pressão exercida na área corporal e que reduz o fluxo sanguíneo levando à isquemia e eventualmente, provoca trombose capilar e prejuízo da nutrição da região sobre pressão provocando necrose tecidual”.

2.1 FATORES CAUSAIS

Além das doenças crônicas, os idosos também se defrontam, rotineiramente, com as alterações anatômicas e funcionais impostas por sua natural maturação biológicas, que, associadas a essas doenças, podem levar à restrição de sua mobilidade e, conseqüentemente, à perda de sua autonomia, criando situações de dependência de cuidadores (DUARTE; DIOGO, 2000). Autonomia e independência são palavras sinônimas, porém a primeira refere-se mais à capacidade de agir, tomar decisões, relacionada ao aspecto cognitivo; a segunda a ser capaz de realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) sem ajuda, ou seja, a habilidade do idoso para administrar o ambiente em que vive de forma independente, como cozinhar, fazer compras, ir ao médico, entre outras, estando, portanto, mais ligada ao aspecto motor (PAVARINI; NERI, 2005). As autoras, citando a taxionomia de Lawton, mencionaram que as demências e a depressão afetam primeiramente a capacidade do idoso de realizar as AIVDs, e, quando severas, podem afetar, também, as capacidades de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD). Estas correspondem ao autocuidado, que é o conjunto de tarefas que a pessoa realiza para cuidar de si própria, como comer, banhar-se, vestir-se, mover-se na cama e auto cuidar-se em casos de incontinência urinária e fecal.

Existem alguns fatores que contribuem para formação da úlcera por pressão, entre eles o aumento da pressão na proeminência óssea, diminuição da mobilidade do paciente, percepção sensorial, excesso de umidade, fricção que é a força de duas superfícies deslizando uma sobre a outra, resultando em abrasão o

queimaduras, podendo formar bolhas. No caso de pacientes que são incapazes de se reposicionarem, sem ajuda, isso se torna um fator agravante devido à permanência na mesma posição com pressão constante. Muitos pacientes usam fraldas e o fator umidade e a fragilidade da pele sob pressão aceleram a possibilidade de afetar a integridade da pele. O cisalhamento é a ação da gravidade e fricção. Como o paciente é mantido em posição sentada no leito e o dorso escorrega para baixo, assim a pele sobre a região sacral permanece estática devido à fricção ao leito. Há a obliteração dos vasos e isquemia.

Na prática profissional em internação domiciliar tem sido possível observar que muitos idosos apresentam úlcera por pressão. Em alguns deles, as úlceras por pressão são profundas, chegando a atingir músculos, ossos, cavidades e articulações, sendo a causa da sua hospitalização, para o tratamento das complicações. O tratamento, nestes casos, envolve, entre outros, antibioticoterapia venosa, extensos desbridamentos⁴ e enxertos⁵ ou rotações de retalhos⁶. Vale ressaltar que vários desses idosos, anteriormente à sua admissão em internação domiciliar, já se encontravam sob os cuidados de pessoas sem formação profissional em enfermagem. Essas pessoas são, primordialmente, familiares, em sua maioria, mulheres. Porém, muitas vezes essa responsabilidade fica delegada a pessoas contratadas pela família, ou voluntários, denominados cuidadores (DUARTE; DIOGO, 2000).

A avaliação da integridade da pele no momento da admissão hospitalar e diariamente é uma das principais medidas preventivas uma vez que há o monitoramento desde o início da hospitalização, podendo imediatamente implantar ações que evitarão futuras lesões. Prevenir, segundo Leavell e Clarck (1976, p. 17) é a “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso da doença”. Desse modo, o conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento da úlcera por pressão, bem como das ações preventivas, oferecem o suporte necessário para que tais ações sejam eficazes na

⁴ Desbridamento ou debridamento: “remoção de material estranho ou desvitalizado de tecido da lesão traumática infectada ou adjacente a esta, até expor-se tecido saudável circundante” (DORLAND..., 1997, p. 209).

⁵ Enxerto: “designação dada a uma pequena porção de pele ou de outro tecido, tirada de um indivíduo ou de um animal e colocada no mesmo indivíduo ou noutro, de modo que seja preenchida qualquer perda de tecido substituído (COUTINHO, [1960], p. 801).

⁶ Retalho: “porção de tecido destacado, em particular uma porção destacada pelo canivete do cirurgião, a fim de ser utilizada para reparo de falhas desse tecido noutra região do corpo” (COUTINHO, [1960]).

sua prevenção. O conhecimento desses fatores, bem como das medidas de prevenção, tem papel importante para o controle e para ação preventiva, com o intuito de evitar a evolução natural da úlcera por pressão, que é deflagrada a partir de alterações anatômicas, que podem levar a complicações e agravos à saúde da pessoa em risco.

2.2 ESTÁGIOS/TIPOS DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Segundo Cândido ([2006]), diferentes são os estágios em que as úlceras por pressão são divididas, dependendo do aspecto e da evolução.

Figura 1: Estágio I.



Fonte: EPUAP e NPUAP (2009).

No estágio I, há eritema não branqueável de pele intacta (Figura 1). Fatores como a descoloração da pele, calor, edema e dureza também podem ser considerados indicadores, especialmente em indivíduos com pele mais escura.

Figura 2: Estágio II.



Fonte: EPUAP e NPUAP (2009).

Figura 3: Estágio III.



Fonte: EPUAP e NPUAP (2009).

No estágio III, há perda da espessura total da pele podendo incluir lesões ou mesmo necrose do tecido subcutâneo com extensão até a fáscia subjacente, mas sem a atingir totalmente (Figura 3).

Figura 4 : Estágio IV.



Fonte: EPUAP e NPUAP (2009).

No estágio IV, há a destruição extensa, necrose dos tecidos, ou lesão muscular, óssea ou das estruturas de apoio com ou sem perda da espessura total da pele (Figura 4).

Os primeiros sinais de uma possível lesão de pele que pode evoluir para úlcera por pressão aparecem nas áreas próximas às grandes proeminências ósseas, como região sacral (decúbito dorsal), trocanter maior do fêmur (decúbito lateral direito ou esquerdo), tuberosidade do ísquio (sentado) calcâneo (decúbito dorsal) e maléolos externos (decúbito lateral direito ou esquerdo), cotovelos, joelhos, nádegas,

escapular, entre outras (BOSQUEIRO et al., 1999). As úlceras surgem na forma de pequeno eritema, podendo evoluir rapidamente para a fase de formação de vesículas que necrosam. Tendem a aumentar de tamanho se a região não for protegida.

Em um estudo conjunto, a NPUAP e a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) (EPUAP; NPUAP, 2009) desenvolveram um Sistema Internacional de Classificação das Úlceras por Pressão com o intuito de facilitar o estudo e orientação da comunidade internacional. Decidiram classificar as úlceras por categoria. A NPUAP, entidade norte-americana, utiliza duas novas categorias além das quatro já conhecidas. A primeira é denominada não classificável ou sem possibilidades de ser estadiada, caracterizada pela perda de tecido e de toda a sua espessura em que a profundidade real da úlcera é no leito da ferida com necrose de coagulação. Para a EPUAP esta categoria se compara ao grau IV. A segunda categoria para a NPUAP é a suspeita de lesão de tecido profundo. Nesse caso, a profundidade é considerada desconhecida por causa da área localizada púrpura ou marrom da pele intacta e descolorida ou com bolha cheia de sangue devido aos danos dos tecidos moles subjacentes de pressão e/ou de cisalhamento. As lesões de tecidos profundos podem ser difíceis de serem detectadas em indivíduos com tons de pele escura. A evolução pode incluir uma bolha fina ao longo de um escuro leito da ferida.

A úlcera por pressão se desenvolve com facilidade, necessitando de cuidados preventivos com a pele e devendo ser mantida, conforme ensina Ohnishi (2001, p. 78-79),

seca, limpa, hidratada, com as proeminências ósseas livres de pressão contínua, evitando-se contato de pele com pele, com posicionamento anatômico do corpo, mobilização passiva e ativa, realização de massagem de conforto, proporcionar exposição ao raio solar, hidratação do cliente de acordo com a necessidade individual, alimentação protéico-vitamínico e hidratação oral.

A finalidade do tratamento de feridas é a proteção contra agentes externos, sejam eles físicos, químicos, ou biológicos. Antes, acreditava-se que as feridas deveriam ser mantidas secas. Com a evolução dos estudos, contestou-se esta idéia, “demonstrando que a manutenção do meio úmido entre o leito da ferida e a cobertura da mesma, favorece e aumenta a velocidade de cicatrização”

(BOSQUEIRO et al., 1999, p. 7). Winter (1962 apud BOSQUEIRO et al., 1999, p. 7), demonstrou que as enzimas como proteinases e colagenases dão suporte às células para que possam chegar às áreas úmidas onde há fibrina. Os autores definem ainda a “epitelização como migração celular, o meio úmido favorece as condições fisiológicas para a cicatrização” (BOSQUEIRO et al., 1999, p. 7).

2.3 CICATRIZAÇÃO

Para o tratamento dos diversos tipos de feridas, é necessário compreender o processo de cicatrização, para então selecionar os curativos adequados. Existe uma enormidade de variedade de coberturas com diversas aplicações sendo necessário ao profissional de saúde ter conhecimento, traçar e acompanhar a conduta estabelecida para a prevenção e tratamento das úlceras.

Para Dealey (1996), os estágios da cicatrização são divididos em inflamação, reconstrução, epitelização e maturação. A úlcera por pressão é um dos diversos tipos de ferida que quando identificada e tratada adequadamente, tem o processo de cicatrização bem desenvolvido.

De acordo com Guyton (1981), índices de pressão exagerados, em determinada região do corpo, causam oclusão capilar, que desencadeia diminuição do suprimento sanguíneo, de nutrientes e de oxigênio aos tecidos. A quantidade de pressão externa necessária para causar o colapso capilar deve exceder a pressão de 35 mmHg. Outros fatores podem intervir no processo de cicatrização, como incontinência fecal e urinária, diarreia, demência, caquexia, obesidade, edema de membros inferiores acentuados e anasarca (BORGES, 2001).

2.4 DISPOSITIVOS UTILIZADOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO

Existem dispositivos utilizados para prevenção e outros para tratamento. O curativo primário é definido como aquele que é aplicado diretamente sobre o leito da lesão e que necessita de outro curativo como cobertura. Já o secundário, é o curativo utilizado para fechar e fixar o curativo primário. Nele pode-se utilizar gaze estéril, atadura ou algum tipo de adesivo (EAGLSTEIN, 1990 apud GOMES; BORGES; SAAR, 1999).

Atualmente existem diversos tipos de curativos de alta tecnologia podendo ser

utilizados como primários e secundários. Possuem formas, propriedades e finalidades diferenciadas. Entre eles:

- Biomembrana - curativo derivado do poliisopreno, à base de látex vegetal de seringueira (*Hevea brasiliensis*), impermeável. Possui fator de crescimento vascular-endotelial, que tem propriedade angiogênica e acelera a formação do tecido de granulação. Mantém o leito da ferida úmido e facilita o desbridamento autolítico.

- Carvão ativado impregnado com prata - cobertura estéril composta de tecido carbonizado em atmosfera sem oxigênio e impregnado com nitrato de prata a 0,15%, envolto por camada de não tecido e selado em toda sua extensão. Cria um ambiente favorável à cicatrização, a prata combate microorganismos da ferida. Indicado como primeiro passo terapêutico no tratamento de feridas crônicas. Reduz o número de trocas de curativos, diminui a infecção e permite a formação de tecido de granulação.

- Colágeno com alginato de cálcio – composto por 90% de colágeno bovino e 10% de alginato de cálcio. Tem aspecto de espuma ou isopor. Absorve excesso de exsudato, mantendo a umidade. Promove liberação de fatores de crescimento e hemostasia, estimulando a produção de colágeno pelos fibroblastos. Permite a construção do tecido de granulação pelo colágeno endógeno e atua como armação para guiar crescimento para o interior dos vasos sanguíneos.

- Hidrogel - são hidrossolúveis e não aderentes de polímeros feitos com água ou glicerina que apresentam propriedades absorventes proporciona ambiente úmido e refrigerante na ferida, evitando o ressecamento. Alivia a dor, hidrata as terminações nervosas; promove a quimiotaxia (atração de leucócitos); tem poder de desbridamento nas áreas de necrose, sendo indicado para uso em feridas limpas e não infectadas e quando há a necessidade de ser mantida úmida. A apresentação é em gel em tubo, lâminas flexíveis e como tiras de gazes embebidas.

- Não aderente – composto por malha de acetato de celulose impregnado com emulsão neutra de petrolato. É indicado para feridas abertas com exsudação, necrosada com exsudação, ferida fechada limpa com sangramento. É utilizado como curativo secundário (FERIDAS, 2006; BOSQUEIRO et al., 1999; OHNISHI, 2001).

A escolha do tipo de tratamento e modificações quanto ao tipo de curativo devem respeitar critérios e considerar não só o processo evolutivo da lesão, mas também fatores econômicos e técnico-operacionais.

2.5 MEDIDAS PREVENTIVAS

As agressões à pele, que colocam em risco a saúde, pelas muitas complicações que podem acarretar, levaram pesquisadores a procurar métodos e desenvolver tecnologias que visem à proteção da pele e que possam efetivamente contribuir para a prevenção desses agravos (BENNETT; DEALEY; POSNETT, 2004). Estudos apontam para a utilização de instrumentos de predição de riscos e, como abordado anteriormente, defendem que o início da prevenção se dá quando os riscos são identificados, permitindo, dessa forma, a adoção de medidas preventivas individuais e eficazes.

Como medidas preventivas, apontadas na literatura atual, tomando como base a utilização das escalas de avaliação e predição de risco, são recomendadas superfícies de alívio de pressão, como colchões especiais, almofadas e coxins que têm sido relatados como importantes adjuvantes na prevenção das úlceras por pressão. Entretanto, muitos enfatizam que o paciente e seus familiares/cuidadores necessitam apoio para escolher a superfície que melhor lhes convier, em termos de custo, eficácia, facilidade de uso, conforto que proporciona e a satisfação do paciente (BENNETT; DEALEY; POSNETT, 2004).

O cuidado com a pele, como a higiene e limpeza da pele nas trocas de fralda, deve ser feito com frequência que não permita maceração da pele pelo excesso de umidade. O uso de hidratantes, pomadas, óleos previne o ressecamento, ou barreiras, proporcionadas por protetores cutâneos, filmes e hidrocolóides. São consideradas medidas valiosas para o controle da agressão à pele ocasionada pela umidade, pois mantêm uma barreira física na interface entre pele e superfícies (BERGSTROM et al, 1992; HESS, 2002).

É importante refinar a avaliação dos riscos de indivíduos submetidos a cirurgia, examinando os outros fatores que podem ocorrer e irão aumentar o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, incluindo o tempo de duração da operação, baixa temperatura durante a cirurgia, reduzida mobilidade no primeiro dia e no pós-operatório. Recomenda-se um colchão de redistribuição de pressão na mesa de operação para todos os indivíduos identificados como estando em risco de desenvolvimento de úlcera de pressão. Existem várias superfícies de apoio operacional na sala que incentivem a redistribuição de pressão.

A nutrição foi outro aspecto considerado importante pelos pesquisadores. Estudos apontam alta prevalência de má nutrição em pacientes de risco e indicam que o uso de suplementação nutricional pode acelerar o processo cicatricial de úlceras em estágios III e IV (BERGQUIST, 2005; SORIANO et al., 2004).

Vale ressaltar a importância da avaliação nutricional logo no momento da admissão, pois muitas vezes principalmente em pacientes idosos há necessidade de uma reposição nutricional. Estudo realizado por Silva (1998), em um hospital escola da rede municipal, constatou que 42, de um total de 52 dos pacientes identificados como de risco, apresentavam alterações nutricionais. Portanto, a atenção com a quantidade e a qualidade dos alimentos oferecidos e efetivamente aceitos é fundamental para uma avaliação nutricional que permita um aporte calórico-protéico adequado às necessidades do paciente, aspecto essencial na manutenção da turgidez e integridade cutâneas.

Com relação ao uso de medicamentos durante a internação, as drogas vasoativas provocam vasoconstrição periférica, diminuindo a irrigação nos tecidos. As drogas depressoras do Sistema Nervoso Central, imunossupressoras, anticoagulantes, antiinflamatórias, antineoplásicas e outras alteram o processo cicatricial.

Um planejamento de mudança de decúbito e mobilizações, adequado às características individuais, e a constante investigação e proteção das proeminências ósseas, em especial de pacientes idosos ou emagrecidos, são considerados cuidados indispensáveis à prevenção. Diversos autores (AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY RESEARCH, 1992; CALIRI, 1997; ROSELI, 2003) descrevem as principais medidas de prevenção de úlceras de pressão, que podem estar sendo implementadas através da assistência de enfermagem, dentre estas, destacam-se: a pele deve ser limpa preferencialmente no momento que se sujar ou em intervalos de rotina. Minimizar a exposição da pele à umidade devido à incontinência urinária, perspiração ou drenagem de feridas.

Quando indivíduos aparentemente bem nutridos desenvolvem uma ingestão inadequada de proteínas ou calorias, os profissionais devem primeiro tentar descobrir os fatores que estão comprometendo a ingestão e então oferecer uma ajuda na alimentação. Convém ressaltar que todas as intervenções e resultados devem ser monitorizados e documentados no prontuário.

Autores (AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY RESEARCH, 1992) consideram que a utilização de superfícies de suporte e alívio da carga mecânica de grande importância e tem o objetivo de proteger o paciente contra os efeitos adversos de forças mecânicas externas como pressão, fricção e cisalhamento. Deste modo, qualquer indivíduo acamado que seja avaliado como estando em risco para ter úlcera de pressão, deverá ser reposicionado pelo menos a cada duas horas se não houver contraindicações relacionadas às condições gerais do paciente. Um horário por escrito deve ser feito para que a mudança de decúbito e o reposicionamento sistemático do indivíduo sejam feitos sem esquecimentos. Materiais de posicionamento como travesseiros ou almofadas de matéria prima apropriada podem ser usados para manter as proeminências ósseas (como os joelhos ou calcanhares) longe de contato direto um com o outro ou com a superfície da cama. Deve-se manter a cabeceira da cama em um grau mais baixo de elevação possível, que seja consistente com as condições clínicas do paciente. Se não for possível manter a elevação máxima de 30°, limitando a quantidade de tempo que a cabeceira da cama fica mais elevada. Para aqueles pacientes que não conseguem ajudar na movimentação ou na transferência e mudanças de posição recomenda-se usar o lençol móvel ou o forro da cama para a movimentação, ao invés de puxar ou arrastar.

Qualquer indivíduo avaliado como estando em risco para desenvolver úlcera de pressão deve ser colocado em um colchão que redistribua o peso corporal e reduza a pressão como colchão de espuma, ar estático, ar dinâmico, gel ou água.

Além do saber técnico e científico, é imprescindível que o enfermeiro possua uma visão que perpassa os cuidados físicos e enxergue o paciente de modo integral. Não é só mudança de decúbito o responsável pela prevenção.

Muitos estudos têm como enfoque a preocupação de profissionais da área da saúde, enfermeiros, médicos, nutricionistas, com a integridade cutânea e a prevenção de lesões como as úlceras por pressão, em diversas situações, porém o idoso tem merecido uma atenção especial (BLANES et al, 2004).

As superfícies e dispositivos de alívio de pressão e toda a tecnologia desenvolvida para auxiliar no cuidado com os pacientes de risco são considerados de grande ajuda, entretanto, não isentam profissionais e cuidadores da implementação de cuidados básicos e medidas essenciais no que tange à

prevenção como, por exemplo, as sugeridas pelas diretrizes da *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) (BERGSTROM et al., 1992).

2.6. ASPECTOS LEGAIS

Um estudo realizado por Soldevilla e Rodrigues (2006) sobre os aspectos jurídicos relacionados às úlceras por pressão fez referência à adoção de protocolos para uniformizar práticas e implantar medidas uniformes onde os profissionais adotaram medidas preventivas e curativas com base em diretrizes práticas. Como acertadamente assinalou Pancorbo e colaboradores (apud SOLDEVILLA AGREDA; NAVARRO RODRIGUEZ, 2006, p. 211):

um recurso importante para a prevenção e tratamento de úlceras de pressão são os protocolos e planos de ação específicos, os protocolos de intervenções preventivas contribuem significativamente para a redução da incidência da úlcera por pressão. Falta de protocolos de gestão leva ao aumento da variabilidade da prática clínica e leva em muitos casos, à implementação das intervenções inadequadas, que podem causar à responsabilidade legal a instituição.

Se o profissional de saúde tem sua diretriz, torna-se mais fácil a adoção de uma conduta uniforme ao invés de fazer uso de sua intuição. Pode-se fazer referência também à frequente mudança que ocorre no quadro de funcionários. Muitas vezes um profissional é treinado para tratar das lesões e trabalha em um setor que desenvolve outra atividade ou é remanejado por falta de um membro em outra equipe. Em outros momentos, o número de profissionais é inadequado à complexidade do cuidado em uma unidade ou setor. Este fato faz com que a prática do profissional não seja adequada à necessidade do paciente.

Hoje se procura constituir na instituição de saúde a comissão de curativos, a fim de através de profissionais especializados, padronizar os insumos e orientar condutas. Há de se salientar a responsabilidade do gestor quando deixa faltar os insumos para o tratamento, pois a descontinuidade do tratamento pela falta da cobertura adequada agrava o estadiamento da ferida, principalmente associada ao quadro clínico do paciente. Existem no mercado diversos produtos novos comprovados em sua eficácia em tratados científicos. Cada vez mais há a

divulgação de dados epidemiológicos e indicadores que denotam a qualidade do cuidado prestado.

No Manual de Padrões de Acreditação Hospitalar da *Joint Commission International* (2011) representados no Brasil pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, avaliam o planejamento, o cuidado prestado, recomendam a avaliação inicial do paciente, monitoram indicadores inclusive as úlceras por pressão, avaliação da dor, a orientação do familiar e do paciente para medidas educativas não só no ambiente hospitalar, como no domicílio dando continuidade ao cuidado. Tem também exigências com relação a qualificação e avaliação de desempenho dos profissionais buscando o atendimento a legislação em termos de formação, atualização e atribuições definidas de acordo com descrição de competências buscando a segurança do paciente e qualificação dos profissionais que atuam na organização.

O Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009) menciona que o “médico” deve fornecer informações ao paciente. O médico deve coordenar a informação e assistência com o caráter de principal parceiro, apesar de neste momento a lei não o diga expressamente, sem prejuízo de outros profissionais envolvidos no processo de cuidados (médicos especialistas, psicólogos, enfermeiros, etc.). Cada Conselho possui sua diretriz de exercício profissional. Não cabe unicamente ao médico a responsabilidade. A equipe multiprofissional tem sua responsabilidade. Desde o momento que o paciente é admitido no hospital a equipe de enfermagem deve através de a avaliação inicial coletar dados, avaliar a integridade da pele e fazer a avaliação de risco. Caso seja indicado uma necessidade de suporte nutricional mais outro membro deverá estar presente.

Através do plano de cuidados de enfermagem, médico, nutricionista e fisioterapeuta a conduta é traçada e a assistência prestada e registrada.

Crescem diariamente os recursos devido a falhas no cuidado. Todos os profissionais estão comprometidos caso ocorra sanções de suas obrigações legais mesmo com a presença de "médico", pois, mais tarde, na verificação de relato em prontuário todas as evoluções são levadas em consideração.

Na Espanha, a Lei nº. 41 (2002 apud SOLDEVILLA AGREDA, 2006) dos Direitos dos Pacientes ressaltou o reconhecimento do dever de relatório pela equipe de enfermagem. Esta obrigação legal tem cobertura na citação do artigo 4.3 da Lei dos Direitos dos Pacientes para indicar que "os profissionais que atuarão durante o

processo de cuidado [...] também é responsável por informar" (o paciente) e tem se refletido em alguns das mais recentes legislações regionais. Assim, e de forma mais explícita, a Lei dos Direitos dos Pacientes de Castilla y León (2002 apud SOLDEVILLA AGREDA, 2006, não paginado) reza que:

deve também assumir a responsabilidade no processo de informação ao paciente todos os profissionais que trata ou aplicar uma determinada técnica ou procedimento, com a participação especial da enfermeira responsável no seu processo de cuidado.

A informação inclui, pelo menos, a finalidade e a natureza de cada intervenção, seus riscos e consequências e sem prejuízo para o paciente. O registro das informações no prontuário servirão de base para defesa do profissional e proteção do paciente. "Deve ser verdade, não há lugar para mentir, compreensível e acessível para o paciente, e adequada às necessidades e exigências dos pacientes" (LLUCH, 2005, p. 17).

Os profissionais estão também mais esclarecidos assim como os pacientes. No Japão e nos Estados Unidos muito se tem falado sobre as ações judiciais devido às úlceras por pressão. Por sua vez, se há um desabastecimento no hospital a responsabilidade pessoal não é eliminada. Condições básicas devem ser garantidas, defende Salvan (2006). Este mesmo autor faz referência ao problema que o profissional médico ou enfermeiro enfrentam muitas vezes ao fazer a prescrição e registro na evolução médica ou de enfermagem e sofrer sanções e punições pelo gestor do hospital. Tal situação evidencia a falta de estrutura para o tratamento na organização, sendo o profissional muitas vezes até demitido. Há de se pensar porque uma seguradora de saúde deveria pagar pelo tratamento de uma lesão adquirida no hospital durante a internação que poderia ter sido prevenida.

Na ocasião de acusação judicial de lesão ou negligência por incidência da úlcera por pressão, o profissional deve se respaldar na verdade revelando a qualquer juiz ou tribunal, que tomou todas as medidas necessárias para resolver as deficiências durante o tratamento e mostrar as evidências do registro no prontuário.

Na Espanha, em um consenso com as orientações gerais para a prevenção de úlceras de pressão, o GNEAUPP (2006) sua última revisão, têm incorporado um alerta explícito referenciando o fato de registrar as avaliações de risco, cuidados prevenção, as características especiais do paciente e da não disponibilidade de

recursos materiais necessários para a prevenção, é uma medida de assistência em matéria de proteção legal para os profissionais responsáveis pelo atendimento de pacientes com as demandas potenciais relacionados ao desenvolvimento de úlceras por pressão.

2.7 ESCALAS DE AVALIAÇÃO

A aplicação de escalas de predição ou avaliação de risco para úlceras por pressão permite implementar guias ou protocolos que visem à prevenção. Sua utilização é indicada por vários autores, que afirmam que identificar o indivíduo de risco é o primeiro passo para a prevenção (BRADEN, 1997; DEALEY, 1996). A afirmação desses autores procede quando se pode observar, na prática, os efeitos devastadores das úlceras por pressão nos clientes idosos. Ao se identificar precocemente aqueles que possuem risco de desenvolver úlcera por pressão, implementam-se cuidados e uso de superfícies que visem ao alívio da pressão, além de orientação à equipe ou aos cuidadores. Nesse caso, está-se efetivamente prevenindo-as.

Com o intuito de contribuir na prevenção de tal agravo, vários autores elaboraram escalas de predição de risco que vão fornecer subsídios ao enfermeiro para que identifique precocemente os clientes de risco e atuem na prevenção das úlceras por pressão. As escalas mais citadas pelos autores pesquisados foram as de Norton, Gosnell, Waterlow e Braden (BRYANT, 1992; BRADEN, 1997; COLBURN, 1997; DEALEY, 1996).

A Escala Preditiva de Braden foi adaptada para a língua portuguesa com permissão da autora, Bárbara Braden, e é utilizada por alguns autores em artigos encontrados neste estudo (HESS, 2002). Foi validada para Língua Portuguesa em 1999 por Paranhos, em sua dissertação. É composta de seis subescalas de variáveis. Através de uma pontuação atribuída a essas variáveis, onde a nota máxima é 23 pontos, considera-se que abaixo de 16 pontos o paciente apresenta um risco maior de desenvolver úlcera por pressão. As subescalas são percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento, das quais, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão: percepção sensorial, atividade e mobilidade; e três mensuram a tolerância do tecido à pressão: umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. As primeiras cinco

são pontuadas de 1 a 4; a sexta, fricção e cisalhamento, são pontuados de 1 a 3. O reconhecimento dos indivíduos em risco de desenvolver úlcera de pressão não depende somente da habilidade clínica do profissional, mas também é importante o uso de um instrumento de medida, como uma escala de avaliação que apresente adequados índices de validade preditiva, sensibilidade e especificidade.

A utilização da Escala de Braden esteve presente em vários estudos, sendo considerada pelos autores como eficaz para predição de risco em pacientes acamados (MENEGUIN; LOURENÇO, 1998). Muitos estudos têm como enfoque a preocupação de profissionais da área da saúde, enfermeiros, médicos, nutricionistas, com a integridade cutânea e a prevenção de lesões como as úlceras por pressão, em diversas situações, porém o idoso tem merecido uma atenção especial desses pesquisadores (BLANES et al., 2004).

2.8 CUSTOS

No Brasil não se tem dados sobre prevalência nacional e muito menos sobre os custos e investimentos no setor saúde. Sabe-se que algumas seguradoras começam a questionar a responsabilidade dos prestadores quando um paciente adquire uma lesão no hospital.

O mesmo se passa relativamente aos custos gastos com o tratamento de úlceras por pressão em Portugal, não existindo qualquer tipo de estudo randomizado referente à realidade no país. No entanto, Miller e Deloizer, citados pela Agência para Normas e Pesquisa em Cuidados de Saúde (AHCCR) (1994), estimaram o custo nacional do tratamento de úlceras de pressão nos EUA como excedendo os 1.335 bilhões de dólares. É comum observar na gestão das organizações de saúde pública no Brasil métodos contábeis tradicionais e não um sistema que forneça ou oriente parâmetros para decisões administrativas e modernização gerencial.

A Agência para Normas e Pesquisa em Cuidados de Saúde (2010) refere-se a uma taxa de prevalência de úlceras de pressão em serviços de cuidados agudos entre 3,5% e 29,5%, sendo que em termos de incidência os mesmos serviços apresentavam um intervalo entre 2,7% e 29,5%. Torrance e Maylor (1999) em seu trabalho evidenciaram uma taxa de prevalência em cuidados agudos entre 8,5% e 14,7% e em cuidados comunitários entre 3% e 6,1% ou Kanagawa e colaboradores (1998) com 14,6%. Finalmente, Bale e colaboradores (2000) verificaram taxas de

incidência entre 3,4% e 43% e taxas de prevalência entre 4% a 18,6% entre uma população de doentes hospitalizados. Tendo presentes estes dados, verifica-se que as úlceras de pressão se mantêm como uma situação comum nos diferentes ambientes de cuidados espalhados em todo o mundo, sendo que as taxas de prevalência sistematicamente se apresentam com variações consideráveis, mas sempre com valores elevados.

Todos estes estudos têm como variável importante o tipo de população estudada, sendo que os valores aumentam à medida que se vai avaliando populações de risco ou alto risco de desenvolver úlceras de pressão. A AHCCR (AGÊNCIA PARA NORMAS E PESQUISA, 1994) indica como população de risco importante os quadriplégicos (60% de prevalência), doentes idosos admitidos por fratura do fêmur (66% de incidência) e pacientes em estado crítico (33% de prevalência e 41% de incidência). Os custos relacionados com a prevenção e o tratamento de úlceras de pressão são mais expressivos do que à partida se poderia supor.

Em seu estudo realizado por Gouveia e outros (2004) chega a algumas conclusões e questionamentos fazendo referencia a situações em que coloca-se em dúvida a prática frente à situações de exigências se estaríamos em condições de exigir cuidados preventivos efetivos sem a utilização de ferramentas adequadas (por exemplo, uma Escala de Avaliação de Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão? E se tivermos esta ferramenta e detectarmos um indivíduo em risco, mas não existirem, por exemplo, material de alívio de pressão? E se não existir número suficiente de enfermeiros para realizar posicionamentos de acordo com o protocolo? Não devemos esquecer que o que custa mais na política de prevenção de úlceras de pressão que é o tempo de enfermagem.

Todas estas questões parecem pertinentes, pois a via a seguir é a da prevenção de úlceras por pressão. No entanto, apenas se podem esperar resultados a médio-longo prazo, mas que implicam gastos imediatos. Estarão as Instituições e o governo preparados para tal?

2.9 O PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

No cuidado com o paciente portador de úlcera por pressão todos os profissionais, incluindo os enfermeiros, são considerados responsáveis e devem

responder pelo oferecimento de cuidados seguros e apropriados. Uma vez que a falta deste cuidado para este tipo de paciente pode levar a danos a sua saúde e até mesmo a morte (TIMBY, 2007). A prática do cuidado na prevenção e tratamento da úlcera por pressão envolve um cumprimento na assistência, pelo fato dos profissionais de enfermagem possuir conhecimento especializado e trabalharem próximos aos pacientes, desempenhando o papel principal na proteção daqueles confiados a seus cuidados contra complicações reversíveis ou evitáveis. O primeiro passo para prevenção é identificar os pacientes com maior risco de desenvolvê-las e o segundo passo é implementar medidas que reduzam as condições que predisõem o seu aparecimento (TIMBY, 2007).

No Brasil, o enfermeiro é um profissional de nível superior da área da saúde, responsável inicialmente pela promoção, prevenção e na recuperação da saúde dos indivíduos, dentro de sua comunidade. O enfermeiro é um profissional preparado para atuar em todas as áreas da saúde: assistencial, administrativa e gerencial. Na área educacional, exercendo a função de professor e mestre- preparando e acompanhando futuros profissionais de nível médio e de nível superior. Dentro da enfermagem, encontramos o auxiliar de enfermagem (nível fundamental) e o técnico de enfermagem, (nível médio) ambos confundidos com o enfermeiro, entretanto com funções distintas, possuindo qualificações específicas.

Na maioria dos países (por exemplo, Portugal), não existem estas subdivisões. O enfermeiro de cuidados gerais exerce todas as funções inerentes ao seu cargo, previsto na carreira de enfermagem, não existindo desta forma dúvidas quanto à função de cada elemento da equipe multidisciplinar. Todos os enfermeiros possuem, pelo menos, uma licenciatura em ciências de enfermagem.

A úlcera por pressão é um problema a ser considerado por todas as categorias profissionais, entretanto destaca-se como um cuidado essencialmente da enfermagem, pois esta acompanha a evolução do paciente em todas as fases do cuidado (RABEH, 2001). Cabe ao profissional enfermeiro (a) a avaliação e intervenção sistematizada, individualizada e diária dos pacientes, possibilitando-lhe atuar diretamente na prevenção e tratamento das úlceras por pressão, conferindo grande parte da responsabilidade de transformar a atual situação em melhoria para o paciente.

Muitas vezes o profissional realiza procedimentos que planeja gastar um determinado tempo, por exemplo, uma troca de roupa ou fralda e o paciente tem novo episódio de evacuação e deve ser trocado novamente.

A multicasualidade da úlcera por pressão exige da enfermagem uma busca constante em conhecimento e envolvimento no alto nível de informações. Exige solidez de conhecimento para que se consiga adequar à teoria a prática. Em se tratando de úlcera por pressão é importante um aprofundamento do conhecimento sobre prevenção e tratamento de lesões para melhor identificar o problema, ter rapidez na tomada de decisão e instituição de práticas e protocolos atualizados. (BERGSTROM et al., 1992).

Os resultados das ações de enfermagem vêm sendo desenvolvidos e aprimorados para termos um instrumento unificador que represente a totalidade da prática de enfermagem em todos os setores, gerais e especializados, em diversas regiões geográficas e em todas as culturas. Para poder mensurar os tempos e movimentos e construir indicadores. Varias sociedades internacionais vem ao longo dos anos, construindo modelos como, por exemplo, a Classificação de Ações de Enfermagem no Conselho Internacional de Enfermagem (ICN, 1999), representadas por oito eixos:

- alvo, significando a entidade que é afetada pela ação de enfermagem ou que proporciona o conteúdo da ação de enfermagem;
- meio, entendido como a entidade usada na execução de uma ação de enfermagem, podendo incluir instrumentos definidos, como as ferramentas utilizadas no desenvolvimento de uma ação de enfermagem ;
- serviços, definidos como trabalhos específicos ou planos usados quando se desenvolve uma ação de enfermagem;
- tempo, entendido como a orientação temporal de uma ação de enfermagem, podendo incluir um período de tempo (evento), definido como um momento de tempo, e intervalo de tempo (episódio), definido como a duração entre dois eventos;
- topologia significando a região anatômica em relação a um ponto ou à extensão de uma área anatômica envolvida numa ação de enfermagem; localidade, entendida como a orientação espacial anatômica de uma ação de enfermagem;
- lugar, definido como a localidade espacial onde a ação está ocorrendo;

- via, entendida como o caminho onde a ação de enfermagem é executada;
- beneficiário, significando a entidade que recebe as vantagens de uma ação de enfermagem.

Há de se considerar a importância da formação do profissional continuamente e a partir de sua graduação. Em estudo realizado (SALOMÉ; ESPOSITO, 2008) sobre a experiência da vivência dos graduandos em enfermagem em estágio curricular, na prática de tratamento de feridas, os alunos referiram medo, insegurança e desconhecimento. As autoras deram ênfase a um processo de avaliação e capacitação constante, com a finalidade de desencadear gradativamente a conscientização dos profissionais para ter melhores formas de vivenciar o ambiente de trabalho, cada profissional oferecer envolvimento, afeto e solidariedade ao cliente.

Hoje se tem a expectativa de um atendimento humanizado e holístico. Deve-se buscar além do sentido etimológico destas palavras, e sim, respeitar os valores éticos, legais e morais da profissão em todas as fases do cuidado.

2.10 O PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES

Nesta seção são apresentadas as diretrizes básicas do Protocolo Institucional de Prevenção e Tratamento de Lesões que vinha sendo atualizado desde 2008 e ainda se encontra em vigor.

A definição de úlcera por pressão adotada no Protocolo tem como referência a NPUAP (2007) estabelecendo como úlcera por pressão uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento”.

As causas das úlceras, por fatores extrínsecos e intrínsecos, são acompanhadas de justificativa (Quadro 2).

Medidas importantes para a promoção da integridade cutânea incluem avaliar a presença de fatores de risco (Imobilidade/Incontinência urinária e Fecal/Déficit Nutricional/Idade Avançada/Obesidade/Caquexia/Nível de Consciência/uso de drogas - vasoativas, imunossupressoras, anticoagulantes, quimioterápicos).

Quadro 2: Causas de úlceras por pressão.

Fatores extrínsecos	Justificativa lógica
Pressão	Provoca oclusão dos capilares, isquemia local, comprometimento da nutrição celular, acúmulo de detritos metabólicos, morte celular e ulceração.
Fricção	Duas superfícies que se movimentam uma sobre a outra, favorecendo o aparecimento da lesão.
Cisalhamento	Exerce uma força paralela à pele e resulta da gravidade que empurra o paciente para baixo e da fricção ou resistência entre o paciente e a superfície de suporte.
Umidade	Altera o pH e a resistência da epiderme para forças externas.
Fatores intrínsecos	Justificativa lógica
Desnutrição	Menos tolerância às forças externas, compromete a cicatrização e diminui resistência à infecção devido ao efeito no sistema imunológico.
Uso de medicamentos	As drogas vasoativas provocam vasoconstrição periférica, diminuindo a irrigação nos tecidos. As drogas depressoras do Sistema Nervoso Central, imunossupressoras, anticoagulantes, antiinflamatórias, antineoplásicas, e outras que alteram o processo cicatricial.
Edema	Dificulta a circulação e interfere no suprimento de nutrientes e oxigenação para a célula.
Imobilidade	A mobilidade é uma defesa natural do corpo contra a pressão, logo, uma diminuição na mobilidade ou imobilidade, predispõe ao cisalhamento e fricção.
Percepção sensorial	Lesões neurológicas, polineuropatias e lesões medulares.

Fonte: Perissé e outros (2011).

É indicada a utilização da escala de pontuação de risco (Braden ou Waterlow), inspecionar a pele diariamente, e realizar medidas preventivas. Segundo o protocolo institucional existem ações associadas à justificativa lógica (Quadro 3).

Quadro 3: Ações preventivas para úlcera por pressão.

Ação	Justificativa lógica
1. Manter o paciente seco e higienizado	O contato com substâncias irritantes (no caso de incontências, por exemplo), favorece o aparecimento de lesões.
2. Limpar a pele com água e sabão, evitando força e fricção, enxaguando cuidadosamente.	Evitar esfregar a pele previne e reduz a fragilidade tecidual.
3. Utilizar dispositivos para posicionamento do corpo e proteção das proeminências ósseas (coxins, travesseiros).	A localização das úlceras está associada às proeminências ósseas do esqueleto humano e à atitude postural do doente.

(Continuação)

(Continuação)

Ação	Justificativa lógica
4. Evitar contraturas e posições viciosas	Deve-se aliviar e/ou diluir a pressão no corpo, sem causar fricção, estiramento ou “pontos quentes
5. Mobilizar o paciente sempre em bloco - 2 ou mais funcionários	Existem regras e protocolos que estabelecem qual o número mínimo de elementos que deverão estar presentes numa determinada situação e perante patologias determinadas.
6. Utilizar o lençol móvel (traçado) para mobilizar o paciente no leito sem arrastar	A fricção e/ou estiramento da pele aumentam o risco de lesão.
7. Fazer escala de mudança de decúbito de 2 em 2 horas (utilizar o relógio de controle de decúbito	A pressão e o tempo a que os tecidos ficam expostos a isquemia são fatores determinantes no aparecimento de lesões.
8. Manter cabeceira da cama no máximo a 30 (caso clinicamente adequado)	A aplicação direta de pressão superior à pressão de encerramento dos capilares sobre a pele e tecidos moles vai provocar hipóxia em toda a região abrangida e, se a pressão se mantiver, anóxia tecidual.
9. Elevar completamente os calcanhares impedindo o contato com qualquer superfície (NÃO utilizar luvas com água sob os calcâneos)	Evita compressão prolongada, fricção e estiramento na área. O látex da luva seria área de contato com a pele. Compressão prolongada, fricção e estiramento.
10. Estimular ingestão hídrica se não houver restrições	Uma boa alimentação e hidratação são fundamentais para a regeneração tecidual.
11. Estimular dieta adequada (contatar Serviço de nutrição).	Uma boa alimentação e hidratação são fundamentais para a regeneração tecidual.
12. Estimular a mobilização passiva (movimentação auxiliada) e/ou ativa (automovimentação).	Favorece a circulação, prevenindo a hipóxia tecidual.
13. Não massagear áreas hiperemiadas	Os capilares já estão afetados
14. Aplicar cremes ou soluções para umectação da pele íntegra (óleo vegetal, AGE)	Ajuda a revitalizar e manter o equilíbrio hídrico da pele, melhorando sua elasticidade.
15. NUNCA utilizar duas ou mais fraldas em pacientes incontinentes. NÃO utilizar fraldas em pacientes deambulantes e/ou lúcidos acamados (neste caso deve-se priorizar o uso de comadres)	A zona afetada deve ser limpa e seca o mais rapidamente possível
16. Proteger regiões trocanterianas, sacra e calcânea com filme transparente de poliuretano ou hidrocolóide fino	Previne a fricção e/ou estiramento do tecido dessas áreas.

Fonte: Perissé e outros (2011).

3 METODOLOGIA

Este Capítulo apresenta os procedimentos metodológicos utilizados no estudo, a saber: abordagem avaliativa, participantes do estudo, instrumentos aplicados, coleta e análise dos dados.

3.1 ABORDAGEM AVALIATIVA

Trata-se de um estudo avaliativo com abordagem centrada na tomada de decisão, onde há a identificação das necessidades de informação dos gestores que tomam decisões relacionadas à organização. Nessa abordagem as informações são importantes para o julgamento da efetividade das decisões dos gestores, para beneficiar o seu público legítimo. O modelo avaliativo selecionado é o descrito por Stufflebeam na década de 60 como CIPP que significa contexto, *input* (recursos), processo e produto. Fazendo referência ao contexto, a abordagem prioriza detectar os problemas a fim de orientar os objetivos e prioridades do objeto a ser avaliado. Input refere-se aos recursos e plano mais adequado para intervir na avaliação. No processo, o modelo adotado pela avaliadora considera a participação de todos os interessados (*stakeholders*) observando a implementação das ações, identificando-se obstáculos para o bom desenvolvimento do trabalho, seu aperfeiçoamento e buscar decisões que direcionem as transformações que beneficiem o que os clientes necessitam (WORTHEN, SANDERS; FITZPATRICK, 2004). Finalmente na avaliação de produto mostram-se os resultados do estudo e a definição de ações futuras, possibilitando o julgamento sobre os avanços alcançados (CHIANCA; MARINO; SCHIESARI, 2001).

Segundo Vianna (2000) esta abordagem deve responder as seguintes questionamentos: quais os objetivos devem ser alcançados; que procedimentos adotar para realizar o objeto, se os procedimentos funcionam com a devida propriedade e se os objetivos estão sendo alcançados.

Basicamente esta abordagem destaca três elementos fundamentais: (1) o processo sistemático e contínuo; (2) o esboço de questões a serem respondidas, a coleta de informações que respondam as questões e consequente devolução das informações aos interessados; (3) a tomada de decisão. Por meio da técnica da triangulação foi processado o cruzamento entre diferentes fontes de informação: análises documentais, observações e respostas dos profissionais.

Esta abordagem, segundo Elliot (2010), está voltada para avaliação de processo, fornece diretrizes mais concretas e a partir da verificação de registros dos procedimentos, detectarem falhas ocorridas ou pode subsidiar decisões.

A partir da revisão sistematizada dos processos pode-se futuramente fazer análise de causa raiz dos problemas e evitar possíveis danos. Controlar e melhorar etapas dos processos, conhecendo quais os fatores fortes contribuintes para a melhoria e as ameaças. No seu processo evolutivo, o estudo serve para melhorar algo e não provar. Serve, pois, para diminuir o hiato entre o pretendido e o real.

3.2 PARTICIPANTES

Participaram do estudo as seis equipes de enfermagem que trabalharam em escala de serviço alternados no mês de novembro de 2011. Essas equipes totalizaram 13 enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem. Entretanto, na entidade contratante estes técnicos foram admitidos como auxiliares de enfermagem. Existiam dois grupos de profissionais, concursados e outros admitidos sob a forma de contrato temporário. Portanto, todos os profissionais de nível médio foram tratados como auxiliares de enfermagem. Dentre o grupo foram considerados alguns profissionais que não pertenciam ao setor fazendo complementação de escala. Foram também incluídos todos os pacientes internados na Unidade de Cuidados Intensivos no período de coleta de dados. O hospital tem capacidade de ocupação de 12 leitos na Unidade de Cuidados Intensivos, destinados ao atendimento de pacientes com condições clínicas e cirúrgicas variadas. Durante o período de coleta de dados, os leitos denominados 6 e 7 estavam bloqueados para obras. Os critérios de inclusão dos pacientes foram idade, indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos e tempo de permanência no hospital por pelo menos três dias.

3.3 INSTRUMENTOS

Foram utilizados quatro instrumentos: uma ficha de coleta de dados (APÊNDICE A), dois roteiros de entrevista (APÊNDICES B e C) e um roteiro de observação (APÊNDICE D). O primeiro se destinou à coleta de dados referentes à avaliação de risco inicial da integridade da pele. De acordo com o protocolo institucional, essa coleta deve ser realizada pelo enfermeiro até as primeiras 12

horas após a internação hospitalar. Neste instrumento foi registrado o tempo de internação, a idade, o sexo e o seguimento da conduta estabelecida e ou implementada registrada pelo profissional.

O segundo e o terceiro instrumentos foram roteiros de entrevistas estruturadas voltadas, respectivamente para enfermeiros e auxiliares de enfermagem; onde o segundo se diferencia do terceiro e quarto uma vez que, quem deveria definir a conduta para o tratamento ou prevenção é o enfermeiro. A entrevista é um procedimento utilizado para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social, tendo como objetivo principal a obtenção de informações do entrevistado sobre determinado assunto ou problema. Além disso, é bastante adequada para a obtenção de informações acerca das pessoas que sabem, crêem, esperam, sentem ou desejem, pretendem fazer ou fizeram (LAKATOS; MARCONI, 1991; GIL, 1999).

O tipo de entrevista utilizada foi a estruturada, que consistiu em um roteiro sistematicamente elaborado, onde as perguntas direcionadas ao sujeito foram pré-determinadas. De acordo com Minayo (1996, p. 99), “o roteiro de entrevista deve ser direcionado tanto para o delineamento do sujeito do objeto da pesquisa, quanto à realidade empírica”. Esses roteiros identificaram a que equipe o profissional pertence, tempo de lotação na Unidade de Cuidados Intensivos em meses, o tempo de experiência, formação e conhecimento adquirido sobre a avaliação da integridade da pele e o protocolo institucional. Conhecer as dificuldades e ou facilidades para implementação das medidas de prevenção e tratamento a partir do protocolo na instituição.

O quarto instrumento foi um roteiro de observação da atuação do enfermeiro considerando o tempo gasto para o tratamento de cada paciente para prevenção e tratamento da úlcera considerando a quantidade e o estágio da lesão, avaliação do risco inicial, a quantidade de profissionais envolvidos no procedimento e a escala com a distribuição de pessoal para cada 12 horas de plantão na Unidade de Cuidados Intensivos no período de observação.

Os itens foram apresentados de maneira clara e objetiva facilitando a leitura e interpretação dos dados. Todos os instrumentos foram validados em conteúdo por uma enfermeira doutora, especialista e duas supervisoras especialistas da instituição onde o estudo foi realizado.

3.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Foi encaminhada a carta para autorização do estudo na Instituição hospitalar, solicitando autorização para coleta de dados, que após ser aprovada, foi assinada e encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde com o protocolo de pesquisa n ° 157/11CAAE n ° 1568.0.000.314-11 (ANEXO B), ficando uma via com a instituição. Conforme as exigências da Resolução nº. 196 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996), que aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, todos os participantes foram informados quanto aos objetivos do estudo, bem como da participação voluntária e o direito da não participação. Os que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), em duas vias de igual teor, ficando uma via com os participantes do estudo garantindo-lhes sigilo quanto à sua identificação segundo o Conselho Nacional de Saúde.

O instrumento foi aplicado após a validação de dois profissionais especialistas da instituição. A fonte de verificação foi o registro no prontuário dos pacientes internados durante o período de observação pela autora. Vale ressaltar que a autora enquanto observadora foi um espectador não - participante. O observador toma contato com a realidade a ser observada, mas não se integra a ela, não participa.

O ambiente da coleta de dados é um fator importante, para isso no momento de observação, avaliação e verificação da adoção do protocolo durante o procedimento. As avaliações de registro foram feitas nos seis dias seguidos, sendo que, com relação à avaliação do estagio da lesão, além de verificar o registro foi perguntado ao profissional que estava atuando e registrado com validação confirmada pelo enfermeiro. Foram abordados todos os profissionais das diferentes equipes da Unidade de Cuidados Intensiva, estando a autora presente nos momentos previstos para cuidados assistenciais referentes à prevenção e tratamento das úlceras por pressão da rotina. Não foi computado o tempo em que houve necessidade de nova intervenção, por exemplo, ao final do plantão nos casos em que há necessidade de nova higienização.

Foi utilizado um roteiro de coleta de dados para registro de dados provenientes da fonte documental por sua riqueza e aspecto legal, entrevista estruturada para a equipe de enfermagem, pois permite maior aproximação e esclarecimentos. Inicialmente a pesquisadora esclareceu as intenções do estudo

avaliativo focada no propósito da melhoria da qualidade e segurança do paciente, profissional, familiares e qualidade nas condições de trabalho. As características demográficas foram coletadas a partir do registro no prontuário dos pacientes internados durante o período da avaliação. O anonimato de quem forneceu as informações foi preservado. Os indivíduos que se adequaram aos critérios de inclusão do estudo de avaliação foram avaliados nos seguintes momentos: análise inicial identificando a avaliação de risco inicial nas primeiras 12h após a internação, avaliar o seguimento das diretrizes do protocolo, identificar a ocorrência de descontinuidade do tratamento e suas causas, conhecerem qual o treinamento ou conhecimento adquirido pela equipe de enfermagem, por categoria profissional com relação ao protocolo institucional; tempo médio gasto pela enfermagem para execução do curativo da úlcera por pressão e medidas de prevenção, escala diária de tarefas observando a quantidade de profissionais escalados por pacientes relacionando momentaneamente ao estágio da úlcera por pressão respondida durante a entrevista. A avaliadora deste estudo não considerou a fidedignidade da avaliação do estágio da úlcera de acordo com a dimensão, profundidade, grau de nutrição e sim a resposta fornecida, o registro observando as variáveis entre as seis equipes de trabalho por plantão.

Durante o estudo, a autora se deparou com algumas limitações como a dificuldade de seleção dos pacientes a serem incluídos, provável alta, instabilidade do quadro do paciente e as possíveis cirurgias, permitindo que fossem transferidos para outro setor ou serviço.

Os dados coletados qualitativos foram digitados em planilha *Excel*. A análise considerou os resultados dos dois grupos de profissionais, enfermeiros e os auxiliares de enfermagem e suas variáveis por plantão. As variáveis relacionadas às características sociodemográficas dos pacientes observados durante o período de coleta foram sumarizadas e apresentadas descritivamente. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos, combinando as evidências qualitativas e quantitativas a fim de responder as perguntas avaliativas. Os pacientes, familiares e profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) para participação no estudo avaliativo.

4 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados do estudo avaliativo sobre a prevenção e tratamento das Úlceras de Pressão em relação ao cuidado de enfermagem.

É importante informar que o presente estudo avaliativo não teve a intenção de avaliar a incidência ou prevalência das úlceras por pressão, pois pacientes vem de outros hospitais ou domicílio com úlceras. Além do que, fatores já apresentados como patologias, medicações, estado nutricional dentre outros, interferem para o surgimento ou avanço nos estágios das úlceras. Doze pacientes estiveram internados na Unidade de Cuidados Intensivos durante os seis plantões seguidos, período este quando ocorreu a coleta de dados. Neste período de observação, dois leitos estavam bloqueados. Ocorreu uma alta, um óbito e dois pacientes foram admitidos. Mesmo com a rotatividade, no período dos seis turnos de 12 horas, mantiveram-se em média sete pacientes do sexo masculino, com idades variando entre 75 a 85 anos, 66 a 75 anos; 56 a 65; 36 a 45; e três do sexo feminino, dois variando de 26 a 35 e outros dois entre 56 a 65.

4.1 REGISTRO DA AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERAS POR PRESSÃO

O primeiro processo avaliativo teve foco em um dos principais aspectos do protocolo institucional que é a medida de prevenção, a avaliação do Grau de Risco para Úlceras por Pressão, indicada na Escala de Braden.

Tabela 1: Registro em prontuário da avaliação de risco de úlcera por pressão (Escala de Braden), nas primeiras 12h após a internação no hospital.

Plantão	Alto risco	Médio risco	Baixo risco	Não avaliado	Total
Serviço Diurno 1	-	-	-	10	10
Serviço Diurno 2	-	-	-	10	10
Serviço Diurno 3	-	-	-	10	10
Serviço Noturno 1	1	-	-	9	10
Serviço Noturno 2	-	-	-	10	10
Serviço Noturno 3	-	-	-	10	10
Enfermeiros diaristas	-	-	-	10	10

Fonte: A autora (2011).

A Tabela 1 mostra que dos 10 pacientes, apenas um paciente admitido no Serviço Noturno 1 teve sua avaliação de risco avaliada durante o período da coleta de dados e observação. Mesmo tendo sido avaliados 12 pacientes, 10 leitos estavam ativos, por plantão. A avaliação de risco inicial foi realizada em impresso

institucional, denominado Histórico de Enfermagem, o que atende ao protocolo institucional na Unidade de Cuidados Intensivos que informa que quando o paciente vem de fora do hospital este registro deve ser feito neste impresso. Segundo o protocolo institucional, estes pacientes, quando admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos, provenientes de algum setor da organização, deveriam ter o registro no impresso de evolução de enfermagem. No item do formulário que aborda curativos, deveria ser descrito o local do curativo, tipo, aspecto, tamanho e protocolo empregado. Não foi evidenciado no prontuário destes pacientes, nenhum formulário preenchido. Vale ressaltar que a Sistematização da Assistência de Enfermagem prevista pelo Conselho Federal de Enfermagem (2002) prevê o registro destas etapas.

O outro paciente que fora admitido no mesmo plantão não teve a sua avaliação de risco registrada. Foi informado pela enfermeira plantonista do Serviço Noturno 1, que o histórico de enfermagem, que contém a anamnese, exame físico detalhado que inclui a escala de Braden, só é realizado e registrado na Unidade de Cuidados Intensivos, quando o paciente vem de fora da instituição, por transferência ou do domicílio. Quando vem de outros setores do hospital, esta avaliação deveria estar no prontuário, mas seria feita pelo enfermeiro da unidade de origem. Se o histórico não foi realizado anteriormente, o paciente permanecerá sem o mesmo segundo o enfermeiro de plantão. Foi questionado para a enfermeira da rotina onde mais poderia ser localizada a informação. A enfermeira auxiliou a busca na pasta de formulários onde os impressos poderiam estar arquivados, entretanto o formulário não foi encontrado.

Dentre os pacientes internados, havia um com 103 dias de internação. Neste caso, quando o paciente fica internado por longo tempo, o prontuário é desmembrado e são retirados os excessos.

Outro paciente, com idade entre 76 e 85, apresentava três úlceras por pressão em estágio II. A paciente do leito 11, com 30 dias de internação, na idade entre 26 a 35 anos, apresentava três úlceras por pressão, sendo uma em estágio IV, e duas em estágio II, estava sendo submetida a hemodiálise. O paciente do leito 12, com idade entre 66 a 75 anos apresentava seis úlceras por pressão, variando entre os estágios I e II também com 30 dias de internação.

O histórico que inclui a avaliação de risco não foi encontrado para os 9 pacientes restantes. Os registros deveriam ser feitos em impresso próprio e

anexados ao prontuário ao final do plantão. Seria quando os outros membros da equipe teriam acesso aos registros realizados pela enfermagem durante o turno, partilhando as informações e as variáveis encontradas para subsidiar a conduta. Isto só ocorre no plantão seguinte.

Tabela 2: Registro da conduta traçada de acordo com o instrumento de Integridade da Pele e Tecidos adotados pela instituição.

Questão	Sim	Não
Registro traçado de acordo com o instrumento de Integridade da pele da instituição	-	12
Conduta implementada	-	12
Conduta interrompida	-	12
Conduta modificada com justificativa	-	12
Conduta ausente	12	0
Conduta modificada sem justificativa	-	-

Fonte: A autora (2011).

A Tabela 2 indica que nenhum dos pacientes observados teve a sua conduta traçada registrada no prontuário. A aplicação de escalas de predição ou avaliação de risco para úlceras por pressão permite implementar guias ou protocolos que visem à prevenção. Sua utilização é indicada por vários autores, que afirmam que identificar o indivíduo de risco é o primeiro passo para a prevenção (BRADEN, 1997; DEALEY, 1996). Existe um impresso denominado Plano de Cuidados de Enfermagem em que há uma lista com cuidados a serem implementados. Em relação à integridade da pele existem dois itens:

1) Realizar o curativo conforme o protocolo institucional; este aspecto não ajuda o auxiliar de enfermagem, a saber a conduta ideal, assim como não faz referência às medidas de prevenção.

2) Fazer massagem de conforto. O instrumento não contempla o protocolo. Segundo o GNEAUP (2006), não deve ser feito massagem em locais com proeminências ósseas.

Em dois, de 12 Planos de Cuidados, havia a checagem do cuidado com os aprazamentos; em 10 outros planos, não. O registro das informações no prontuário servirão de base para defesa do profissional e proteção do paciente. “Deve ser verdade, não há lugar para mentir, compreensível e acessível para o paciente, e adequada às necessidades e exigências dos pacientes” (LLUCH, 2002 p. 17).

Os auxiliares de enfermagem informaram que “fazem suas anotações sumarizadas na Folha de Evolução”. Quando o curativo é realizado, a profissional rubrica e coloca a data sobre ele. Deve-se considerar que este curativo pode ter a necessidade de ser trocado, não garante que o próximo profissional a prestar o cuidado acompanhe a conduta. O registro no prontuário é que garante o valor legal e permite a continuidade do cuidado, assim como o resultado do tratamento.

4.2 PERFIL DOS ENFERMEIROS FRENTE À PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Estes dados foram obtidos através de entrevista direta correspondendo a 13 Enfermeiros que representaram os profissionais que trabalharam no período de coleta.

Tabela 3: Tempo de lotação dos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos, em meses, por plantão.

Tempo de lotação em meses no UCI	D	SD1	SD2	SD3	SN1	SN2	SN3	Total
1m a 3 meses	1	-	-	-	-	-	-	1
3m a 6 meses	-	-	-	-	-	-	-	-
6m a 9 meses	-	-	-	-	1	-	1	2
9m a 12 meses	-	-	-	1	-	-	-	1
mais de 12 meses	1	2	2	-	1	2	1	9
Não pertence ao setor	-	-	-	-	-	-	-	3
Total	2	2	2	1	2	2	2	13

Fonte: A autora (2011).

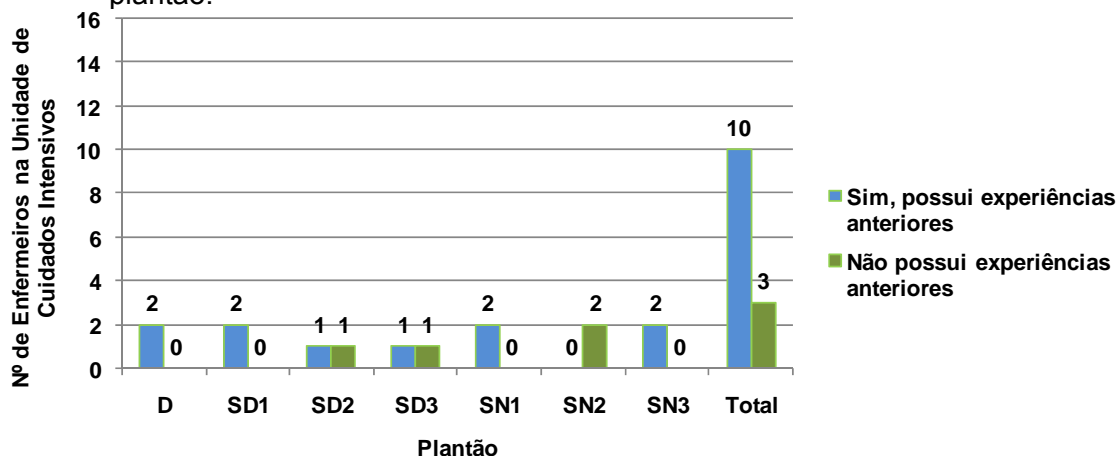
Legenda: D - diarista; SD1 - serviço diurno 1; SD2 - serviço diurno 2; SD3 - serviço diurno 3; SN1 - serviço noturno 1; SN2 - serviço noturno 2; SN3 - serviço noturno 3.

O estudo, por questões operacionais da organização hospitalar, teve o grupo de enfermeiros dividido em dois subgrupos, interno e externo à Unidade de Cuidados Intensivos. O subgrupo externo reúne os profissionais de outros setores, e que no momento do estudo desempenhavam suas atividades no setor.

Pelos dados da Tabela 3 apresenta-se o tempo de lotação dos enfermeiros que atuam na Unidade de Cuidados Intensivos, em meses, por plantão. Devido à falta de funcionários, durante o período de observação, havia três enfermeiros que faziam plantão extra (externos ao setor) lotados no Serviço Diurno 2, um Diarista e um enfermeiro residente Diarista que atuava sob supervisão de um enfermeiro responsável. Em relação ao tempo de lotação, nove dos enfermeiros estão lotados ou já tiveram experiência em Unidade de Cuidados Intensivos a mais de 12 meses. Com tempo de lotação entre seis a nove meses foram identificados dois profissionais

e um, entre nove e 12 meses. A enfermeira residente representou a única que tinha entre um a três meses de experiência. Isto demonstrou que os profissionais enfermeiros eram experientes, com exceção de três deles.

Gráfico 1: Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos com experiências anteriores no tratamento de úlcera por pressão fora do setor nos últimos 12 meses, por plantão.

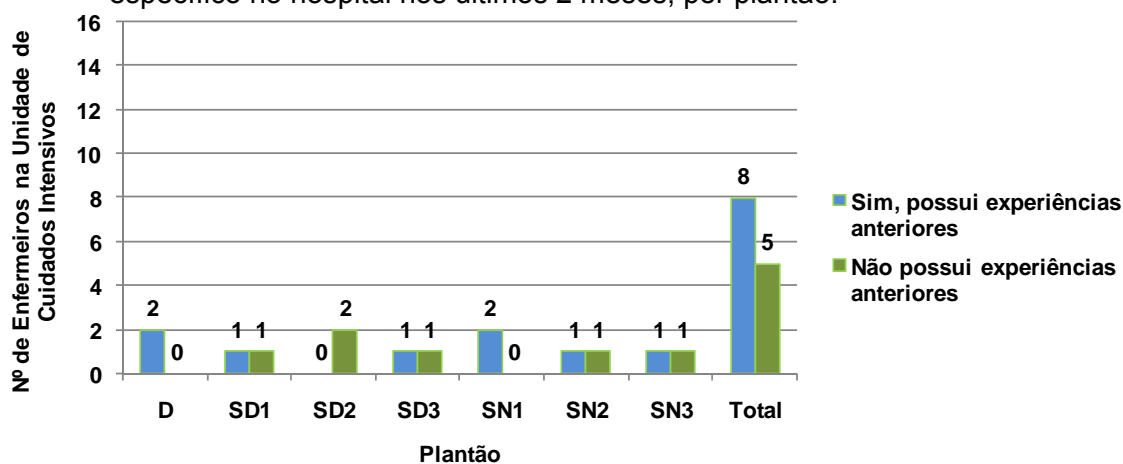


Fonte: A autora (2011).

Legenda: D - diarista; SD1 - serviço diurno 1; SD2 - serviço diurno 2; SD3 - serviço diurno 3; SN1 - serviço noturno 1; SN2 - serviço noturno 2; SN3 - serviço noturno 3.

Pelos dados do Gráfico 1 nota-se que dos 13 profissionais, 10 enfermeiros informaram através de entrevista estruturada, que tiveram experiências anteriores, atuando na prevenção ou no tratamento das úlcera por pressão. Entretanto, dois enfermeiros lotados no serviço diurno, informaram não ter tido experiências anteriores neste tipo de cuidado. O enfermeiro do Serviço Diurno 2 é o que atua no setor de Quimioterapia, e é deslocado para a Unidade de Cuidados Intensivos com a finalidade de suprir a falta do profissional no dia.

Gráfico 2: Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos que tiveram treinamento específico no hospital nos últimos 2 meses, por plantão.



Fonte: A autora (2011).

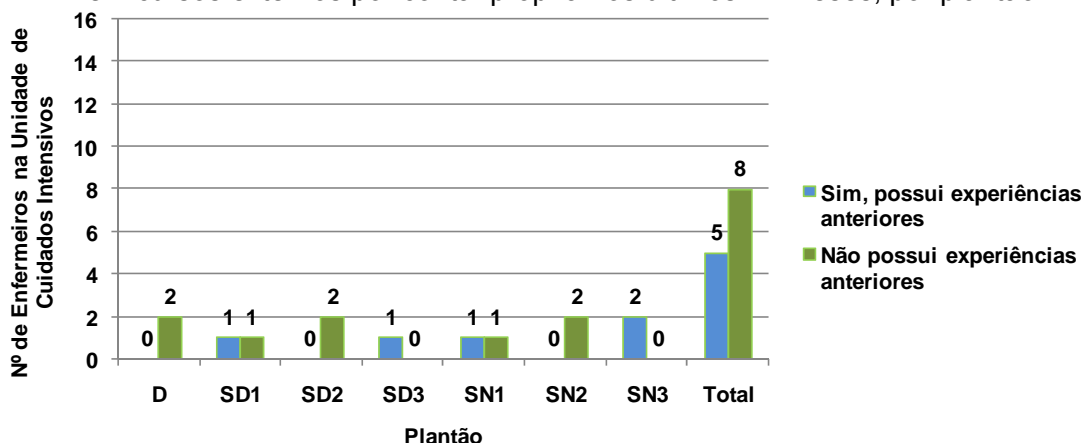
Legenda: D - diarista; SD1 - serviço diurno 1; SD2 - serviço diurno 2; SD3 - serviço diurno 3; SN1 - serviço noturno 1; SN2 - serviço noturno 2; SN3 - serviço noturno 3.

O Gráfico 2 permite verificar que, dos 13 enfermeiros, oito profissionais participaram de treinamento nos últimos 12 meses. Deles, dois enfermeiros fizeram referência ao Grupo de Lesões, que no ano anterior reunia-se periodicamente com inclusive a participação de médicos e nutricionistas motivados pelo lançamento da Pré Campanha de Prevenção de Úlceras por Pressão.

Foi apresentado e disponibilizado em rede informatizada na organização, em novembro de 2010, o Protocolo de Prevenção e Tratamento de Lesões e foi constituída pelo nível hierárquico superior a Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões, sendo publicado em Diário Oficial. Dos respondentes, cinco enfermeiros informaram não terem tido oportunidade de participar dos treinamentos.

Segundo a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2010), a Resolução nº 7 dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva onde no Art. 17, a equipe da Unidade de Cuidados Intensivos deve participar de um programa de educação continuada, contemplando, no mínimo, normas e rotinas técnicas. As atividades de educação continuada devem estar registradas, com data, carga horária e lista de participantes, incorporação de novas tecnologias; gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais. Ao serem admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos, os profissionais devem receber capacitação para atuar na unidade. Durante o período de coleta foi informado que alguns treinamentos foram oferecidos por representantes técnicos de empresas, mas que os funcionários da noite têm tido dificuldade em participar.

Gráfico 3: Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos que adquiriram conhecimento em cursos externos por conta própria nos últimos 12 meses, por plantão.

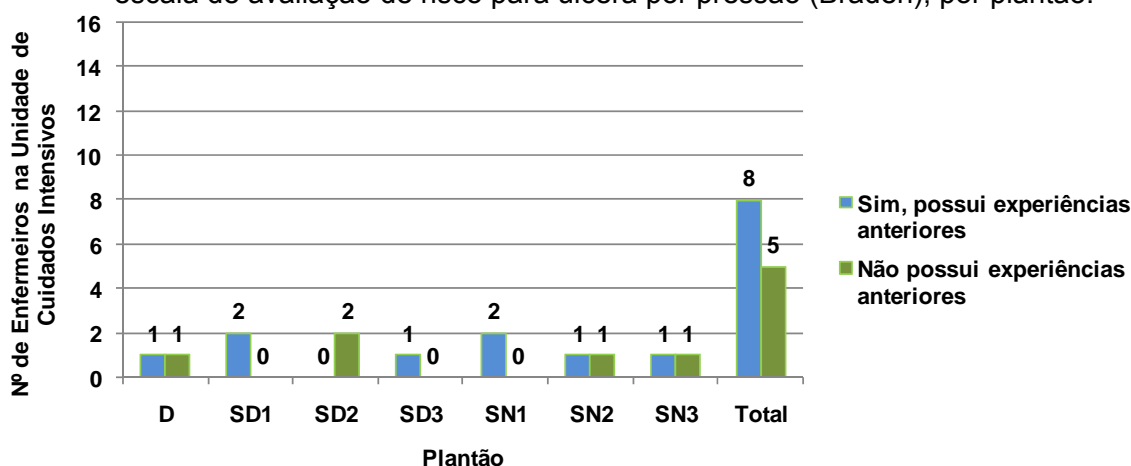


Fonte: A autora (2011).

Legenda: D - diarista; SD1 - serviço diurno 1; SD2 - serviço diurno 2; SD3 - serviço diurno 3; SN1 - serviço noturno 1; SN2 - serviço noturno 2; SN3 - serviço noturno 3.

O Gráfico 3 indica que cinco, dos 13 enfermeiros, “buscaram atualização em congressos ou através de treinamentos oferecidos em outra instituição que trabalham”. Entretanto, oito profissionais informaram que não procederam assim, e nem buscaram ou tiveram oportunidade de adquirir conhecimentos. Destaca-se que destes, três eram do serviço noturno e dois eram diaristas que não pertenciam ao setor. O treinamento em serviço é a forma que traz maior garantia de participação, mas com poucos profissionais e tendo que desviá-los de sua atividade principal, torna-se difícil. A multicasualidade da úlcera por pressão exige da enfermagem uma busca constante em conhecimento e envolvimento no alto nível de informações. Exige solidez de conhecimento para que se consiga adequar à teoria a prática. Em se tratando de úlcera por pressão é importante um aprofundamento do conhecimento sobre prevenção e tratamento de lesões para melhor identificar o problema, ter rapidez na tomada de decisão e instituição de práticas e protocolos atualizados. (BERGSTROM et al., 1992).

Gráfico 4: Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos com segurança em aplicar a escala de avaliação de risco para úlcera por pressão (Braden), por plantão.



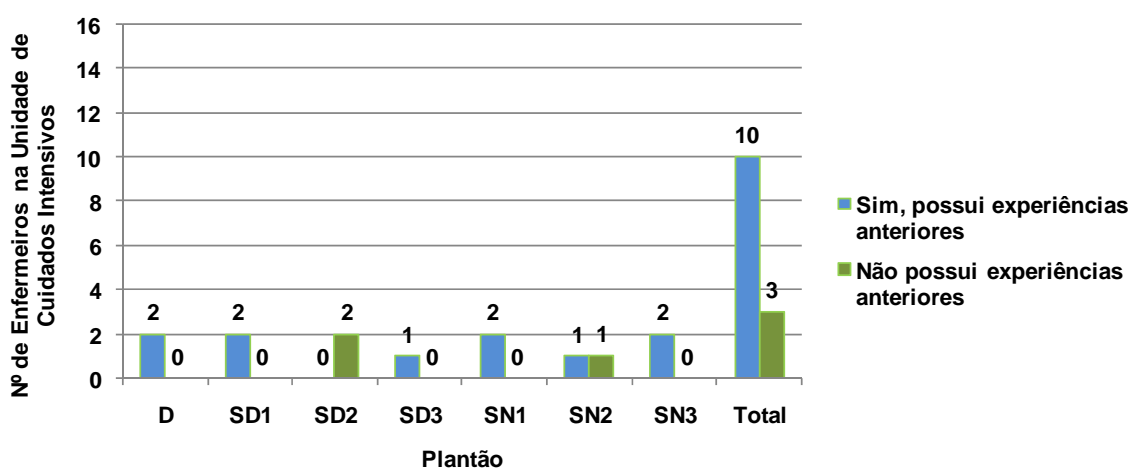
Fonte: A autoria (2011).

Legenda: D - diarista; SD1 - serviço diurno 1; SD2 - serviço diurno 2; SD3 - serviço diurno 3; SN1 - serviço noturno 1; SN2 - serviço noturno 2; SN3 - serviço noturno 3.

Pelos dados do Gráfico 4 evidencia-se que oito enfermeiros declararam ter segurança em aplicar a Escala de Avaliação de Risco para Úlceras por Pressão (Braden). É importante ressaltar que este é um procedimento que pressupõe o exame físico, anamnese com avaliação minuciosa da integridade da pele, fazendo parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem. É atribuição própria do Enfermeiro como definido pelo Conselho Federal de Enfermagem na Resolução

nº. 272 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002). Dos enfermeiros entrevistados, cinco respondentes informaram não terem tal segurança na aplicação da avaliação. Pelo Gráfico 4, verifica-se que, no SD 2 nenhum dos dois enfermeiros informou ter segurança em aplicar a escala, sendo que um destes profissionais pertencia ao setor de quimioterapia. Esta é a principal medida de prevenção para Úlceras por Pressão que surge a partir da avaliação do grau de risco pela escala de Braden. A partir daí, todas as diretrizes e aplicabilidade do protocolo deveriam ter início.

Gráfico 5: Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos que sabem definir a conduta de acordo com o estágio da úlcera por pressão, por plantão.

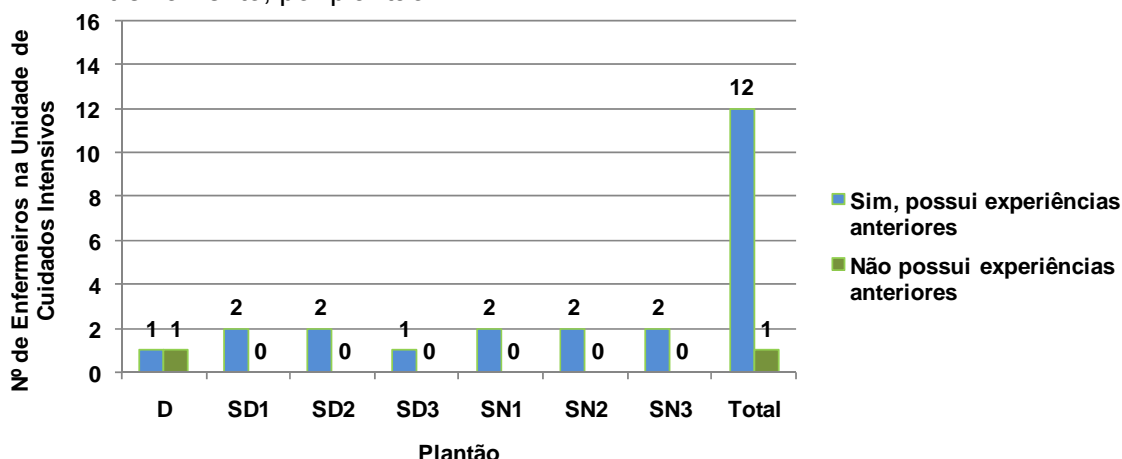


Fonte: A autora (2011).

Legenda: D - diarista; SD1 - serviço diurno 1; SD2 - serviço diurno 2; SD3 - serviço diurno 3; SN1 - serviço noturno 1; SN2 - serviço noturno 2; SN3 - serviço noturno 3.

De acordo com os dados representados no Gráfico 5, dos 13 enfermeiros entrevistados, 10 profissionais informaram saber definir a conduta de acordo com o estágio da úlcera por pressão. No entanto, três informaram não saber definir essa conduta. Observa-se que os dois únicos enfermeiros do Serviço Diurno 2 disseram que não sabem definir essa conduta. Há de se considerar a responsabilidade técnica atribuída aos gestores, provendo e garantindo a segurança no cuidado, qualificação dos profissionais reavaliada periodicamente, principalmente em se tratando de pacientes que alteram seu quadro clínico repentinamente.

Gráfico 6: Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos com necessidade de treinamento, por plantão.



Fonte: A autora (2011).

Legenda: D - diarista; SD1 - serviço diurno 1; SD2 - serviço diurno 2; SD3 - serviço diurno 3; SN1 - serviço noturno 1; SN2 - serviço noturno 2; SN3 - serviço noturno 3.

Apesar de apenas três enfermeiros terem informado a falta de conhecimento para definir a conduta relativa ao estágio de úlcera por pressão, o Gráfico 6 mostrou que 12 dos enfermeiros declararam que sentem necessidade de treinamento e apenas um informou que não necessita. Este profissional pertencia à Clínica Cirúrgica e estava fazendo plantão extra. Estes dados refletem a necessidade de adquirir conhecimento para definir a conduta relativa ao estágio de úlceras por pressão. No cuidado com o paciente portador de úlcera por pressão, todos os profissionais, incluindo os enfermeiros, são considerados responsáveis e devem responder pelo oferecimento de cuidados seguros e apropriados. Uma vez que a falta deste cuidado para este tipo de paciente pode levar a danos a sua saúde e até mesmo a morte (TIMBY, 2007).

Tabela 4: Dificuldades para implementação das medidas de prevenção estabelecidas nos protocolos pelos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos, por plantão.

Plantão	Falta de tempo	Falta de insumos	Falta de experiência	Outros
Serviço Diurno 1	2	-	-	-
Serviço Diurno 2	1	2	1	-
Serviço Diurno 3	1	1	-	-
Serviço Noturno 1	2	1	-	1
Serviço Noturno 2	2	2	-	-
Serviço Noturno 3	2	1	-	1
Enfermeiros diaristas	-	1	-	1
Total	10	8	1	3

Fonte: A autora (2011).

Com relação aos fatores dificultadores, a Tabela 4 revelou que 10 enfermeiros, dos 13 respondentes, declararam que um dos fatores dificultadores para a implementação das medidas de prevenção estabelecidas no protocolo é a falta de tempo para prestar a assistência adequada. Dos participantes enfermeiros, oito consideraram a falta de insumos como o segundo impedimento. O único enfermeiro que fez referência à falta de treinamento é o que fazia plantão extra por necessidade de complementação de escala e que era lotado na Quimioterapia. Do restante dos enfermeiros, cinco responderam mais de uma alternativa. Na alternativa outros, foi respondido que existe, “falta de conhecimento de toda a equipe, pois não se consegue manter o protocolo quando cada profissional acha que a sua conduta individual é a forma correta de atuar”, “não há retorno de pareceres da Comissão de Curativos.” Apenas um enfermeiro que marcou todas as alternativas, não especificou outros.

Tabela 5: Elementos facilitadores para implementação das medidas de prevenção estabelecidas nos protocolos pelos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos, por plantão.

Plantão	Tempo	Insumos	Oferta de treinamentos	Outros
Serviço Diurno 1	-	-	2	-
Serviço Diurno 2	1	1	1	-
Serviço Diurno 3	1	1	1	1
Serviço Noturno 1	-	-	1	1
Serviço Noturno 2	-	1	2	-
Serviço Noturno 3	1	1	1	2
Enfermeiros diaristas	-	1	2	-
Total	3	5	10	4

Fonte: A autora (2011).

A Tabela 5 indica que 10, dos 13 enfermeiros respondentes, informaram que a oferta de treinamentos é um elemento facilitador. Demonstraram interesse e importância à atualização, pois o protocolo está sempre sendo atualizados, novos insumos são lançados no mercado freqüentemente e o enfermeiro é o responsável por dar a diretriz da conduta. Dos respondentes, três consideraram a oferta de mais tempo como facilitador, cinco informaram que um importante facilitador para a implementação de conduta é a oferta de insumos, uma vez que aplicam as medidas de prevenção ou tratam as úlceras por pressão com os produtos que tem no almoxarifado, que nem sempre corresponde à necessidade do paciente e ou ao preconizado pelo protocolo. Dos quatro profissionais que marcaram a opção outros,

dois assinalaram todas as opções e não especificaram o que seria outros, dois enfermeiros do Serviço Noturno informaram não existir elementos facilitadores.

A falta de infraestrutura, o cansaço frente à jornada de trabalho com número de profissionais insuficientes gera falta de motivação e o essencial, expõe a segurança e responsabilidade frente ao exercício profissional e pode causar danos aos pacientes. Condições básicas devem ser garantidas, defende Salvan (2006). Este mesmo autor faz referência ao problema que o profissional médico ou enfermeiro enfrentam muitas vezes ao fazer a prescrição e registro na evolução médica ou de enfermagem e sofrer sanções e punições pelo gestor do hospital. Tal situação evidencia a falta de estrutura para o tratamento na organização, sendo o profissional muitas vezes até demitido.

4.3 PERFIL DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM FRENTE À PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

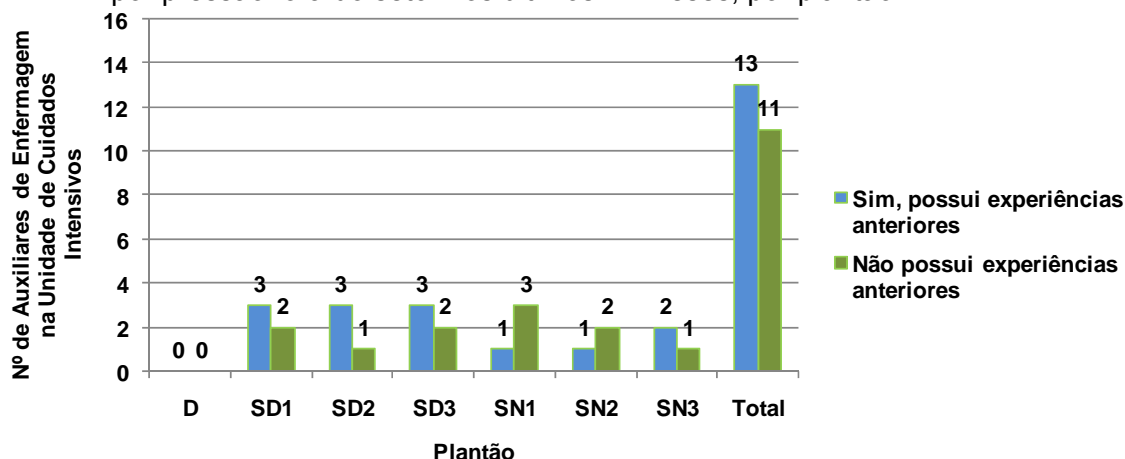
Tabela 6: Tempo de lotação dos Auxiliares de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos, em meses, por plantão.

Tempo em meses	D	SD1	SD2	SD3	SN1	SN2	SN3	Total
1m a 3 meses	-	-	-	-	-	-	-	-
3m a 6 meses	-	-	-	-	-	-	-	-
6m a 9 meses	-	-	1	-	-	-	-	1
9m a 12 meses	-	-	1	1	-	-	-	2
mais de 12 meses	-	5	2	4	4	3	3	21
Total	-	5	4	5	4	3	3	24

Fonte: A autora (2011).

A Tabela 6 revela que 21, dos 24 auxiliares de enfermagem, informaram terem um tempo de lotação e ou experiência em Unidade de Cuidados Intensivos maior que 12 meses e dois funcionários apresentaram menor tempo de lotação, abaixo de 12 meses e estavam lotados no serviço diurno. É importante informar, que todos os profissionais de nível médio entrevistados eram técnicos de enfermagem, e foram admitidos por concurso público ou contrato temporário como auxiliares de enfermagem. A condição de contrato temporário gera instabilidade, pois a qualquer momento o profissional pode ter seu contrato cancelado. Entretanto, mesmo nesta condição, os dados mostram um grupo experiente em Cuidados Intensivos.

Gráfico 7: Auxiliares de Enfermagem com experiências anteriores no tratamento de úlcera por pressão fora do setor nos últimos 12 meses, por plantão.

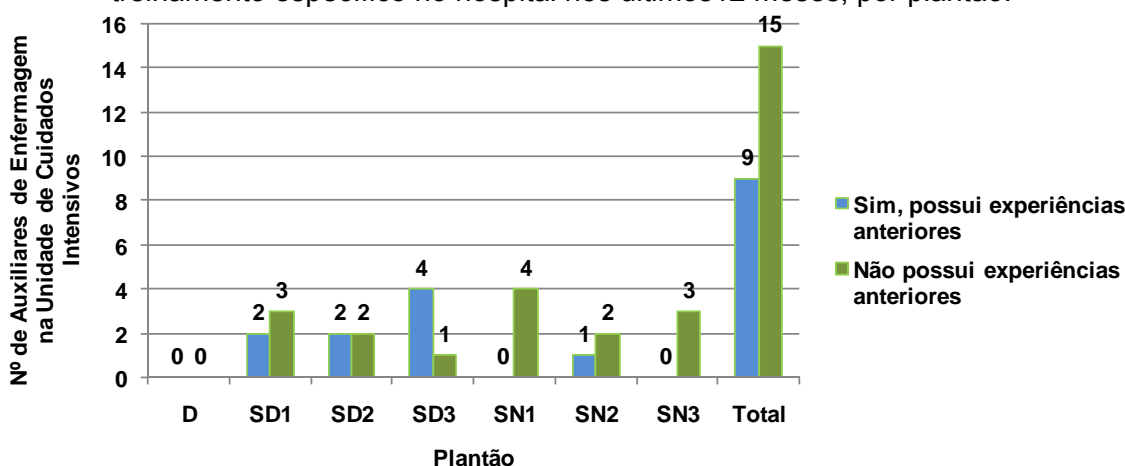


Fonte: A autora (2011).

Legenda: D - diarista; SD1 - serviço diurno 1;SD2 - serviço diurno 2;SD3 - serviço diurno 3; SN1 - serviço noturno 1;SN2 - serviço noturno 2;SN3 - serviço noturno 3.

Dos 24 auxiliares de enfermagem, 13 responderam que tiveram experiência anterior no tratamento de úlcera por pressão adquirida fora do setor (Gráfico7) e 11 não tiveram experiência anterior na prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Durante a entrevista, foi informado que “muitas vezes os auxiliares prestam os cuidados sem a presença do enfermeiro, pois os mesmos estão envolvidos em outras atividades ou em número insuficiente.”

Gráfico 8 : Auxiliares de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos que tiveram treinamento específico no hospital nos últimos12 meses, por plantão.



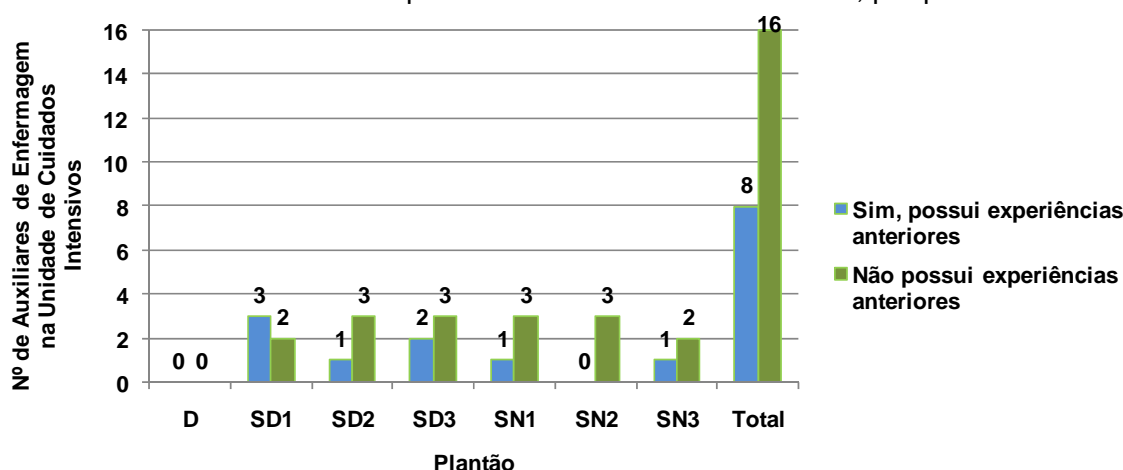
Fonte: A autora (2011).

Legenda: D - diarista; SD1 - serviço diurno 1;SD2 - serviço diurno 2;SD3 - serviço diurno 3; SN1 - serviço noturno 1;SN2 - serviço noturno 2;SN3 - serviço noturno 3.

O Gráfico 8 mostra que dos 24 profissionais de nível médio, 15 auxiliares de enfermagem não tiveram oportunidade de participar de treinamento específico. Esse

dado reflete a rotina de que o enfermeiro é o responsável por fazer e determinar a conduta com relação à integridade da pele, quando os auxiliares participam é “quando um representante técnico vai ao setor , ou o enfermeiro do setor oferece o treinamento”. Foi relatado que “devido ao *déficit* de pessoal têm dificuldade de participar dos treinamentos e ausentarem-se do setor, ou saem para outra instituição para nova jornada de trabalho.” Observa-se também que no Serviço Noturno 1, quatro auxiliares e no Serviço Noturno 3, três auxiliares informaram não ter participado de treinamento específico. Os treinamentos no serviço noturno quase não ocorrem, além do que na Unidade de Cuidados Intensivos à noite e feriados, a escala é reduzida em um auxiliar.

Gráfico 9: Auxiliares de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos que adquiriram conhecimento em cursos externos por conta própria sobre prevenção e tratamento de Úlceras por Pressão nos últimos 12 meses, por plantão.

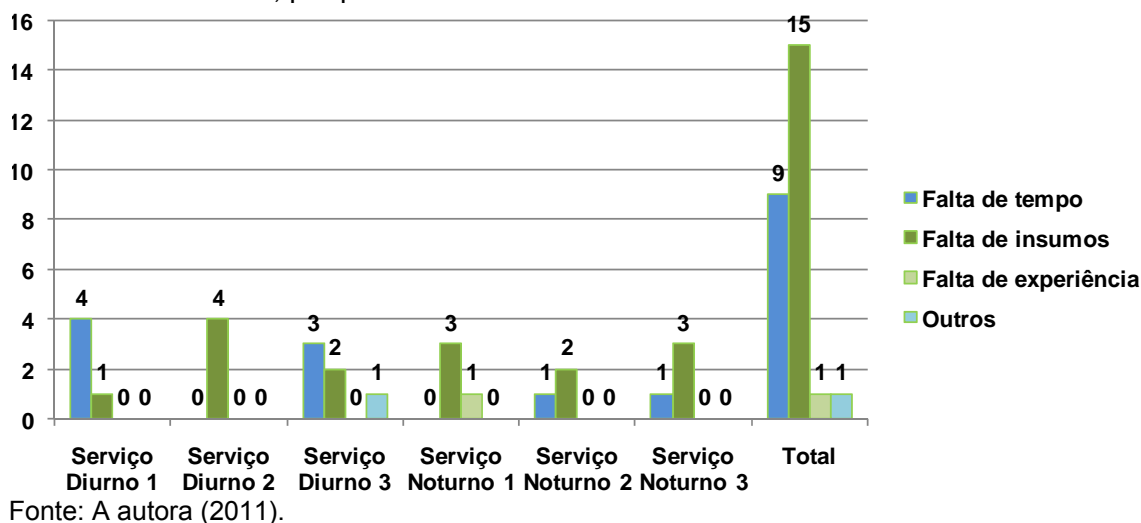


Fonte: A autora (2011).

Legenda: D - diarista; SD1 - serviço diurno 1;SD2 - serviço diurno 2;SD3 - serviço diurno 3; SN1 - serviço noturno 1;SN2 - serviço noturno 2;SN3 - serviço noturno 3.

Os dados do Gráfico 9 mostram que dos 24 auxiliares entrevistados, 16 responderam que não buscaram conhecimento em cursos externos, mas oito profissionais informaram que tiveram oportunidade e buscaram conhecimentos específicos. Também nas atribuições definidas pela organização, o curativo deveria ser realizado pelo enfermeiro ou sob supervisão direta do mesmo. Os treinamentos não são, em sua maioria, destinados aos auxiliares, mas como constatado na resposta do entrevistado, acabam atuando sozinhos ou sob supervisão. Alguns auxiliares informaram que “atuam como enfermeiros em outras organizações”.

Gráfico 10: Dificuldades para implementação das medidas de prevenção estabelecidas nos protocolos pelos Auxiliares de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos, por plantão.



O Gráfico 10 indica que 15 dos Auxiliares de Enfermagem informaram que os fatores que impediam a implementação do protocolo era a falta de insumos, coberturas padronizadas de acordo com a lesão; nove auxiliares disseram que era a falta de tempo, e um auxiliar informou que lhe faltava experiência. É importante ressaltar que em dois plantões três funcionários marcaram mais de uma alternativa e citaram em outros “a falta de recursos humanos, colchão maior do que a cama, lençóis curtos, falta de oleados (improvisam com saco de lixo) colchões pneumáticos insuficientes e falta de traçados”. Observa-se que todos os membros da equipe atuam na implementação das ações. Não é uma atividade que exclua os auxiliares. Conhecem os problemas, enfrentam uma falta de estrutura diariamente, após longas jornadas de trabalho.

Segundo Wagner e Hollenbeck (1999), os profissionais indicam uma insatisfação no suprimento de suas necessidades fisiológicas e de autorrealização. Porém, quando analisados os fatores desmotivacionais, a ênfase concentrou-se no grupo das chamadas necessidades de ordem superior ou decrescimento e reconhecimento, de onde pode-se extrair que a verdadeira desmotivação origina-se da ausência de incentivo ao aspecto desenvolvimento de pessoal e relacionamento entre os profissionais e superiores.

Segundo Robbins (2000) afirma que existem três grupos de necessidades centrais: existência, relacionamento e crescimento (ERC).

Reportando-se à este estudo da teoria ERC aponta a uma das explicações por que tantas pessoas passam a concentrar-se exclusivamente em necessidades de ordem inferior, como salário e benefícios.

Frustradas por necessidades de ordem superior insatisfeitas, elas exigem maior satisfação das necessidades de ordem inferior. Esse recurso exagerado às necessidades de ordem inferior cria um círculo vicioso de privação, regressão e gratificação temporária – privados de gratificação de necessidades de ordem superior, os funcionários passam a esperar recompensas cada vez mais centradas no nível inferior.

Deve-se fazer um estudo sistematizado por parte dos gestores e gerentes para planejamento de material e monitoramento constante do nível de satisfação, sendo indicado uma ênfase a um programa de treinamento e melhoria nos sistemas de comunicação.

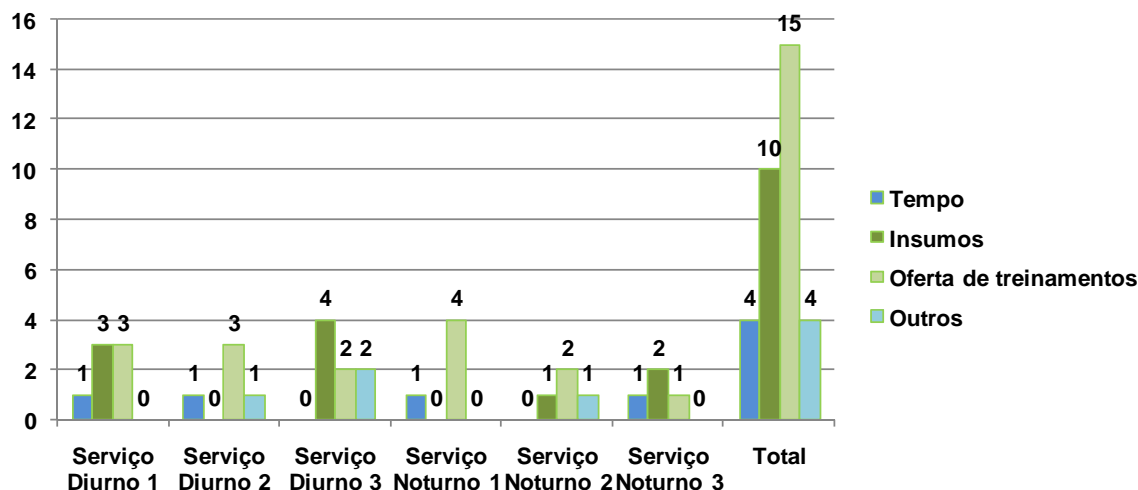
Segundo Oliveira (1999), como consequência da grande deficiência nas necessidades de autorrealização e de estima, os administradores devem dirigir sua estratégia no sentido de corrigir estas falhas. Dentro dessa lógica, pressupõe-se que qualquer tentativa para resolver tais deficiências têm maior probabilidades de sucesso do que a que se volte para as necessidades de ordem mais baixa, já satisfeitas.

Segundo Ciampone e colaboradores (1993) cita os pontos principais da "performance" a ser atingida: reflexão sobre a natureza do processo de transformação social e de saúde, considerando em especial o papel que o profissional deve desempenhar; competência técnico científica e compromisso na intervenção crítica da realidade, considerando a assistência prestada ao homem inserido num contexto histórico e numa determinada classe social.

São 15 os auxiliares de enfermagem que consideram como maior facilitador para implementação das medidas de prevenção estabelecidas nos protocolos à oferta de treinamentos. Isto se explica pelo fato de que os treinamentos serem dirigidos principalmente aos enfermeiros. A disponibilidade de insumos foi considerada o segundo elemento facilitador para os 10 respondentes. O terceiro fator considerado foi a disponibilidade de tempo. Do grupo, dois funcionários marcaram mais de uma alternativa, informando que "não há elemento facilitador e que há necessidade de mais recursos humanos". Mostraram uma vontade de aprender, mas torna-se difícil ausentar-se do setor devido ao quantitativo de

profissionais inviabilizando a ida a treinamentos oferecidos e também, teoricamente, o enfermeiro deveria fazer ou supervisionar a implementação do protocolo.

Gráfico 11: Elementos facilitadores para implementação das medidas de prevenção estabelecidas nos protocolos pelos Auxiliares de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos, por plantão.



Fonte: A autora (2011).

4.4 A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM DURANTE AS AÇÕES DE PREVENÇÃO E OU TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO DE ACORDO COM O PROTOCOLO

Tabela 7: Presença de enfermeiro durante o cuidado/prevenção por paciente/plantão.

Plantão	Leitos UCI											
	1	2	3	4	5	8	9	10	11	12	Total	
Serviço Diurno 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serviço Diurno 2	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	3
Serviço Diurno 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serviço Noturno 1	1	-	-	1	1	1	-	-	1	1	6	
Serviço Noturno 2	-	-	-	1	1	-	-	-	1	1	4	
Serviço Noturno 3	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	3	

Fonte: A autora (2011).

Observa-se na Tabela 7 que durante o período de observação da higienização rotineira, os pacientes do leito 4 e 11 tiveram a presença do enfermeiro durante o cuidado. Os pacientes dos leitos 8, 11 e 12 apresentaram maior quantidade de lesões e em estágio mais avançado, como, por exemplo, a paciente do leito 11 (a Tabela 10 reflete a presença da lesão). Este cuidado é o considerado de rotina, onde é realizada a higienização do paciente. Demonstra que o enfermeiro do Serviço Noturno 1, durante a observação, teve participação no cuidado de seis

pacientes, no Serviço Noturno 2 houve atuação do enfermeiro em quatro dos 10 leitos, no Serviço Diurno 2 o enfermeiro atuou em três pacientes. É importante destacar que os momentos de observação foram no início de cada plantão, onde a equipe é dividida e se iniciam os cuidados. Quando o enfermeiro atuava sempre estava acompanhado por dois auxiliares.

Tabela 8: Tempo médio gasto em minutos por paciente com medidas de prevenção e tratamento da úlcera por pressão por plantão, considerando o momento da rotina de higienização do início do plantão de 12h.

Plantão	Leitos UCI										
	1	2	3	4	5	8	9	10	11	12	Total
Serviço Diurno 1	10	20	10	10	0	20	10	10	10	20	120
Serviço Diurno 2	20	30	20	30	25	30	20	15	10	20	220
Serviço Diurno 3	10	20	15	20	10	15	15	10	10	30	155
Serviço Noturno 1	10	10	15	20	20	30	15	20	50	40	230
Serviço Noturno 2	10	20	10	30	20	15	0	15	60	20	200
Serviço Noturno 3	10	20	10	0	15	10	10	10	45	30	160

Fonte: A autora (2011).

Os dados da Tabela 8 mostram que a equipe do Serviço Noturno 2 dispensou o maior tempo (220 minutos) durante o plantão, em procedimento de rotina na prevenção e tratamento de Úlceras por Pressão. A paciente do leito 11 evacuou duas vezes durante o banho, ela tinha uma úlcera por pressão em estágio IV na região sacra. O Serviço Diurno 1 foi o que dispensou menos tempo aos pacientes (120 min). Os pacientes dos leitos 5, 10 e 11 eram submetidos à hemodiálise durante o Serviço Diurno. Este procedimento leva nestes casos, uma média de 4h. Um técnico de enfermagem da hemodiálise fica monitorando o procedimento. Não é feito nenhum cuidado pela equipe da Unidade de Cuidados Intensivos durante este período, nem a mudança de decúbito devido “ao risco da perda do acesso” da hemodiálise.

Segundo Wagana (2011), a hemodiálise caracteriza-se por um método extracorpóreo com necessidade de via de acesso circulatório artério-venosa ou veno-venosa, geralmente é pela colocação de cateter duplo-lumen na veia jugular, subclávia ou femoral. O transporte de solutos ocorre por difusão e a remoção de fluidos por ultrafiltração, através do gradiente de pressão hidráulica.

A equipe de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos, a fisioterapia e o profissional que é deslocado da hemodiálise para o setor, devem traçar condutas em consenso, uma vez que para a mobilização do paciente, é importante o

conhecimento do tipo de cateter que está sendo utilizado na diálise. Se o cateter for rígido, movimentos como tríplex flexão devem ser evitados, pois há risco de perfuração de vísceras. Pode-se realizar exercícios metabólicos nos tornozelos, adução e abdução de quadril. Para o posicionamento, deve-se colocar o paciente em decúbitos semilaterais ou dorsal a 30° a 60° de elevação.

Durante a mobilização do paciente, deve-se evitar o membro em que se localiza o cateter, mas apenas durante a diálise. Em outras condições a mobilização é livre. No posicionamento, pode-se realizar em decúbito lateral com o cateter para cima durante a diálise ou em decúbito dorsal. Deve-se evitar a posição sentada quando o cateter estiver posicionado na veia femoral. Verificou-se então que não há necessidade do impedimento para a mobilização do paciente durante o procedimento. Entretanto, deve-se seguir uma diretriz com bases científicas e construída em conjunto. Há necessidade de treinamento especializado da equipe de enfermagem, fisioterapia e equipe médica.

Segundo a enfermeira responsável pelo setor devido à falta de funcionários, os banhos são divididos por turnos, os pacientes submetidos à hemodiálise tomam banho no Plantão Noturno. O fato justifica o maior tempo gasto para o paciente do leito 11. Durante o período de observação, no Serviço Noturno 1, após todos os cuidados prestados, um paciente agitado arrancou os curativos feitos pela enfermeira. A profissional teve que refazê-los.

Muitos fatores foram observados, demonstrando variáveis que interferem direta ou indiretamente para medir o tempo gasto nos procedimentos de enfermagem; por exemplo, devido a esta intercorrência, o material planejado não foi suficiente, tendo que o auxiliar apanhá-lo em local distante do leito. Um enfermeiro e dois auxiliares permaneceram junto ao leito, pois a paciente apresentava rigidez em todo o corpo, dificultando a mobilização, havendo necessidade de três profissionais estarem presentes. O procedimento teve duração de 60 minutos.

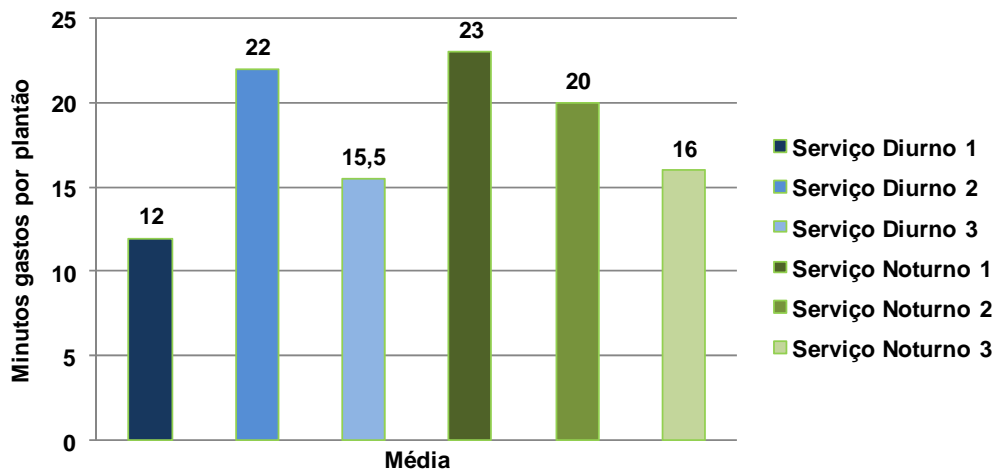
A roupa de cama foi distribuída em número exato, não foi suficiente e um profissional teve que se deslocar as centrais de rouparia para suprir a falta. Foram gastos 20 minutos e dois auxiliares de enfermagem para instalar o colchão pneumático, que já deveria estar em todos os leitos, mas não existia em número suficiente, porque o motor do colchão pneumático estava quebrado. Mobilizar estes pacientes, muitas vezes sedados, para instalar e forrar o colchão, exige grande

esforço físico do profissional. Além do que o lençol dobrado marcar a região dorsal e provocar cisalhamento.

Foram observados cuidados realizados pelos auxiliares de enfermagem, deparando com técnicas díspares, pois na realização do cuidado de prevenção e realização de curativos foi percebido que as trocas eram realizadas, no mínimo, por dois profissionais. Cada um utilizava determinado produto, o que tinha na instituição no momento, quantidades diferentes e levavam maior ou menor tempo para a realização desta atividade.

Por isso, cada vez mais há necessidade da utilização de modelos que classifiquem as Ações de Enfermagem como, por exemplo, a citada pelo Conselho Internacional de Enfermagem incluindo a mensuração de alguns eixos como, por exemplo, tempo entendido como a orientação temporal de uma ação de enfermagem, podendo incluir um período de tempo (evento).

Gráfico 12: Tempo médio gasto em minutos, por plantão, por equipe de enfermagem em medidas de prevenção e tratamento da úlcera por pressão, no momento de higienização de 10 pacientes internados na Unidade de Cuidados Intensivos.



Fonte: A autora (2011).

O Gráfico 12 mostra o tempo gasto pela equipe de enfermagem, por plantão, na prevenção e tratamento das úlceras por pressão. Vale destacar que de 10 pacientes, sete apresentavam úlceras por pressão em estágio II. Dentre estas, um (leito 11) apresentava uma lesão em estágio IV. Destaca-se o Serviço Noturno 1 com um tempo médio de 23 minutos por paciente e o Serviço Diurno 1, que apresentou, em média, 12 minutos nos cuidados entre os 10 pacientes. É importante informar que a paciente do leito 11 estava sendo submetida a hemodiálise. Portanto, durante o dia, não era submetida a procedimentos de higienização de rotina.

Na revisão documental dos prontuários não foi evidenciado nenhum registro da avaliação de risco inicial nas primeiras 12 horas de internação conforme preconizado no protocolo institucional. Segundo a GNEAUPP (2006), o fato de registrar as avaliações de risco, intervenção, características especiais do paciente, a não disponibilidade de recursos materiais necessários para a prevenção, é uma medida em matéria de proteção legal para os profissionais responsáveis pelo atendimento de pacientes, com demandas potenciais relacionados ao desenvolvimento de úlceras por pressão.

Tabela 9: Estágio da úlcera por pressão respondido pelo profissional e Enfermeiro/Auxiliar de Enfermagem durante o cuidado.

Plantão	Leitos CTI									
	1	2	3	4	5	8	9	10	11	12
Serviço Diurno 1	-	-	-	-	II	II/I	-	-	IV/II/II	II/I/II
Serviço Diurno 2	I	I	-	II	II	II	-	-	IV/II/II	II/II/II
Serviço Diurno 3	I	I	-	II	II	II	-	-	IV/II/II	II
Serviço Noturno 1	I	-	-	II/II	II	II	-	-	IV/II/II	II/II/I
Serviço Noturno 2	I	I	-	-	II	II/II	-	-	IV/II/II	II/II/I
Serviço Noturno 3	I	II	-	-	II	II/II	-	-	IV/II/II	II/II/I

Fonte: A autora (2011).

Legenda: Os números em romanos I, II,III e IV representam o estágio de úlcera por pressão.

A Tabela 9 reflete a resposta que os profissionais envolvidos no cuidado sabem fazer referência ao estágio da úlcera por pressão. No paciente do leito 1 foi informado não existir úlcera. No Serviço Diurno 1, no paciente do leito 2, observa-se que na visão do profissional houve divergência de estágios uma evolução no estágio I e outra em estágio II no mesmo paciente. Essa discrepância foi do Serviço Noturno 1 para o Serviço Noturno 3. Este paciente desenvolveu úlcera por pressão durante sua permanência na unidade e foi admitido após complicação cirúrgica, num intervalo de 12h. No paciente do leito 5, o estágio da úlcera do paciente manteve-se constante. No paciente do leito 8 houve discordância no estágio da úlcera respondido pelo Serviço Diurno 3, Serviço Diurno 2, Serviço Noturno 3, principalmente na sequência do plantão do Serviço Diurno 2 para o Serviço Noturno 2, pois ficaram evidenciadas mais de uma lesão, as duas em estágio II. No paciente do leito 11 não houve divergência. No leito 12, no entanto, houve divergência no Serviço Diurno 2 onde só foi mencionada uma lesão em estágio II, para este paciente.

Marun e colaboradores (2000) consideram que o risco de desenvolver úlcera por pressão está relacionado à combinação de diferentes fatores extrínsecos ou externos associados a intrínseco, que, juntos, determinam o nível de predisposição do paciente para desenvolver a úlcera. Essa predisposição pode ser alterada de acordo com o estado de saúde do paciente. Para esse autor, medir a susceptibilidade foi sempre muito difícil porque os mecanismos da patologia subjacente são obscuros.

Observou-se, durante a realização dos procedimentos, que havia uma grande queixa com relação a insumos. Os profissionais informaram que “poderiam estar prevenindo com alguns produtos, tais como óleos e cremes de uréia”. Responderam também que, dentro do possível, procuram fazer a mudança de decúbito a cada 4h.

Em relação aos pacientes, Brem e Lyder (2004) destacam que idade, mobilidade e a fragilidade devem ser consideradas e avaliadas constantemente. Ainda acrescentam que os pacientes acamados podem desenvolver úlcera por pressão em até duas horas. Foi informado pelos profissionais que, em algumas situações, sensibilizados com o fato, pedem ao familiar para trazer um creme ou óleo para prevenção, pois sabem que o dano ao paciente é muito maior, e que medidas simples previnem. Entretanto, não foi verificado em prontuário o registro do profissional de enfermagem que evidencie a assistência prestada e as dificuldades encontradas. A enfermeira responsável solicita semanalmente ao almoxarifado todo o material necessário seguindo o protocolo institucional. A profissional solicitante informou que a organização não dispunha do material necessário durante o período de coleta. A enfermeira informou que a grade de consumo de materiais é planejada com um ano de antecedência e passa por todas as chefias de serviço e a comissão de profissionais especialistas.

Tabela 10: Número de úlcera por pressão por paciente registrado no prontuário.

Plantão	Leitos UCI									
	1	2	3	4	5	8	9	10	11	12
Serviço Diurno 1	0/1	0/1	-	0/2	0/1	0/3	-	-	0/3	4/6
Serviço Diurno 2	0/1	0/1	-	0/2	0/1	0/3	-	-	0/3	0/6
Serviço Diurno 3	0/1	0/1	-	0/3	0/1	0/3	-	-	0/3	3/6
Serviço Noturno 1	0/1	0/1	-	2/3	0/1	0/3	-	-	0/3	3/6
Serviço Noturno 2	0/1	0/1	-	0/3	0/1	0/3	-	-	0/3	3/6
Serviço Noturno 3	0/1	0/1	-	0/3	0/1	0/3	-	-	0/3	3/6

Fonte: A autora (2011).

Legenda: os valores 0/1, 0/2; 0/3; 2/3; 4/6, 0/6 e 3/6 representam no numerador a quantidade de úlceras registradas no prontuário por paciente, e o denominador, a quantidade de úlceras existentes confirmadas durante a observação do cuidado.

Dos sete pacientes que apresentavam úlcera por pressão, nenhum registro correspondeu à quantidade de úlceras observadas durante o cuidado (Tabela 10). Destaca-se o paciente do leito 12 que apresentava seis úlceras e em nenhum plantão houve concordância a esse respeito. Conseqüentemente, o tratamento não foi realizado de acordo com a necessidade do paciente. Mais uma vez, observa-se a falta de registro dos profissionais no prontuário do paciente, documento legal de defesa, continuidade do tratamento, comunicação entre as várias equipes e instrumento de verificação da aplicabilidade do protocolo.

Tabela 11: Número de enfermeiros presentes para prestar os cuidados aos 10 pacientes nas 12h.

Plantão	Leitos UCI									
	1	2	3	4	5	8	9	10	11	12
Serviço Diurno 1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Serviço Diurno 2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Serviço Diurno 3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Serviço Noturno 1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Serviço Noturno 2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Serviço Noturno 3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Fonte: A autora (2011).

A Tabela 11 mostra que estando a Unidade de Cuidados Intensivos com dois leitos bloqueados, a quantidade de enfermeiros foi suficiente. Entretanto, os profissionais que fazem plantões extras não têm a capacitação específica, vem de jornadas de trabalho de outras instituições, sem intervalo de descanso. Caso haja alguma falta, não tem como suprir o Índice de Segurança Técnica previsto no planejamento mensal. Este prevê 15% do total de profissionais necessários a mais, cobrindo faltas, férias e licenças. Segundo a Resolução do COFEN nº. 293 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004), em seu art. 4º, para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas para assistência intensiva: de 52 a 56% Enfermeiros e os demais. A Resolução RDC nº. 7 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010) define como Assistência Intensiva referente a pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada, sugerindo um enfermeiro para cada 5 leitos. Durante o período não houve déficit quantitativo de profissionais, pois havia 2 leitos bloqueados temporariamente.

Tabela 12: Técnicos de enfermagem escalados para cuidar dos 10 pacientes nas 12h.

Plantão	Leitos UCI									
	1	2	3	4	5	8	9	10	11	12
Serviço Diurno 1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Serviço Diurno 2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Serviço Diurno 3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Serviço Noturno 1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Serviço Noturno 2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Serviço Noturno 3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Fonte: A autora (2011).

A Tabela 12 mostra que a escala da unidade destina três auxiliares por plantão, sendo que um profissional, fora estes, prepara e administra todas as medicações sob a supervisão do Enfermeiro. Segundo a Legislação já citada é estabelecido a proporção de um técnico de enfermagem para dois leitos. O único plantão que apresentou quatro funcionários, este quarto foi escalado para auxiliar o outro profissional no preparo das medicações. Estas são em torno de 15 itens diferentes, cujas dosagens e concentrações são ajustadas com frequência de acordo com o médico plantonista durante o plantão. Isto quando o profissional não tem que se deslocar para ir à farmácia buscá-las. É importante ressaltar que um mesmo profissional faz plantão extra no próprio setor. Este fato ocorreu seis vezes. Como estavam dando cobertura em outros plantões na unidade, apareceram mais funcionários por plantão, totalizando 30 auxiliares. Entretanto, 24 auxiliares participaram do estudo.

Durante a coleta de dados, a proporção de funcionários por leito para cuidados (exceto medicações) foi de um auxiliar para cada três leitos. Vale ressaltar que dois leitos estavam bloqueados. Já havia *déficit* de profissionais.

Foi informado pela equipe que em feriados, finais de semana e Serviço Noturno, um auxiliar de enfermagem é escalado a menos. Foi informado também que devido à especificidade do setor e à dificuldade de atuação de funcionários serem transferidos de outros setores, muitos funcionários do próprio setor fazem plantões extras no próprio local, pois ocorrem faltas e licenças, além de que muitos relataram que vêm direto de outras instituições, por necessidade de complementação salarial. Tal situação reflete um cansaço físico e mental significativo.

Durante dois dias de observação, não havia funcionário para transporte dos pacientes (maqueiro), significando que o auxiliar ou enfermeiro seriam desviados da

assistência, para suprir a deficiência, quando houvesse alguma necessidade externa. Além do *déficit* de profissionais, ainda ocorre a necessidade de o profissional especializado afastar-se de sua principal atribuição.

5 CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1 CONSIDERAÇÕES

Com base nas questões avaliativas do estudo, são feitas algumas considerações. A primeira questão avaliativa indagava:

Até que ponto a existência do protocolo de prevenção de úlcera por pressão focalizado no estudo contribuiu efetivamente para a realização dos cuidados de enfermagem em relação a prevenção e o tratamento das úlceras por pressão?

Pode-se dizer que é difícil implantar um protocolo institucional, pois cada profissional tem sua maneira de realizar e não houve evidências de treinamentos e uma avaliação de conhecimento apreendido. A própria rotatividade, principalmente de enfermeiros pelo seu déficit no quadro, dificultou a identificação dos profissionais que tomaram ciência do protocolo e de treinamento de forma sistematizada. Em vista do auxiliar participar ativamente no cuidado, observou-se que teoricamente não há necessidade de treiná-lo.

Apesar de a instituição possuir um documento normativo formalizado e aprovado pelas instâncias superiores, por meio da avaliação focada no processo assistencial prestados pelos participantes (enfermeiros e auxiliares de enfermagem), verificou-se que o instrumento - protocolo de prevenção de úlcera por pressão - não é aplicado na prática. A avaliação de risco para úlceras por pressão, etapa fundamental do protocolo, não foi registrada durante o período de observação. A Escala de Braden, que consta do formulário institucional e que deveria ser preenchida até as primeiras 12 horas após a admissão do paciente no hospital, não estava no prontuário. Mesmo havendo uma publicação em Diário Oficial, a partir de instâncias hierárquicas superiores, que faz referência à importância de a instituição ter uma comissão de curativos, houve profissionais que mencionaram a falta de resposta dos pareceres técnicos solicitados para esclarecimento da conduta frente a uma lesão grave a este grupo técnico. A comissão, quando constituída, conta com profissionais com formação especializada e é multiprofissional.

Em novembro de 2010, o protocolo foi colocado à disposição em rede. Em junho, alguns profissionais enfermeiros participaram de discussões a respeito da prevenção e tratamento organizado pela equipe da própria unidade de cuidados intensivos e a educação permanente.

No setor, o computador fica na sala da chefia, onde o acesso é limitado. Torna-se, pois, difícil o acesso a informação em rede. A autora não teve acesso à fonte de registro dos treinamentos realizados sobre o protocolo, mas a grande parte dos profissionais comentou a falta de tempo e necessidade de capacitação.

A definição da atribuição em que considera o enfermeiro com específica formação para planejar, atuar, supervisionar e avaliar o cuidado prestado, muitas vezes desmotivam o auxiliar de enfermagem, que tem pouca oportunidade de ser treinado e no final, acaba fazendo o procedimento. Neste processo, não foi evidenciado a exclusividade na ação do enfermeiro, que esteve envolvido também na execução de procedimentos invasivos, solicitação de materiais, revisão e aprazamento de medicações, revisão das medicações que foram fornecidas pela farmácia em número insuficiente, pois a requisição médica estava incompleta. Não havia secretária em todos os períodos, acrescentando mais uma atribuição à equipe de enfermagem, entre outras, arquivar os formulários preenchidos. O plano de cuidados de enfermagem não atende ao que é preconizado no protocolo com relação a prevenção e tratamento das úlceras por pressão, pois não reflete a necessidade individual da avaliação diária do paciente. O auxiliar mostrou conhecimento, vontade de aprender. Alguns profissionais fazem plantões extras, mesmo respeitando o intervalo de 12 horas na instituição, mas isto não garante que sua condição física e emocional esteja restabelecida. Alguns declararam que vêm de outro hospital.

Por deficiência de recursos humanos, no quadro da equipe, e profissionais de outros setores, com habilidades diferentes trabalham fazendo plantões extras, o que, por necessidade de serviço, refletiu na falta de conhecimento na aplicação da escala de avaliação de risco. Cabe ao profissional também responder pelos seus atos e assumir suas limitações. Houve ocasiões em que o enfermeiro não participou do cuidado, principalmente durante o dia, onde havia três enfermeiros. A ausência de treinamentos ficou expressa nas respostas da maioria dos profissionais. A divergência de resposta em relação ao número e estágios em que a lesão encontrava-se pode decorrer de alguns fatores, entre eles o planejamento de escala dos banhos entre o serviço noturno e diurno, fez com que nem todos os profissionais tivessem oportunidade de acompanhar e interagir com todos os pacientes, conseqüentemente, fazer sua avaliação diária. Os pacientes submetidos a procedimentos dialíticos ficam sob a supervisão da equipe da hemodiálise, realizada

durante o dia. O profissional escalado com a finalidade de prestar assistência a estes pacientes, fica pelo menos 4 horas sem interagir, sob o argumento de que sua mobilização pode tirar de posição o cateter, criando com um isto o impedimento. Segundo referências bibliográficas já citadas (WAGANA, 2011), esta medida pode ser flexibilizada desde que haja treinamento e orientação conjunta.

À medida que há falta de comunicação refletida pela ausência física do registro de enfermagem, o entendimento do que cada profissional adotou como conduta, ou procedimento realizado pode ser dificultado. As ocorrências principais são reportadas verbalmente na passagem de plantão ou através do roteiro da visita diária, que informa se o paciente tem alguma lesão. Isto foi informado e observado durante o período de coleta. No entanto, este documento não é incluído no prontuário.

A equipe médica, nutricionistas, fisioterapia e serviço social deveriam ter acesso às evoluções e cuidados concomitantemente, fato este que não ocorre. O dado partilhado é a aferição dos sinais vitais.

Grande parte dos cuidados foi realizada com a presença de dois ou até três profissionais, o que reflete a necessidade de avaliação diária do dimensionamento de pessoal, por complexidade do paciente, sem contar todos os outros cuidados que compõem a rotina diária de uma unidade de cuidado intensivo.

Pode-se então concluir que a equipe de enfermagem não faz uso do protocolo de prevenção e tratamento de úlceras por pressão.

Quais os fatores que interferem na aplicação do protocolo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão na visão da Equipe de Enfermagem?

O principal fator apontado pelos profissionais foi a falta de insumos, pois esta falha interfere diretamente no processo. As medidas de prevenção básicas referentes ao abastecimento dos materiais, descritas no protocolo, tais como, óleos, coberturas, pomadas, colchões adequados ao tamanho da cama, roupa de cama apropriada, coxins e colchões em material adequado, não existiam, ou ocasionalmente encontravam-se em quantidades insuficientes.

A falta de oportunidade de participar de treinamentos, a frequência da realização deles, possibilitando o acesso a todos os profissionais em suas diversas categorias, foi outro elemento apontado. A participação ativa da Comissão de Curativos e a uniformização de condutas, ou seja, a implantação do protocolo foi

também mencionada. Em nenhum momento foi citada a importância do registro da avaliação de risco inicial.

5.2 RECOMENDAÇÕES

Considera-se a prevenção uma atividade prioritária nos cuidados ao cliente com risco de úlcera por pressão, pois as medidas visam anular ou minimizar a pressão sobre os tecidos, proporcionar uma maior resistência à pele e melhorar o estado geral dos clientes. Estas medidas devem ser implementadas antecipadamente e seu registro no prontuário acompanhado frequentemente, tendo mecanismos de avaliação de conduta, se possível, acompanhado de uma segunda opinião junto a comissão de curativos. É necessário atender aos fatores predisponentes intrínsecos e extrínsecos. Torna-se imperativo que os enfermeiros desenvolvam competências constituindo-se agentes proativos na implementação de métodos eficazes, tendo em consideração as seguintes recomendações: avaliação de risco, cuidados com a pele para controle de umidade, controle da pressão em relação à superfície corpórea, avaliação nutricional e educação do cliente e cuidador.

Deve-se considerar que todo o cliente tem um potencial de risco devendo todos os enfermeiros ter consciência em priorizar medidas preventivas, aplicando a Escala de Braden. Neste caso, recomenda-se:

- aplicar a escala no primeiro contato e com uma periodicidade regular e não apenas quando há alterações significativas do estado geral;
- efetuar o registro da avaliação de risco;
- avaliar os conhecimentos família/cuidador informal sobre prevenção das úlceras por pressão, pois facilita e garante a continuidade do cuidado e agrega conhecimento aos familiares. A equipe de enfermagem deve realizar e registrar estas orientações no prontuário.

Muito tem sido discutido acerca do nível de prevenção das úlceras por pressão por importantes autores (SOLDEVILLA AGREDA; NAVARRO RODRIGUEZ, 2007; LOBOSCO, 2008). O diagnóstico não só quantitativo, através do estudo da incidência, mas também qualitativo acerca das próprias condições clínicas e demográficas, bem como os fatores de risco envolvidos em sua gênese para clientelas ou unidades específicas, como a Unidade de Cuidados Intensivos, são fundamentais no desenvolvimento de programas e protocolos exequíveis.

Este estudo avaliativo institucional aqui obtido aponta para a urgente prioridade de se estabelecer um programa abrangente de prevenção e tratamento de úlcera por pressão, no sentido de sua gradativa resolução. Programa esse de caráter interdisciplinar, pautado em normas internacionais, como aquelas propostas pelo NPUAP, Sociedades Especialistas do país e vigentes na Agência de Cuidados Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ), devidamente adequadas à realidade institucional.

Deve-se acompanhar detalhadamente no significado ético legal de um paciente ser admitido para a realização de um tratamento eletivo e adquirir uma lesão que pode e deve ser prevenida, e que gera custos significativos e despendem tempo do profissional. Deve-se também orientar os profissionais com relação aos registros no prontuário e ainda fazer auditorias de processo e implementar ações corretivas.

Muitas vezes o profissional está desmotivado, trabalhando em condições que podem acarretar danos físicos, emocionais e sociais. Os trabalhadores da enfermagem, em decorrência da natureza e das características das tarefas que executam, correm o risco de sofrer danos à saúde ocasionados por agentes biológicos, químicos, físico e mecânicos, bastantes presentes no ambiente hospitalar; portanto, necessitam de condições materiais de proteção no trabalho, as quais não lhes são oferecidas de forma qualitativa e quantitativamente suficiente. Assim, por vezes, ficam expostas as situações que põem em risco sua saúde.

Contraditoriamente, ao dedicarem suas atividades à recuperação de outro, numa organização cuja principal finalidade se detém à saúde das pessoas, correm o risco de se tornarem doentes ao trabalharem sem as condições de proteção necessárias.

Para tanto, acredita-se na educação como um processo de ensino-aprendizagem pelo diálogo, onde, constantemente se faz reflexões sobre a realidade, com o compromisso de se buscar propostas de mudança. Nessa concepção, o profissional é ativo, observador, indagador e expressa suas opiniões e percepções, podendo assim entender e estar sensível as iatrôgenias dos quais são co-responsáveis em caso de negligência ou omissão e a irresponsabilidade de não despende alguns minutos fazendo uma avaliação inicial tão simples e importante.

Deve-se fazer um estudo sistematizado por parte dos gestores e gerentes para garantir o planejamento de material e a monitorização constante do nível de

satisfação e uso de indicadores de processo, estrutura e resultados. Esta ferramenta permite avaliar, estabelecer metas mensurando os resultados. É indicada uma ênfase a um programa de treinamento e melhoria nos sistemas de comunicação e conseqüentemente informação. O prontuário eletrônico facilita a interface entre as equipes e evita o desaparecimento ou perda de formulários preenchidos manualmente ou até mesmo o conhecimento de intercorrencias que necessitem uma tomada de decisão imediata.

Este estudo avaliativo identificou necessidades importantes. Em face de expectativa de vida aumentar a cada dia, é importante qualificar e remunerar adequadamente as equipes de saúde, responsabilizar os gestores pela deficiência de infraestrutura, estimular programas com ações preventivas minimizando os custos. Torna-se necessário que os gestores e representantes na área governamental da saúde, responsáveis locais, políticos e institucionais, visando influenciar as políticas e a prática, a partir da evidência científica tornem estas medidas como uma política pública, sensibilizando as lideranças às mudanças processuais, compromisso ético e legal com a população, parte deste sistema que todos fazem parte e somos usuários. A abordagem avaliativa neste estudo fez a autora refletir sobre estas palavras:

[...] avaliação nunca é um todo acabado, auto-suficiente, mas uma das múltiplas possibilidades para explicar um fenômeno, analisar suas causas, estabelecer prováveis conseqüências e sugerir elementos para uma discussão posterior, acompanhada da tomada de decisões, que considerem as condições que geraram fenômenos analisados criticamente (VIANNA, 2000, p.18).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 fev. 2010.

AGÊNCIA PARA NORMAS TÉCNICAS E PESQUISA EM CUIDADOS DE SAÚDE, Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 fev. 2010.

AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY RESEARCH. *Preventing pressure ulcers: a patient's guide*. Rockville, MD, 1992.

BALE, S.; Harding, Keith; Leaper, David- An Introduction to wounds, ISBN 1- 84244-034-9, Emap HealthCare Ltd, 2000.

BENNETT, G; DEALEY, C.; POSNET, J. T. The cost of pressure ulcers in UK . *Age Ageing*, Oxford, v. 33 .n. 3, 2004, Disponível em: <<http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/reprints/33/3/230>>. Acesso em: 4 nov. 2011.

BERGQUIST, S. The quality of pressure ulcer prediction and Prevention in home health care. *Appl Nurs Res*, New Jersey, v.18, n.3, p. 148-154, 2005.

BERGSTROM, N. et al. Multi-site study of incidence of pressure ulcer and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses, and prescription of preventive interventions. *Journal American Geriatrics Society*, New York, v. 44, n. 1, Jan. 1996.

_____. *Pressure ulcers in adults: prediction and prevention. clinical practice guideline: report n. 3*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1992. (AHCPR Publication, n. 93 -0013).

BLANES, L. et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por Pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.5, n.2, p.182-187, São Paulo, 2004.

BORGES, E. L. et al. *Feridas como tratar*. Belo Horizonte: Coopmed. 2001.

BOSQUEIRO, C. M. et al. *Manual de tratamento de feridas*. Campinas, SP: Unicamp, 1999.

BRADEN, B. Risk assessment in pressure ulcer prevention. In.: KRANNER, D.; KANE, D. I. *Chronic wound care: health management publication*. [S. l.: s.n.], 1997. p. 29-36.

BREM, H.; LYDER, C. Protocol for the successful treatment of pressure ulcers. *The American Journal of Surgery*, New York, July 2004. Supple, p. 95-175.

BRYANT, R. A, et al. Pressure ulcers. In: BRYANT, R. A. *Acute chronic wounds: nursing management*. St. Louis: Mosby Year Book, 1992. Cap. 5, p. 105-159.

CALIRI, M. H. L. *Úlceras de decúbito*. São Paulo, 1997. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/úlceras>>. Acesso em: 10 mar. 2011.

CÂNDIDO, L. C. Livro do feridólogo. Santos: Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Tratamento de Feridas, [2006]. Disponível em: <<http://www.feridologo.com.br/>>. Acesso em: 4 nov. 2011.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-34, 2003.

CHIANCA, T.; MARINO, E; SHIESARI, L. *Desenvolvimento e cultura de avaliação em organizações da sociedade civil*. São Paulo: Global, 2001. (Coleção gestão e sustentabilidade).

CIAMPONE, M. H. et al. Uma experiência do ensino na disciplina administração aplicado à enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 27, n. 1, p.101-106, 1993.

COLBURN, L. Preventing pressure ulcers: how to recognize and care for patients at risk. *Nursing*, v. 20, n. 12, p. 60-63, 1990.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.931, de 24 de setembro de 2009. Dispõe sobre as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 set. 2009.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. *Nursing's next advance: an international Classification System for Nursing practice (ICNP)*. Geneva, Switzerland: ICN: Headquarters. 120, 1993.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 out. 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN nº. 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições de Saúde Brasileiras. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, RJ, 2002.

_____. Resolução COFEN nº. 293, de 21 de setembro de 2004. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1º nov. 2004. Seção 1, p. 52-3.

COUTINHO, A. do C. (rev.). *Dicionário enciclopédico de medicina*. 2. ed. rev. ampl. [Lisboa, Portugal]: Argo; Rio de Janeiro: Liv. Luso-Espanhola e Brasileira, [1960?].

DEALEY, C. *Cuidando de feridas um guia para as enfermeiras*. Tradução: Eliane Kanner. São Paulo: Atheneu, 1996.

DORLAND dicionário médico. 25. ed. São Paulo: Roca, 1997

DUARTE, Y. A. O; DIOGO, M. J. D. *Atendimento domiciliar*. um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

ELLIOT, L. *Avaliação educacional: conversa de professores*. Rio de Janeiro, 2002. Adaptado.

EPUAP; NPUAP. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington, DC, 2009.

FERIDAS. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. (Série incrivelmente fácil).

FERREIRA, A. B. de H. *Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, [2006].

GNEAUPP. *Documentos y guía*. Logroño, ES, 2006. Disponível em: <www.gneaupp.org>. Acesso em: 2 jun. 2011.

GOMES, F. S. L; BORGES, E. L.; SAAR, S. R. C. Custo comparativo do tratamento de feridas. *R. Bras.Enf.*, Brasília, DF, v. 52, n. 2, p. 215-222, abr./jun.1999.

GUYTON, A. C. *Fisiologia humana*. 5. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LAKATOS; M. E.; MARCONI M. A. *Fundamentos de metodologia científica*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

GOUVEIA, J. C. et al. Estudo comparativo entre a escala de Braden e a escala de Norton. In: AMARAL et al. (Ed.). *Percursos de investigação*. Coimbra: Formasau, 2004. p. 87-96.

HAMPTON, S.; COLLINS, F. Reducing pressure ulcer incidence in a long-term setting. *British Journal of Nursing*, London, v. 14, n. 15, p. S6-S12, 2005.

HESS, C. T. *Tratamento de feridas e úlceras*. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. *Estudos e Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica*, Rio de Janeiro, n. 9, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 28 jul. 2010.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Accreditation standards for hospitals*. 4th ed. Oakbrook, Illinois, 2011.

KANAGAWA, K. et al. Prevalence of pressure ulcer of patient in home visiting nursing service. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*, v. 45, n. 8, p. 758-767, 1998.

LAKATOS; M. E.; MARCONI M. A. *Fundamentos de metodologia científica*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LEAVELL, S.; CLARCK, E.G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill. 1976.

LOBOSCO, A. A. F. et al. O enfermeiro atuando na prevenção das úlceras de pressão. *Enfermeria Global*, Múrcia, ES, n. 13, p. 1-15, jun. 2008.

LLUCH, X. A. *O direito do paciente à informação como condição de consentimento informado*. Estatuto legal na Lei 41/2000 de 14 de Novembro, que regulamenta a autonomia do pacientes e direitos fundamentais e as obrigações em matéria de informação e documentação clínica. In: (Dir.). *O juiz civil para a investigação biomédica*. Madrid: CGPJ, 2005. p. 17-125.

MARUN, R. J. V. et al. The Dutch pressure sore assessment score or the Norton scale for identifying at-risk nursing home patients? *British Geriatric Society*, London, v. 29, p. 63-68, 2000.

MENEGHIN, P.; LOURENÇO, T. N. A. A utilização da escala de Braden como instrumento para avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão em pacientes de um serviço de emergência. *Nursing*, v. 1, n. 4, p. 13-19, Sept. 1998.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORISON, Moya, et al- *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*, ISBN 972-8383-68-1, Lusociência, Loures, 2004.

OHNISHI, M. et. al. *Feridas: cuidados e condutas*. Londrina: Eduel, 2001.

OLIVEIRA, S. L. *Sociologia das organizações*. São Paulo: Pioneira, 1999.

PAVARINI S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PERISSE, V. et al. *Manual de lesões da Divisão de Enfermagem do Hospital Federal da Lagoa*. Rio de Janeiro: Hospital Federal da Lagoa, 2011.

RABEH, S. *Úlcera por pressão: a clarificação do conceito e estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem*. 2001. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

ROBBINS, S. P. *Administração: mudanças e perspectivas*. São Paulo: Saraiva, 2000.

ROSELI, M. Classificação das úlceras de pressão. *rrferidas.com*, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://rrferidas.com/tema4.asp>>. Acesso em: 19 maio 2011.

SALOMÉ, G.; ESPOSITO, V. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas, *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 61, n. 6, p. 882-827, nov./dez. 2008.

SALVAN, A. O que você esta chegando. *Shemer*, v. 59, n. 1, p. 33-36, 2006.

SILVA, M. S. M. L. Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes hospitalizados. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1998.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jun. 2003.

SOLDEVILLA AGREDA, J. J.; NAVARRO RODRIGUEZ, S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. *Gerokomos*, Madrid, v. 2006, vol.17, n. 4, p. 203-224, 2006.

SORIANO. L. et al. The effectiveness of oral nutritional supplementation in the healing of pressure ulcers. *J Wound Care*, London, v. 13, n. 8, p. 319-322, 2004.

TIMBY, B. K. *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TORRANCE, C.; MAYLOR, M, Pressure sore survey. *Journal of Wound Care*, London, v.8, n. 3, p.101-105, 1999. Part 3: locus of control.

VIANA, H. M. *Avaliação educacional: teoria, planejamento , modelos*. São Paulo: IBRASA, 2000.

WAGANA, V. M. Fisioterapia procedimentos dialíticos. *UTI*, São Paulo, 2011. Disponível em:< www.medicinaintensiva.com.br/ira.htm> . Acesso em : 13 dez. 2011.

WAGNER, J. A.; HOLLENBECK, J. R. *Comportamento organizacional*. São Paulo: Saraiva, 1999.

WORTHEN, B. R.; SANDERS J. L.; FITZPATRICK, J. R.; *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Ed. Gente, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Ficha de coleta de dados para registro da avaliação de risco para úlcera por pressão dos pacientes de acordo com o protocolo institucional

N °do prontuário: _____ Data da coleta : ____/____/2011

Responsável pela coleta: _____

1) Tempo de internação em dias ()

2) Idade do paciente com UP:

() 18 a ≥ 25 () 56 a ≥ 65

() 26 a ≥ 35 () 66 a ≥ 75

() 36 a ≥ 45 () 76 a ≥ 85

() 46 a ≥ 55

3) Sexo: () Feminino () Masculino

4) Avaliação de risco da úlcera por pressão nas primeiras 12h após a internação no hospital

() alto risco () médio risco

() baixo risco () Não avaliado

5) Conduta: Intervenção traçada de acordo com o Instrumento de Integridade da pele e Tecidos da instituição verificada através do registro no prontuário:

5.1) Conduta implementada: () Sim. () Não.

5.2) Conduta interrompida: () Sim. () Não.

5.3) Conduta modificada com justificativa: () Sim. () Não.

5.4) Conduta ausente: () Sim. () Não.

5 5) Conduta modificada sem justificativa: () Sim. () Não.

APÊNDICE B - Entrevista estruturada para Enfermeiros

Data da entrevista: ____/____/2011

Responsável pela entrevista: _____

1) Localização na escala de serviço

Plantão: SD 1 () SD 2 () SD 3 ()

SN 1 () SN2 () SN 3 () diarista ()

2) Tempo de lotação e experiência no CTI em meses:

() 1m ≥ a 3 meses () 9m ≥ a 12 meses

() 3m ≥ a 6 meses () mais de 12 meses

() 6m ≥ a 9 meses

3) Teve experiências anteriores no tratamento de úlcera por pressão fora do setor nos últimos 12 meses?

() Sim () Não

4) Teve treinamento específico no hospital durante os últimos 12 meses?

() Sim. () Não.

5). Adquiriu conhecimento em cursos externos por conta própria nos últimos 12 meses?

() Sim. () Não.

6) Tem segurança em termos de conhecimento para aplicar a escala de avaliação do grau de risco – Escala de Braden?

() Sim. () Não.

7) Sabe definir a conduta de acordo com o estágio da úlcera por pressão?

() Sim. () Não.

8) Necessita de treinamento?

() Sim. () Não.

9) Qual a sua maior dificuldade para implementação das medidas de prevenção estabelecidas nos protocolos?

9.1) () Tempo.

9.2) () Falta de insumos.

9.3) () Falta de experiência.

9.4) () Outros.

10) Quais os elementos facilitadores para implementação das medidas de prevenção estabelecidas nos protocolos?

10.1) () Tempo.

10.2) () Insumos

10.3) () Oferta de treinamentos.

10.4) () Outros.

APÊNDICE C - Entrevista estruturada para Auxiliares de Enfermagem

Data da entrevista: ____/____/2011

Responsável pela entrevista: _____

1) Plantão:

SD 1 () SD 2 () SD 3 ()

SN 1 () SN2 () SN 3 ()

2) Tempo de lotação e experiência no CTI em meses:

() 1m ≥ a 3 meses () 9m ≥ a 12 meses

() 3m ≥ a 6 meses () mais de 12 meses

() 6m ≥ a 9 meses

3) Teve experiências anteriores no tratamento de úlcera por pressão fora do setor nos últimos 12 meses?

() Sim () Não

4) Teve treinamento específico no hospital durante os últimos 12 meses?

() Sim. () Não.

5). Adquiriu conhecimento em cursos externos por conta própria nos últimos 12 meses?

() Sim. () Não.

6) Qual a sua maior dificuldade para implementação das medidas de prevenção estabelecidas nos protocolos?

6.1) () Tempo.

6.2) () Falta de insumos.

6.3) () Falta de experiência.

6.4) () Outros.

7) Quais os elementos facilitadores para implementação das medidas de prevenção estabelecidas nos protocolos?

7.1) () Tempo.

7.2) () Insumos

7.3) () Oferta de treinamentos.

7.4) () Outros.

APÊNDICE D - Roteiro de observação de Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem atuando na prevenção e ou tratamento de úlcera por pressão de acordo com o protocolo institucional

Data da observação: ____/____/2011

Hora: _____

Responsável pela observação: _____

Categoria Profissional:

() enfermeiro () técnico de enfermagem () auxiliar de enfermagem

1) Horário de início do cuidado referente à úlcera por pressão: ____h / ____ min.

Término do cuidado referente à úlcera por pressão: ____h / ____ min.

2) Plantão:

SD 1() SD 2 () SD 3 ()

SN 1 () SN2 () SN 3 ()

3) Avaliação do Estágio da úlcera por pressão por paciente internado por leito na Unidade de Cuidados Intensivos.

3.1 () Estágio da úlcera por pressão registrado

() Estágio da úlcera por pressão observado validado pela resposta do profissional

() Não registrado

3.2 () Número de úlcera por pressão por paciente registrado.

() Número de úlceras por pressão observado validado pela resposta do profissional.

4) Quantos profissionais participaram do procedimento por paciente durante o cuidado:

() 1. () 2. () Mais.

5) Quantos profissionais enfermeiros escalados por paciente nas 12 h/dia

5.1) () 1 Enfermeiro para 5 pacientes. () SN () SD

5.2) () 1 Enfermeiro para 6 pacientes. () SN () SD

5.3) () 1 Enfermeiro para mais de 6 pacientes. () SN () SD

6) Quantos profissionais auxiliares de enfermagem escalados por paciente nas 12 h/dia

6.1) () 1 Auxiliar de Enfermagem para 2 pacientes. () SN () SD

6.2) () 1 Auxiliar de Enfermagem para 3 pacientes. () SN () SD

6.3) () 1 Auxiliar de Enfermagem para mais de 3 pacientes. () SN () SD

ANEXOS

ANEXO A – Consentimento Livre Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você esta sendo convidado a participar na elaboração de uma dissertação de mestrado para um estudo avaliativo sobre a prevenção e tratamento das úlceras por pressão na Unidade de Cuidados Intensivos em um hospital publico Federal do Rio de Janeiro.

Suas respostas não são confidenciais, entretanto sua identidade será protegida pelo anonimato. Os dados coletados poderão ser utilizados em publicações e eventos científicos.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se em responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em permitir acesso a informações de seu prontuário para pesquisa documental e a observação do profissional quando estiver realizando alguma atividade com relação à avaliação e cuidado da integridade da pele.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras, nem qualquer risco. Participando da pesquisa, você estará contribuindo para o desenvolvimento de estudo avaliativo para reflexão da prática de Enfermagem e melhoria da qualidade da assistência.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta os contatos do pesquisador, orientador e CEP/SMSDC-RJ, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador Silvana Abrantes Vivacqua
E-mail/Telefone: Silvanavivacqua@gmail.com / (21) 99843700
Orientadora: Dra Ligia Gomes Elliot
E-mail/Telefone
CEP/SMSDC-RJ
E-mail/Telefone: cepsms@rio.rj.gov.br / (21) 3971-1590

Declaro estar ciente do inteiro teor deste **TERMO DE CONSENTIMENTO** e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, ____/____/____.

Assinatura do Entrevistado

Assinatura do Pesquisador

ANEXO B - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 277A/2011

Rio de Janeiro, 18 de agosto de 2011.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:


<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Fabio Tuche Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Andréa Ferreira Haddad Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Rodrigo de Carvalho Moreira Sônia Ruth V. de Moura Chaves</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 157/11 CAAE nº: 1568.0.000.314-11</p> <p>TÍTULO: Prevenção e tratamento na Úlcera por Pressão: um estudo avaliativo.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Silvana Abrantes Vivacqua.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital da Lagoa.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 15/08/2011.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
---	--

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1463
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577